



CAJA DE SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN PANAMÁ

JUNIO 2021



AUTORIDADES

Dr. Enrique Lau Cortés
Director General

Mgtr. Edwin A. Rodríguez A.
Subdirector General

Lic. Edwin Salamín
Secretario General

Lic. Jamilet Gina Román
Directora Nacional de Planificación

Dra. Ilka Tejada de Urriola
Subdirectora Nacional de
Planificación

CONTENIDO

Resumen Ejecutivo	6
I. Introducción.....	7
II. Objetivo	8
III. Metodología	8
IV. Contexto de país.....	9
A. Datos generales.....	9
B. Situación económica y social	9
C. Distribución de la población	11
D. Caracterización de la población panameña	11
E. Dinámica poblacional	11
F. Envejecimiento de la población en Panamá	13
G. Crecimiento natural de la población	13
H. Migración	14
I. Población económicamente activa.....	14
J. Caracterización de la población asegurada.....	15
1. Distribución de la población asegurada.....	15
2. Cobertura de la seguridad social.....	17
3. Empresas por actividad económica	19
V. Antecedentes históricos de la Seguridad Social en Panamá.....	22
VI. Principios de la Seguridad Social de Panamá.....	25
VII. Dificultades que enfrenta la CSS	26
VIII. Presupuesto de la CSS.....	29
IX. Programas de la CSS	32
A. Sistema de pensiones que administra la CSS.....	33
1. Subsistema exclusivamente de beneficio definido (SEBD)	34
2. Subsistema Mixto (SM)	36
3. Situación financiera por subsistema	37
B. Estados financieros e Informes actuariales	41
C. Estado de las Reservas.....	41
X. Distribución del capital humano del área salud y de administración	42
A. Recurso humano en instalaciones de salud	42
B. Recurso humano en instalaciones administrativas.....	43
C. Recurso humano de la CSS como unidades de apoyo en el MINSA.....	43
D. Recurso humano de la CSS para enfrentar la Pandemia del COVID-19.....	43
XI. Infraestructuras físicas y tecnológicas para la atención de la población asegurada	44
A. Infraestructuras Administrativas	44
1. Ingresos.....	45
2. Prestaciones Económicas.....	45
B. Infraestructuras de Salud.....	46
1. Primer Nivel de Atención.....	49
2. Segundo Nivel de Atención	52
3. Tercer Nivel de Atención	54
C. Infraestructura tecnológica	55
1. Sistemas Informático del Área de Salud.	55
2. Sistemas Informático del Área de Administrativa.	61

XII.	Red de Servicios de Salud	70
A.	Coordinación Conjunta CSS/MINSA.....	76
B.	Mesa Conjunta Interinstitucional de Compra.....	79
XIII.	Modelo de atención	81
A.	Cartera de Servicios.....	81
B.	Cita única	82
C.	Unidades de UCRE	82
D.	Clínica Post COVID-19	83
E.	Centros de Bienestar.....	84
F.	Clínicas Cardiometabólicas.....	84
G.	Sistema de Atención Domiciliaria, Integral, SADI	84
H.	Teleradiología	85
I.	Plataforma Vive Saludable	86
J.	Servicios de Diálisis	87
K.	Gestión hospitalaria	87
1.	Hospitales regionales.....	90
2.	Hospitales de Campaña	91
3.	Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Aria Madrid, (CHMAAM)	91
4.	Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera	93
5.	Ciudad de la Salud.....	94
L.	Servicios de Urgencias.....	96
M.	Salud Ocupacional.....	98
N.	Salud Bucal.....	99
O.	Gestión de Medicamentos.....	100
XIV.	Gestión de la Calidad	102
A.	Acreditación de hospitales	102
1.	Desarrollo del proceso de acreditación	103
B.	Satisfacción de los usuarios.....	105
1.	Resultados obtenidos en las encuestas por servicios.....	106
XV.	Situación del estado de salud de la población asegurada	107
A.	Enfermedades Crónicas, principal preocupación.....	107
XVI.	Convenios que mantiene la CSS	114
A.	Con Organismos Internacionales de Seguridad Social.....	114
B.	Con instituciones de servicios de salud.....	116
C.	Con otras instituciones.....	117
XVII.	Transparencia	118
XVIII.	Planificación Estratégica	120
A.	Evaluación del Plan estratégico	121
XIX.	Conclusiones	127
	Bibliografía.....	128
	Anexos	130

CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE PANAMÁ

RESUMEN EJECUTIVO

Desde su fundación en 1941, la Caja de Seguro Social (CSS), se ha constituido en un pilar fundamental del equilibrio social y económico en Panamá, teniendo como misión el proveer prestaciones económicas y servicios de salud, eficientes y oportunos, con el propósito de contribuir a garantizar la protección y seguridad social a la población asegurada.

No obstante, ante la creciente demanda por servicios y la situación demográfica se constituye en un reto, el mantener los esquemas de prestaciones económicas y de salud, con calidad y oportunidad en el marco de la eficiencia y eficacia, garantizando la sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo.

Por tanto, para fortalecer la seguridad social, la CSS debe evaluar su entorno general con el propósito de medir e identificar las situaciones adversas y diferentes alternativas de solución.

La elaboración del Análisis de Situación de la Seguridad Social de Panamá, es uno de los instrumentos dinámicos, técnicos y gerenciales que la Dirección Nacional de Planificación (DINAP) ha desarrollado, en un proceso participativo y multidisciplinario de consultas con las diferentes Regiones de Salud, con el propósito de contar con un primer diagnóstico con un enfoque diferente para resaltar la situación particular de la población asegurada.

El análisis general se basó en el contexto presentado por cada una de las diferentes Regiones de Salud, permitiendo dar seguimiento a los aspectos más relevantes en el marco de la responsabilidad de la CSS.

Abarca también un análisis amplio y detallado de la capacidad y del funcionamiento de la institución, se identifican aspectos claves para la planificación estratégica, se examinan elementos relacionados con las prestaciones económicas, la disponibilidad de recursos, de información, acciones desarrolladas a través del tiempo y la coordinación dentro de la red de servicios que se ve afectada por la fragmentación y segmentación del sistema de salud panameño, hecho que no dejó lugar a dudas al momento de requerir los datos para este análisis.

La CSS necesita un proceso de transformación profundo que le permita asegurar la sostenibilidad de las prestaciones económicas, la calidad de la atención de salud, la productividad, la innovación con un enfoque en el asegurado.

En la actualidad la CSS se encuentra desarrollando una Mesa del Diálogo en la cual se pretende lograr un marco jurídico viable que permita el proceso de transformación de la gestión administrativa, así como el fortalecimiento y sostenibilidad financiera del Programa de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), mejorar el sistema de afiliación para la incorporación de los trabajadores informales a la seguridad social y corregir las deficiencias en prestaciones económicas, programa de riesgo profesional y enfermedad y maternidad y los servicios de salud que presta la CSS.

I. INTRODUCCIÓN

La CSS fue creada por medio de la Ley 23 del 21 de marzo de 1941, con su apertura por primera vez en Panamá, se organizó un sistema de seguridad social dirigido a la protección del trabajador panameño relacionado con las enfermedades y su rehabilitación, por tema de accidentes de trabajo.

La Ley No.51 de 2005 organiza a la CSS como una entidad de derecho público, autónoma, en lo administrativo, funcional, económico y financiero; con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene como objetivo primordial garantizar a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia, en casos de retiro por vejez, enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, viudez, orfandad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; y en el caso de atención a la salud, proveer a los asegurados activos y sus beneficiarios, servicios de salud en una amplia cartera de servicios, tanto el ámbito hospitalario como de la atención primaria en salud, cubriendo el 78% de la población del país.

Es importante resaltar que la CSS es una empresa financiera, que recibe primas (22% planillas) y otorga beneficios de cobertura de enfermedad, pensiones y riesgo profesionales y otros, sin embargo la percepción generalizada de la población es que es, una institución que provee servicios de salud y además ofrece pensiones y jubilaciones¹.

Alrededor del 40% de la población económicamente activa no cotiza, y los que lo hacen, pagan en su gran mayoría, contribuciones relativamente bajas. Panamá tiene el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita y el salario mínimo más alto en América Latina, sin embargo, y a pesar de estas dos realidades, mientras exista falta de cotizantes y un bajo ingreso de los que efectivamente pagan al sistema, la CSS no podrá mejorar su gestión.

Por lo tanto, la CSS debe evaluar su entorno general con el propósito de medir e identificar los diferentes problemas que existen y su importancia para el logro de objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Adicionalmente, el incremento de los problemas que tiene el Sistema Público de Salud, incluyendo los referentes a la CSS, han impactado negativamente en la población general y asegurada, traducándose en la desmejora de algunos de los principales indicadores de salud.

Un reto primordial es lograr que los servicios de prestaciones económicas y de salud sean costo-eficientes y costo-efectivos, con la calidad y la oportunidad necesaria, para impactar en la mejora de los resultados de salud y la entrega de prestaciones económicas en forma sostenible para las futuras generaciones.

El presente documento trata de ser un instrumento de utilidad para la planificación estratégica y la direccionalidad, tiene como finalidad conocer la situación actual de la CSS y los inconvenientes que limitan su crecimiento y desarrollo, por lo tanto no solo abarca el análisis interno sino además un análisis externo, debido a que la institución se despliega en un entorno que influye en su operación.

1 Presentación Mesa del Diálogo

II. OBJETIVO

Conocer el escenario actual de la seguridad social en que se encuentra la CSS, con la finalidad de identificar las áreas de intervención, problemas y nudos críticos que existen y su importancia respectiva para una planificación estratégica efectiva.

III. METODOLOGÍA

La CSS inició el proceso de elaboración de este análisis, con la confección de la Guía de Elementos a Considerar para Analizar la Situación de las Prestaciones Salud y Económicas de la CSS, la cual fue enviada a cada una de las diferentes Regiones de Salud y por medio de nota se solicitó la asignación de un equipo que realizaría el análisis en cada una de ellas.

Por parte de la Directora Nacional de Planificación (DINAP), se realizó una reunión vía zoom, debido a la pandemia, con los Directores Institucionales, para dar las instrucciones sobre el proceso a iniciar de análisis de la situación de las prestaciones económicas y de salud, en cada una de las regiones de sus responsabilidad.

Con este primer paso se logra sensibilizar a los líderes institucionales para la conformación de equipos que pudieran responder las guías y tablas confeccionadas en la DINAP, para la recolección de los datos y su posterior análisis. A continuación se realizó otra reunión para dar instrucciones y capacitar a los equipos regionales, también vía zoom.

Por parte del nivel nacional de la DINAP, se conformó un equipo de trabajo, integrado por los planificadores de esta dirección, a los cuales se les encargó a cada uno la responsabilidad de una Región de Salud y mediante el desarrollo de una metodología participativa e integradora darle seguimiento estrecho a cada una, este equipo nacional estaba coordinado por la Subdirección de la DINAP y el Coordinador de los planificadores nacionales.

Los planificadores del nivel nacional fungieron como enlaces, brindaron apoyo logístico y técnico a cada equipo regional de manera presencial los más accesibles y de manera virtual los menos accesibles geográficamente.

Adicionalmente se prepararon instrumentos de recolección en formato Excel y un formato de presentación en PowerPoint para la presentación final.

Se desarrollaron una serie de jornadas de trabajo vía zoom con los puntos focales de cada Región de Salud. Estas sesiones se llevaron a cabo con el propósito de fortalecer y asegurar que los equipos regionales reportaran datos e información completa. Sin embargo algunas regiones por su cercanía y bajos índices de contagio pudieron ser visitadas por los planificadores nacionales.

Se realizó un taller final en el auditorio de la CSS, vía zoom, para la presentación de cada uno de los análisis por los diferentes equipos regionales. Adicionalmente se sostuvieron reuniones presenciales individuales con algunas Regiones de Salud que lo necesitaban.

De esta manera, adicional a este documento, se han producido los Análisis de la Situación de Salud de la Población Asegurada por cada una de las Regiones de Salud, logrando en primer lugar un empoderamiento y un incremento del conocimiento acerca de la población de responsabilidad, la situación socioeconómica del área, sus recursos técnicos, administrativos y humanos; en función de las necesidades de la población asegurada.

El proceso metodológico consideró una revisión de cada uno de los análisis regionales recibidos, para garantizar la calidad de los datos.

Cada uno de los análisis de la situación de las diferentes Regiones de Salud y las presentaciones aparece en la página web de la institución.

La sistematización de la información, elaboración y redacción del documento final una vez concluidas todas las etapas previas, fue preparada por el equipo nacional de la DINAP para su oportuna presentación y divulgación.

IV. CONTEXTO DE PAÍS

A. Datos generales

La República de Panamá se ubica geográficamente en el área central del continente americano. Limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con el Océano Pacífico, al Este con la República de Colombia y al Oeste con la República de Costa Rica.

Cuenta con una extensión territorial de 75,517 km², que comprende la superficie terrestre, el mar territorial, la plataforma continental submarina, el subsuelo y el espacio aéreo entre Colombia y Costa Rica. Está dividida en diez (10) provincias (Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Herrera, Los Santos, Panamá, Panamá Oeste y Veraguas) y 4 comarcas indígenas con nivel provincial (Emberá, Guna Yala, Ngäbe Buglé, Naso Tjër Di), 81 distritos o municipios, 679 corregimientos (dos de ellos son comarcales: Guna de Madugandi y Guna de Wargandi), teniendo la CSS, presencia en 38 distritos y 70 corregimientos.

La Nación Panameña está organizada en Estado Soberano e Independiente, cuya denominación es República de Panamá. Su gobierno es unitario, republicano, democrático y representativo. El gobierno es elegido democráticamente mediante sufragio universal y directo cada 5 años, con tres poderes u órganos: el ejecutivo, el legislativo y el judicial.

El español es el idioma oficial de la República. El balboa es la unidad monetaria y se subdivide en 100 centésimos y es equivalente al dólar de los Estados Unidos de América.

B. Situación económica y social

La situación económica y social de Panamá, se caracteriza por una gran desigualdad en la distribución del ingreso y por elevados niveles de pobreza e indicadores sociales que no son acordes con el ingreso promedio de los panameños, contribuyendo también a esta desigualdad, la pobre calidad y cobertura de la educación y de la salud. La pobreza alcanza a más de la quinta parte de la población panameña que

además se encuentran con limitados servicios de agua, transporte público y de aseo, siendo inexistentes en algunos casos. Para el año 2018, Panamá tenía la tercera peor distribución del ingreso en América Latina después de Brasil y Honduras.

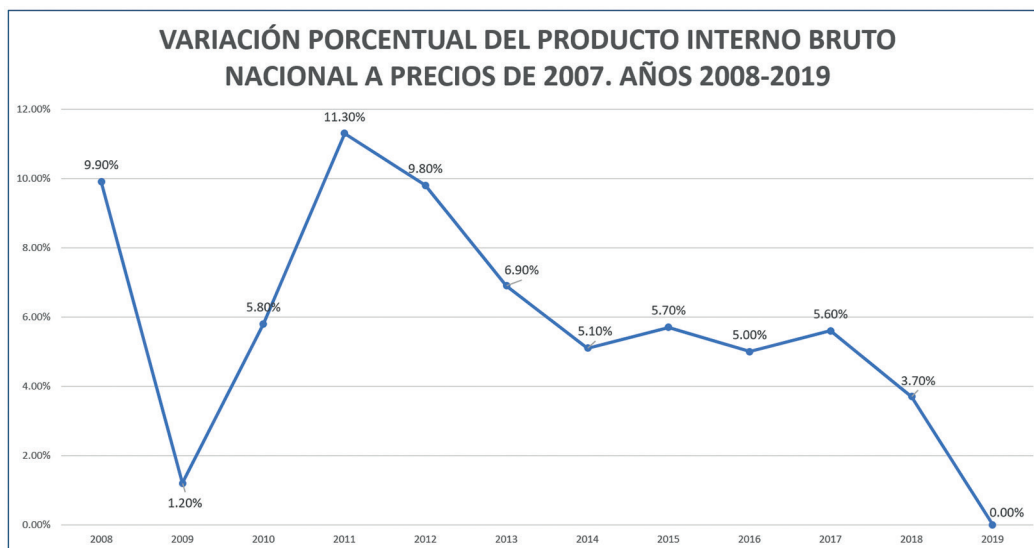
La desigualdad se mantuvo entre las más altas del mundo (Coeficiente de Gini de 49.8 en 2019). En Panamá existen 777.752 personas en situación de pobreza. El desempleo alcanzó el 18.5% en 2020, y se espera que cerca de 130,000 personas caigan por debajo de la línea de pobreza de B/.5.5 por día, lo que implica un aumento en la tasa de pobreza del 12.1% en el 2019 al 14.9% en el 2020. Se estima que, sin el apoyo de las transferencias sociales, la pobreza habría aumentado al 20.8 por ciento por efectos de la pandemia².

El informe del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), sobre las cifras estimadas del Producto Interno Bruto (PIB) de la República, indica que para el año 2019 la economía nacional presentaba una tasa de crecimiento del PIB a precios de 2007 por el orden de 3.0%, con respecto al mismo indicador del año 2018. El citado documento también destaca que las actividades económicas con mayor crecimiento fueron la explotación de minas y canteras (45.4%), agricultura (7.9%), y transporte, almacenamiento y comunicaciones (6.8%).

Se evidenció una contracción del crecimiento económico del país, aun cuando mantuvo el liderazgo de crecimiento de las economías de la región.

El PIB se concentra en las exportaciones de bienes y de servicios, a lo que se suma la expansión en materia de construcción de viviendas y apartamentos. Aunado a ello, se agrega inversión pública en infraestructura y la expansión de la actividad y el crédito bancario que respalda un alto crecimiento del consumo. Su variación porcentual se puede observar en la Gráfica 1, donde su mayor porcentaje se presenta para el año 2011 en 11.3%, bajando en los siguientes años hasta ubicarse en 3% para el año 2019.

GRÁFICA 1. VARIACIÓN PORCENTUAL DEL PIB



Fuente: INEC. Publicación Avance de cifras de Cuentas Nacionales. 2016-2019 y Panamá en Cifras.

Fuente: Presentación Mesa del Diálogo

C. Distribución de la población

Aproximadamente el 75% de la población panameña se encuentra distribuida a lo largo de la vertiente del Pacífico, en tres centros importantes de concentración: la región metropolitana, la cual incluye las grandes ciudades de Panamá, Colón, La Chorrera y Arraiján (con más del 59.7% de la población nacional); el área de las provincias centrales en la que se destacan las ciudades de Chitré, Las Tablas, Los Santos, Santiago, Aguadulce y Penonomé; el área occidental de Chiriquí con centros como David, La Concepción y Puerto Armuelles.

Panamá tiene una densidad poblacional de 56.87 habitantes por km²; cuyos extremos oscilan entre 1,76 en el distrito de Sambú y 6,300 hab/km² en San Miguelito, provincia de Panamá. Las provincias con mayor densidad de población son: Panamá, Colón y Chiriquí, en el otro extremo se ubican Darién y la Comarca Emberá.

En las últimas décadas se ha acentuado la migración de las áreas rurales hacia los centros urbanos, especialmente hacia la zona metropolitana, lo que ha traído como resultado un importante desbalance entre el área metropolitana y el resto del país, que ha dado como consecuencia problemas ambientales por el crecimiento no planificado de la ciudad de Panamá.

D. Caracterización de la población panameña

La población estimada para 01 de julio 2020 es de 4,278,500 habitantes, con una relación hombre mujer de 1:1. La población urbana se mantiene cerca de 64%.

El 25,7% de la población panameña es menor de 15 años, el 65.6% de 15 a 64 años y el 8.7% de 65 y más, sin embargo esta estructura de población por edad encuentra diferencias entre las provincias y comarcas del país. Los pueblos indígenas constituyen aproximadamente 6% de toda la población.

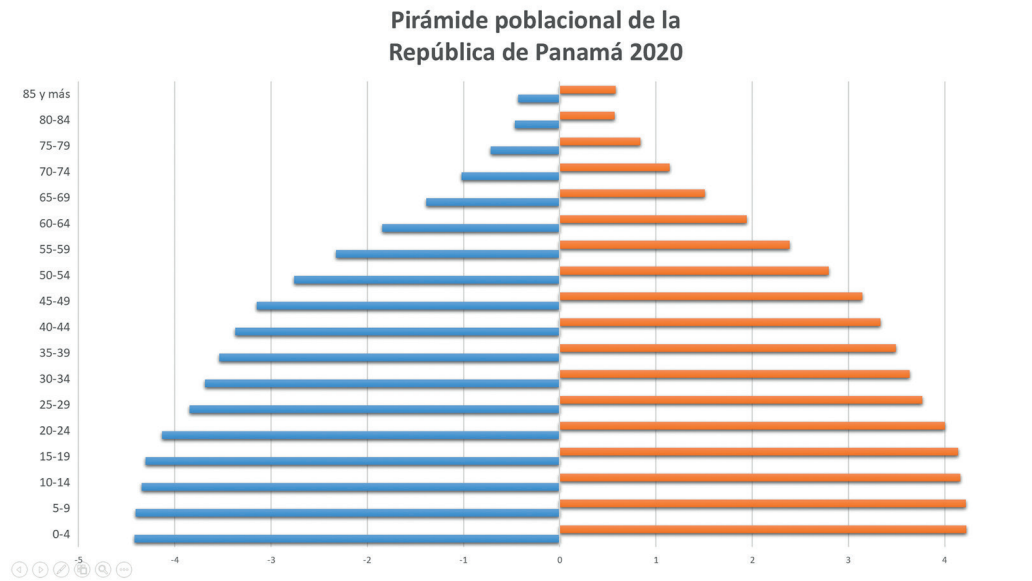
E. Dinámica poblacional

La dinámica de la población indica que la República pasó de 859,658 en 1950 a 3,661,835 en el 2010 y actualmente se estima en 4,278,500 habitantes y se espera, según proyección del INEC que para 2050 sea de 5,625,442.

La estructura por grupos de edad presenta características particulares de poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer.

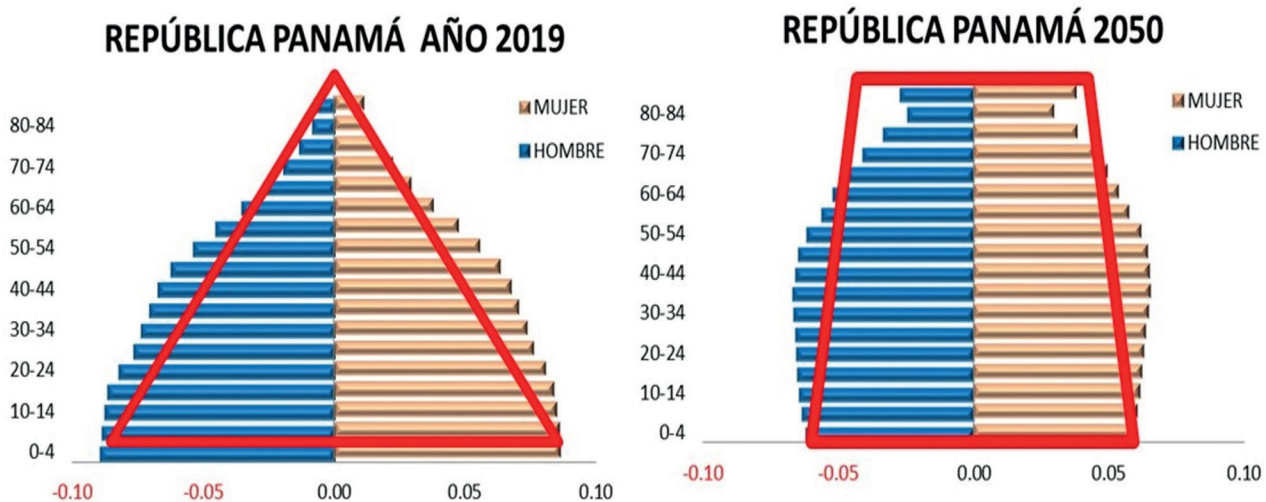
La pirámide poblacional de la República de Panamá, para el 2020 todavía mantiene forma clásica de pirámide aunque con una tendencia a la disminución de su base y ensanchamiento de su vértice. Gráfica 2

GRÁFICA 2. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ 2020



Fuente: INEC, Presentación Mesa del Diálogo

GRÁFICA 3. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA PARA LOS AÑOS 2019 Y 2050



Fuente: INEC, Presentación Mesa del Diálogo

Al realizar un análisis comparativo de las pirámides de población de la República para los años 2019 y 2050, (Gráfica 3) se puede estimar una transformación para los próximos 30 años. La población menor de 25 años presenta una reducción porcentual significativa y la población de 25 años y más muestra un incremento porcentual. Por lo tanto la estructura poblacional se encuentra en plena transición al envejecimiento, con un aumento de la esperanza de vida y la tendencia a inversión de la pirámide.

F. Envejecimiento de la población en Panamá

El envejecimiento de la población panameña se ha realizado paulatina y continuamente desde la década de 1950. Se estima que para el año 2050 la población habrá aumentado su edad mediana, pasando de 27 años en el 2009 y finalmente a 39 años para el año 2050. Gráfica 4

La población mayor de 65 años representará un 19% de la población en el 2050. Un análisis de la distribución geográfica de la población mayor de 65 años permite establecer que en la actualidad, parte de esta población se concentra en la península de Azuero, el sur de la Provincia de Veraguas y el oriente de Chiriquí, consecuencia de procesos de migración de la población hacia las zonas urbanas del país y de una significativa disminución de las tasas de natalidad.

Este proceso de envejecimiento de la población trae como resultado un impacto directo sobre la calidad de vida y salud de la población, con consecuencias sobre la mortalidad y morbilidad debido a las enfermedades no transmisibles como el cáncer, la diabetes y las enfermedades circulatorias o del corazón, que ya representan un porcentaje alto de la mortalidad del país.

GRÁFICA 4. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA



Fuente: INEC, Presentación Mesa del Diálogo

G. Crecimiento natural de la población

Panamá se encuentra en plena transición demográfica, con una tasa de crecimiento natural con tendencia a la disminución, que para el año 2010 fue de 14.7 decreciendo para el 2015 a 13.5. Las áreas del país con mayor tasa de crecimiento natural son la Comarca Ngäbe Bugle con 26.8, Bocas del Toro con 24.2, y Darién con 17.4, tasas parecidas a las observadas en la década del 80.

H. Migración

La migración entre distritos ha decrecido, no obstante, el porcentaje de migrantes recientes (10.3%) mantiene una intensidad relativamente alta, debido principalmente a que la situación en el interior del país se ha desarrollado económicamente permitiendo la creación de nuevos empleos para los residentes en esas áreas, siendo los distritos de Atalaya, Boquete, Chitré, Las Tablas, Santiago, Pedasí y Pinogana, presentando las mayores tasas de inmigración por cada 1,000 habitantes.

La migración interna continuará siendo del área rural hacia el área urbana. La migración internacional es más importante en aquellas provincias con mayor crecimiento económico y mejor posición para la entrada y salida de población.

I. Población económicamente activa

El porcentaje de población económicamente activa, ha aumentado del 54% en 1950 al 66.2% en el año 2019. Cuadro 1

En materia laboral se puede indicar que para el año 2019 de una población económicamente activa de 1,957,806 existían 145,254 desocupados, lo cual representó una tasa de desocupación de 7.4%, mayor a la tasa del año 2018 que fue 6.2%.

CUADRO 1. POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA EN PANAMÁ, POR CONDICIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, 2019

Año	Condición de actividad económica de la población no indígena de 15 y más años de edad			
	PEA	PEA OCUPADA	COTIZANTES ACTIVOS (*)	COTIZANTES CSS/ PEA OCUPADA
2008	1,416,663	1,333,797	934,581	70.1%
2009	1,444,399	1,344,276	986,559	73.4%
2010	1,463,299	1,363,121	1,016,041	74.5%
2011	1,533,722	1,462,247	1,082,769	74.0%
2012	1,593,671	1,525,971	1,137,677	74.6%
2013	1,643,260	1,572,290	1,137,183	72.3%
2014	1,690,189	1,604,744	1,151,057	71.7%
2015	1,730,443	1,638,872	1,182,349	72.1%
2016	1,777,013	1,674,516	1,208,061	72.1%
2017	1,805,929	1,689,546	1,227,919	72.7%
2018	1,884,561	1,766,934	1,215,682	68.8%
2019	1,957,806	1,812,552	1,199,431	66.2%

(*) Incluye todos los Cotizantes Activos

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá (INEC) - Caja de Seguro Social (DENIT)

Se puede observar en el cuadro que entre los años 2009-2012, se presentó un aumento en el porcentaje de los cotizantes a la seguridad social de la población económicamente ocupada. Sin embargo a partir del año 2013 se presenta una disminución de estos.

Se observa igualmente que a pesar de que la población económicamente activa ocupada aumentó para el año 2019, en 478,755, en comparación con el año 2008, los cotizantes activos solamente aumentaron en 264,850.

Estos datos apuntan a que aunque la población económicamente activa ocupada aumenta, el porcentaje de la población cotizante activa no aumenta en la misma proporción, lo que se presenta como una disminución en el porcentaje de cotizantes a la seguridad social.

Esta situación es debida e influida por los cambios y la informalidad en el mercado de trabajo, el incremento del desempleo, pero también está afectada por la evasión contributiva a la seguridad social que enfrenta la CSS, por el incumplimiento en el pago y el no aseguramiento.

Las mujeres participan en el mercado laboral en un 55% al 2019 (75% los hombres) y presentan un 8.8% de desempleo frente a 5.8% de los hombres (datos INEC). Entre las mujeres ocupadas el 45.4% está en el sector informal (44.5% los hombres).

Las mujeres se insertan en el empleo público y privado en un 61%, pero también un 22% está en el empleo por cuenta propia y 10% en el servicio doméstico³.

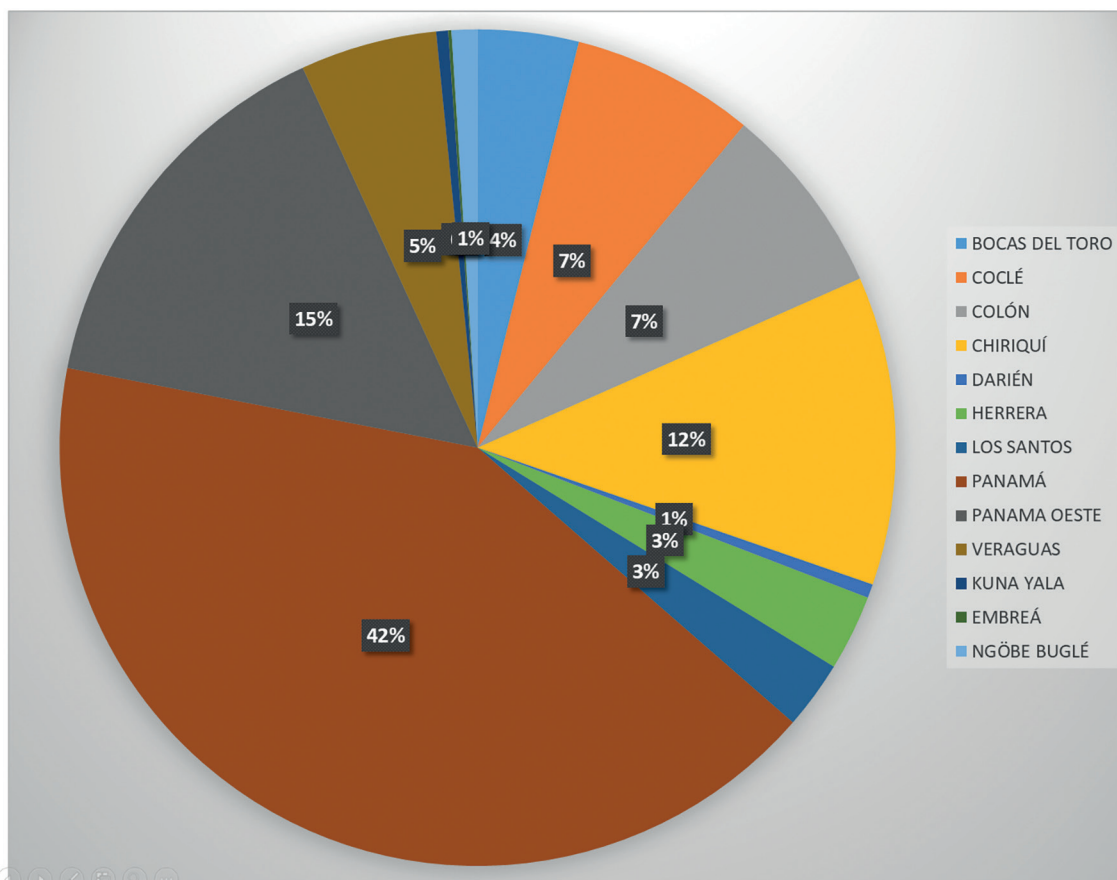
J. Caracterización de la población asegurada

1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ASEGURADA

La distribución de la población asegurada no es homogénea, 70% de ella se concentra en 4 de las 10 provincias: Panamá, Panamá Oeste, Chiriquí y Colón, las cuales también concentran el mayor número de asegurados activos (76.03%).

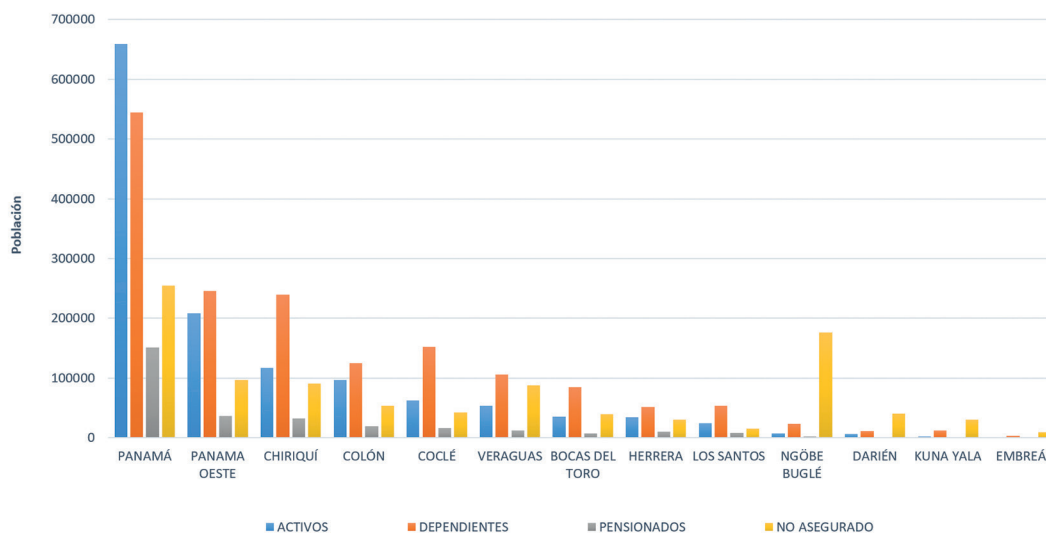
El 42% de los asegurados se concentran en la provincia de Panamá, 15% en la provincia de Panamá Oeste, correspondiendo en conjunto a más de la mitad de los asegurados. La provincia de Panamá es la única en donde los asegurados activos superan los beneficiarios. Gráfica 5 y 6.

GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ASEGURADOS ACTIVOS POR PROVINCIA O COMARCA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2019



Fuente: CSS, Dirección Nacional de Planificación, 2021

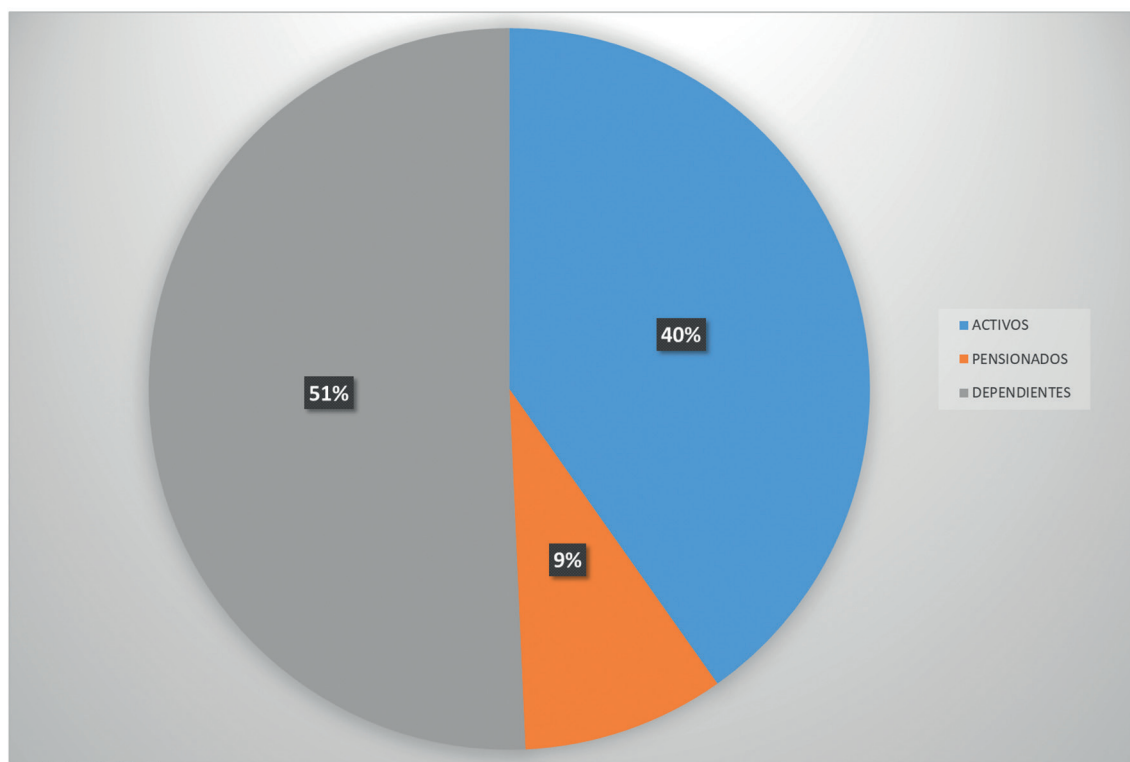
GRÁFICA 6. TIPO DE ASEGURADO POR PROVINCIA O COMARCA. REPÚBLICA DE PANAMÁ 2019



Fuente: CSS, Dirección Nacional de Planificación, 2021

Según el tipo de asegurado, el 40% son asegurados activos, el 51% son dependientes y el 9% pensionados. Gráfica 7.

GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE ASEGURADO



Fuente: CSS, Dirección Nacional de Planificación, 2021

2. COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El desarrollo de la cobertura de la población asegurada muestra un balance positivo. En 1980, el 50% de la población tenía cobertura de seguridad social, para el año 1990, era de 52,3% y veinte años después, en el año 2000 de un 68%. Para el año 2003 la cobertura bajó al 62,9%, sin embargo a partir de ese año, la población total empieza a crecer nuevamente hasta alcanzar un 70% en el 2006, para el año 2007 el 74,2% de la población del país se encontraba protegida por los servicios de la CSS.

La población protegida por la CSS, para el año 2019 aumentó a 3,252,571 habitantes, representando el 78% de la población total, en comparación con las cifras del 2018 (3,202,386) mostró un incremento de 1.57%. En relación a las nuevas inscripciones de asegurados, la provincia de Panamá continúa reflejando el mayor porcentaje con 42.0% y el menor incremento sigue siendo la provincia de Darién con el 0.01%, sin embargo presentó una leve disminución en comparación con el año 2016. La inscripción de dependientes de asegurados cotizantes fue de 81,696, donde los hijos (a) reflejaron el 65.0%, padre y/o madre el 20.0%, esposo o compañera el 12.0% y el menor porcentaje fue de esposo (a) invalido (a) incluyendo los compañeros (as) y esposos (as) con el 3.0%.

La población asegurada para el 2019 se encuentra entre las edades de 15 a 70 años. En el grupo entre los 25 y 49 años se encuentra el mayor número de asegurados activos. Gráfica 8.

El acceso a seguridad social por sexo, revela que el 45% de las mujeres no tiene cobertura y casi un 30% la tiene como beneficiario o dependiente de su pareja. Las mujeres son aseguradas directas (como trabajadoras) en menor medida que los hombres, lo que indica una inserción laboral con menor protección.

En el año 2019 se atendieron 34,209 mujeres embarazadas, de las cuales 13,733 se beneficiaron de cobertura de seguridad social para mujeres embarazadas, mediante subsidios por el concepto de maternidad a aseguradas, lo que representa menos del 50% de las mujeres embarazadas al 2019 con cobertura por su maternidad⁴.

En relación a la cobertura de las áreas comarcales, la población protegida es de 51,661 de 278,342 habitantes (18.6% de la población panameña); de los cuales 13,226 son asegurados cotizantes mientras que 38,435 personas son dependientes.

Esta deficiencia en la cobertura de seguridad social en comarcas indígenas va de la mano con los indicadores de pobreza, el 95.4% de los indígenas panameños están en situación de pobreza, mientras que el 86.4% de éstos están bajo el índice de pobreza extrema.

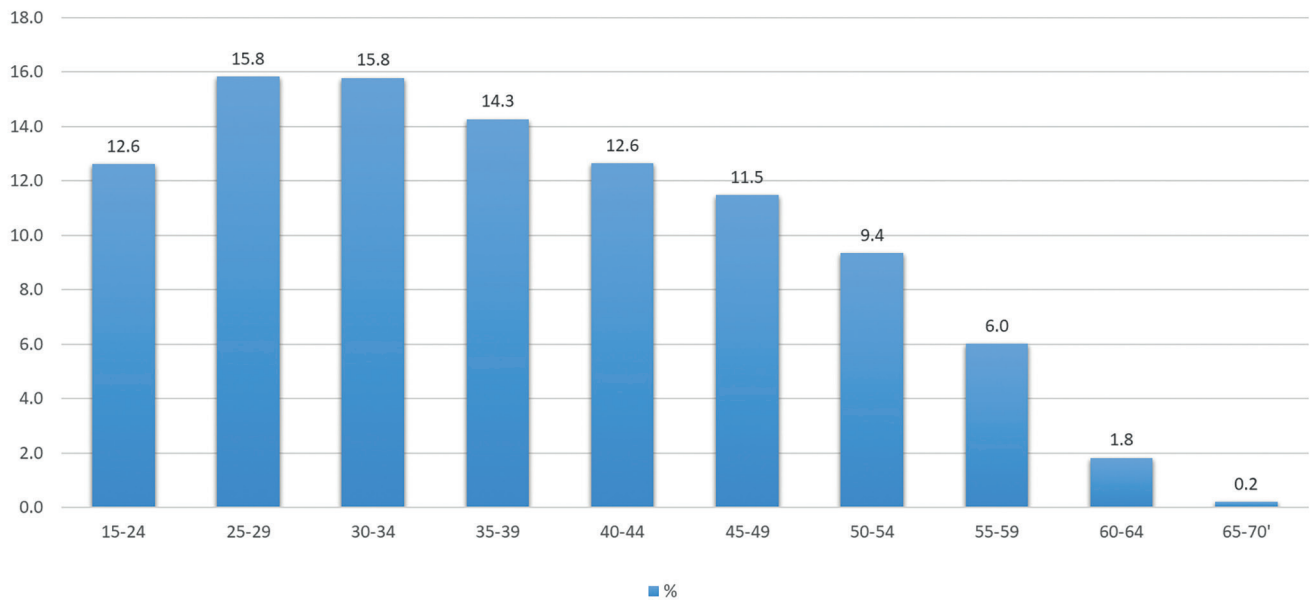
La CSS no cuenta con instalaciones de salud ni en Darién ni en las comarcas indígenas. La población asegurada de estas áreas recibe atención en las instalaciones del MINSA en respuesta a los convenios de compensación económica entre ambas entidades de salud, para lo cual la CSS destina financiamiento y asigna recurso humano para cubrir esta población asegurada. El porcentaje de personas aseguradas en estas áreas no superan el 2.12% del total de la población asegurada del país y de estos solo una cuarta parte son asegurados activos (1.0%), pensionados (1.0%), dependientes 3.0%.

Actualmente la CSS brinda prestaciones económicas a más de 281,246 pensionados en todo el territorio nacional y brinda servicios de salud en 73 instalaciones propias y en 20 clínicas satélites, dando acceso a la atención a una población estimada de 2.9 millones de habitantes.

El número de dependientes por asegurados cotizantes, como promedio anual, según la CSS, es inferior a dos. Para el año de 2019, la relación era de 1,3 dependientes por asegurado cotizante.

La población de Panamá al estar en un proceso de transición demográfica y por tanto de envejecimiento, impactará de modo significativo los diversos programas de seguridad social de la CSS.

GRÁFICA 8. PORCENTAJE DE ASEGURADOS ACTIVOS POR GRUPO DE EDAD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2019



Fuente: Presentación Mesa del Diálogo

3. EMPRESAS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA

En Panamá, la productividad laboral se desarrolla en 25 sectores económicos activos, que se subdividen en 122 actividades económicas, para el año 2019, se contó con más de 66,000 Empleadores activos en el país. El crecimiento promedio de empleadores en el país durante el periodo 2014-2019, fue de un 4%; los sectores como el comercio, la construcción y servicios domésticos, son los que presentan mayor número de empleadores. Cuadro 2

Las Actividades Económicas que registraron más de 1,000 empleadores durante el año 2019, fueron (12), los cuales representan el 78% del total de empresas a nivel nacional y dan empleo a el 58% de los Cotizantes Activos del país. Cuadro 3

Los servicios domésticos, fue la actividad económica que presentó el mayor número de patronos registrados con un total de 11,344; sin embargo, éstos solo emplean al 2% de los 655,659 trabajadores registrados. El mayor número de trabajadores se encuentra registrado en la Actividad Económica de Comercio al por Mayor con 128,421; seguido del Comercio al por menor con 124,228 y en tercer lugar la Actividad de la Construcción con 117,970.

CUADRO 2. ACTIVIDADES ECONÓMICAS

ACTIVIDAD ECONOMICA	
Agricultura	1
Agroindustria	2
Explotación de minas	3
Industrias manufactureras	4
Suministro de electricidad	5
Suministro de agua	6
Construcción	7
Comercio al por mayor	8
Comercio al por menor	9
Zonas francas y zonas económicas especiales	10
Hoteles	11
Restaurantes	12
Transporte	13
Almacenamiento	14
Información y comunicación	15
Actividades financieras	16
Actividades inmobiliarias	17
Actividades administrativas y servicios de apoyo	18
Actividades profesionales científicas	19
Enseñanza	20
Servicios sociales y relacionados con salud humana	21
Arte, entretenimiento y creatividad	22
Otras actividades de servicios	23
Organizaciones extraterritoriales	24
Servicio doméstico	25

Fuente: CSS, Dirección Nacional de Planificación, 2021

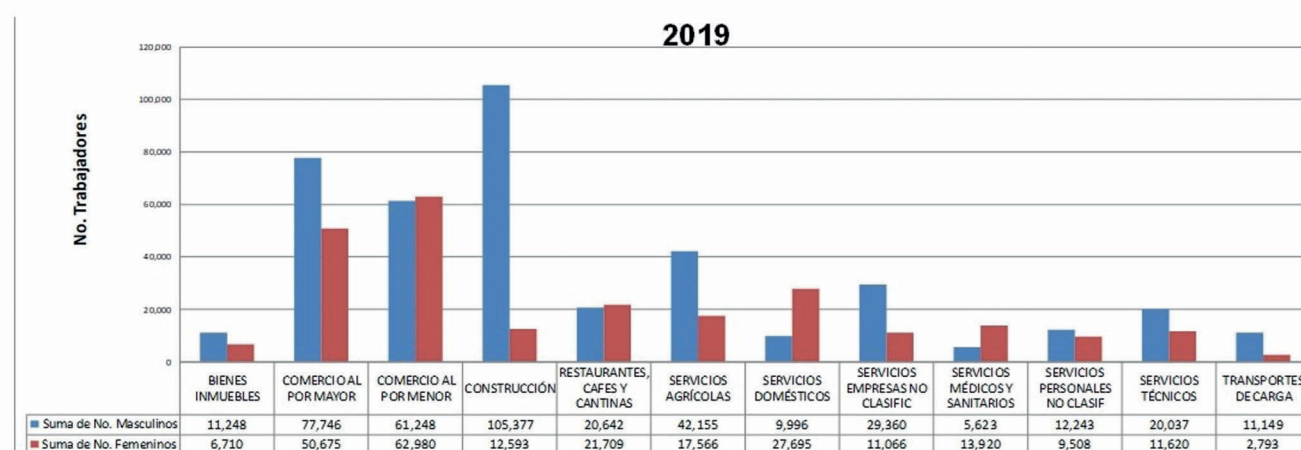
CUADRO 3. 12 PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONÓMICAS DESARROLLADAS EN PANAMÁ, 2019

Actividad Económica	No. de Empresa	No. Trabajadores Masculinos	Salario Promedio mensual de Masculinos (B./.)	No. Trabajadores Femeninos	Salario Promedio mensual de Femeninos (B./.)	Total de Trabajadores	Total de Salarios (mes en B./.)
Servicios Domésticos	11,344	9,996	7,109,484	27,695	19,826,102	37,691	26,935,587
Comercio Al Por Menor	9,602	61,248	46,047,323	62,980	42,805,292	124,228	88,852,615
Comercio Al Por Mayor	6,973	77,746	81,220,022	50,675	51,757,267	128,421	132,977,289
Construcción	6,019	105,377	113,187,815	12,593	13,867,979	117,970	127,055,795
Restaurantes, Cafés y Cantinas	3,952	20,642	14,021,424	21,709	13,151,448	42,351	27,172,872
Servicios Agrícolas	2,773	42,155	33,149,038	17,566	24,023,439	59,721	57,172,477
Bienes Inmuebles	2,657	11,248	10,399,773	6,710	6,862,549	17,958	17,262,322
Servicios Técnicos	1,937	20,037	29,641,834	11,620	15,622,462	31,657	45,264,296
Servicios Médicos Y Sanitarios	1,837	5,623	8,833,182	13,920	17,666,835	19,543	26,500,017
Servicios Empresas No Clasificadas	1,579	29,360	25,339,067	11,066	11,389,934	40,426	36,729,000
Servicios Personales No Clasificadas	1,512	12,243	8,367,236	9,508	5,556,302	21,751	13,923,538
Transportes De Carga	1,494	11,149	9,344,455	2,793	2,565,092	13,942	11,909,547
TOTAL	51,679	406,824	386,660,654	248,835	225,094,702	655,659	611,755,356

Fuente: Base de Datos año 2019 Sistema Mainframe-Dirección Ejecutivo Nacional de Innovación y Transformación (DENIT)

La siguiente gráfica muestra el número empleados por sexo y por Actividad Económica, donde se destaca que la mayor cifra de masculinos se encuentra en la actividad de la Construcción y en el Comercio al por Mayor, con un total de 105,377 y 77,746 respectivamente.

GRÁFICA 9. PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONÓMICAS DESARROLLADAS EN PANAMÁ, 2019



Fuente: CSS, Dirección Nacional de Planificación, 2021

V. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN PANAMÁ

El concepto de seguridad social ha ido cambiando desde el siglo XIX, cuando Bismark promovió el seguro social en Alemania, y es considerado el precursor de los programas modernos de seguridad social. Introdujo la protección a los trabajadores contra de riesgos sociales de vejez, invalidez y enfermedad, bajo los principios de obligatoriedad, cotización de los trabajadores y el papel regulador del Estado.

Medio siglo después, hasta la década del cuarenta, surge el concepto moderno de seguridad social, según el desarrollo de William Beveridge, en Gran Bretaña, que de acuerdo con el mismo, la seguridad social integra los seguros sociales, la asistencia social y los seguros voluntarios complementarios.

La primera iniciativa que se relaciona a la seguridad social en Panamá se formalizó con la Ley 17 de 1916 sobre accidentes de trabajo. Posteriormente, la Ley 21 de 1920 estableció la protección para enfermedades ocupacionales a las enfermeras.

Otras iniciativas en cuanto a la seguridad social continúan desarrollando en el país y es con la Ley 9 de 8 de octubre de 1924, que se instituyó una pensión por vejez a los empleados de telégrafos con veinticinco años de servicios; equivalente al sueldo que hubiese percibido durante el último mes de labores. Este término se disminuyó a veinte años mediante la Ley 3 de 29 de diciembre de 1928.

La Ley 65 de 22 de diciembre de 1926, incluyó a los empleados de la Agencia Postal de Panamá, el Banco Nacional y Hospital Santo Tomás, en el beneficio.

Con la Ley 78 de 24 de diciembre de 1930, se estableció el sistema de pensiones para los maestros.

El presidente Harmodio Arias Madrid creó en medio de la crisis de la gran depresión, un fondo de jubilación en el país, que estaba destinado a pagar las pensiones de los servidores públicos que tuvieran 60 años o más, y cuya experiencia laboral con el Estado fuera de al menos 20 años.

Mediante la Ley 7 de 1935 se deducía el 2.5% del salario de todos los servidores públicos, y se obligaba a que el tesoro nacional aportara 7 mil dólares mensuales, como fondo para las pensiones, sin embargo el abuso de las jubilaciones causó que el comisionado encargado de estos pagos le informara al presidente Arias Madrid, que se había agotado el dinero, y no se podían cubrir todas las pensiones.

En 1941 con la Ley 23 de 21 de marzo de 1941, su hermano Arnulfo Arias, creó la Caja de Seguro Social, una institución con la finalidad de gestionar el bienestar social de los panameños, con un sistema aplicable solo en los Distritos de Panamá y Colón, estableciendo la obligatoriedad de cotizar a los empleados públicos y privados; brindando servicios de salud y jubilación a los independientes.

Con la apertura de la CSS, por primera vez en Panamá, se organizó un “sistema público provisional” orientado a la protección del trabajador panameño en relación con las enfermedades y la rehabilitación por cuestión de accidentes de trabajo. Esta institución tenía

como referente las disposiciones que sobre el particular se realizaron en España, Francia y México, países donde las instituciones de seguridad social se encontraban relacionadas con el incremento de las demandas sociales de los trabajadores.

En 1943, se incluyó la cobertura de riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte para los trabajadores, beneficiando a los cónyuges e hijos menores.

En 1954 con la Ley 14, se incorpora seis distritos y se estableció el régimen voluntario.

En 1960 se adiciona las asignaciones familiares y el Estado sume los gastos de administración del sistema de la seguridad social, brindando por primera vez las prestaciones médicas al conyugue esposa, compañera e hijos y se inaugura e inicia operaciones, el Hospital General.

En la década del 70, se incorporó la cobertura obligatoria de Riesgos Profesionales a nivel nacional, a todos los empleados del Estado y empresas particulares, incluyendo a los trabajadores y sus beneficiarios, de las zonas bananeras.

En 1972, se dio inicio a la integración de los servicios de salud del Ministerio de Salud (MINSA) y la CSS que permitió llevar respuestas en materia de salud en corto plazo, a una importante población del país, correspondiendo a la CSS efectuar el mayor aporte financiero respecto al efectuado por el MINSA.

En el año de 1975 mediante la Ley 15, se amplió la cobertura de salud, otorgando prestaciones en atención médica, quirúrgica, farmacéutica, dental y de hospitalización a los beneficiarios.

Para 1976, se incorporaron a la seguridad social seis distritos más y la Comarca Kuna Yala.

En 1979 se crea el Fondo Complementario de Prestaciones Sociales para los servidores públicos y se mejora el régimen de vejez e invalidez, aumentando las pensiones vigentes y mejorando el cálculo de las prestaciones por conceder.

Hacia el año 1980, se efectúan estudios actuariales, realizados por el Dr. Peter Tullen (q.e.p.d.) y el Dr. Robert Kieffer, en los cuales se presentó el panorama sobre el financiamiento del sistema de pensiones.

Para 1982, se incorporó al Programa de Enfermedad y Maternidad al personal "No" estadounidense de la Zona del Canal, con base en los Tratados Torrijos Carter.

Mediante la Ley 30 de 26 de diciembre de 1991, se aumentó, a partir de 1995, la edad para acceder a una pensión por vejez en dos años, quedando en 62 años para los hombres y 57 años para las mujeres. La Asamblea Legislativa mantuvo en 180 los meses de cotizaciones para tener derecho a la jubilación, al igual que el 60 por ciento del sueldo base mensual para el monto de las jubilaciones. Estas transformaciones parciales realizadas en 1991, que si bien mejoró su situación no resolvió sus problemas administrativos y financieros de fondo a largo plazo.

Como parte del acuerdo tripartito de Bambito en 1994, en 1996 se creó el Grupo de Contacto y Seguimiento, integrado por representantes de todos los sectores involucrados en la protección social contributiva pública. Debido a la falta de confianza a las cifras de

la CSS, el Grupo acordó unánimemente solicitar ayuda de la OIT. Esta envió un equipo de actuarios, tuvo extensas discusiones con el Grupo y ambos colaboraron en el diseño de la metodología e incluso en las variables que serían utilizadas en el modelo.

En 1998, la OIT entregó al gobierno su estudio actuarial, el más serio y completo realizado en 60 años de la CSS, con activa participación de los sectores involucrados.

En 1999, debido a las subsiguientes elecciones presidenciales, se decidió suspender la labor del Grupo para no politizar el tema de la reforma. Sin embargo, se llegó a un consenso sobre puntos cruciales de la reforma identificando problemas en los diferentes debates sobre reformas de la CSS.

La paralización y ruptura del debate sobre las reformas provocó la convocatoria gubernamental en 2001 de un Diálogo Nacional por el Seguro Social, con apoyo metodológico del PNUD y técnico de OIT que actualizaría el estudio actuarial de 1998.

Durante el año 2001, se presentó ante la Junta Directiva de la CSS, la modificación de la ley 40 del 23 de junio.

En el año 2005, se deroga la ley de 1954 y se crea en diciembre del mismo año, la Ley No. 51, que reforma la Ley Orgánica de la Institución, introduciendo una serie de modificaciones al Sistema de Seguridad Social del país, principalmente al sistema de pensiones, estableciendo un subsistema mixto de Cuentas Individuales y un Subsistema Exclusivamente de Beneficio Definido (Sistema Cerrado). Por un lado realiza una reforma paramétrica importante en el subsistema exclusivo de beneficios definidos, la cual incluye la manutención de las edades de retiro en 62 años para los hombres y 57 años para las mujeres, eleva paulatinamente las cuotas necesarias para acceder al beneficio desde 180 cuotas (equivalentes a 15 años de cotizaciones) entre 2005 y 2007, luego a 216 cuotas (equivalentes a 18 años de cotizaciones) en 2008 a 2012, y a 240 cuotas (equivalentes a 20 años de cotizaciones) del 2013 en adelante. En forma complementaria eleva el número de salarios considerados para estimar el salario base desde siete años en 2005 a 2009 a diez años desde 2010 adelante. Las tasas de reemplazo para la cuota mínima son de 60% y hay un porcentaje adicional de 1,25% por cada año adicional. Por otro lado se crea un subsistema mixto que será administrado por la CSS y que mantiene su carácter público y de solidaridad.

La reforma no aborda el tema de la cobertura, pero determina la suficiencia de los beneficios entre un límite mínimo y máximo y mejora la solvencia del sistema ajustando los beneficios a las contribuciones aportadas al nivel de cada individuo. Su implementación, aunado al buen desempeño económico experimentado por el país durante más de dos quinquenios siguientes, logró estabilizar el Sistema, lo que representó una solución parcial al inicio de los problemas financieros de la institución.

Para el año 2010, se inicia el proyecto de construcción de la Ciudad Hospitalaria (hoy Ciudad de la Salud) y diversas Policlínicas en varias provincias del país.

En el año 2013, se hacen efectivos los últimos cambios producto de la Ley Orgánica de la CSS, con la incorporación de bonos anuales de cien balboas (B/.100.00) para los jubilados y pensionados, mediante la Ley 70 de septiembre de 2011, que modifica artículos de la ley

51 de 27 de diciembre de 2005, donde autoriza un aumento a los Pensionados y Jubilados y dicta otras disposiciones.

En el año 2020, se logra negociar con la empresa que construye la Ciudad de la Salud y se habilita las salas de cardiología para la atención de pacientes con COVID-19, realizando los trabajos para el acondicionamiento en tan solo un mes, dando respuesta inmediata a la emergencia sanitaria.

Adicionalmente para el año 2021 la actual administración de la CSS logra mediante negociación, la reactivación de la construcción de la Ciudad de la Salud constituyéndose en la más moderna instalación de Centroamérica, en materia sanitaria que será culminado en el 2024.

Durante el año 2021, se convoca un Diálogo Nacional (DNC) para la CSS que tiene como objetivo el acordar con los distintos actores de la sociedad civil y organizada, un marco jurídico viable, que permita el proceso de transformación, renovación y fortalecimiento de la CSS, garantizando su sostenibilidad financiera, transparencia y solidaridad social, de acuerdo con los principios de la seguridad social, los cuales serán analizados y definidos en las Comisiones Temáticas de Trabajo.

VI. PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE PANAMÁ

La CSS fue organizada tomando en consideración los principios de solidaridad, equidad y universalidad, lo que significa que toda persona que realice una contribución, por baja que sea, tiene iguales derechos al uso de todos y cada uno de los servicios de la CSS.

El principio de universalidad de la CSS confiere, el no dejar afuera de su cobertura, ninguna de las necesidades de la población asegurada, es decir, cubre todas las enfermedades y los riesgos asociados o no al trabajo y las enfermedades y síndromes discapacitantes.

El principio de obligatoriedad confiere el carácter obligatorio de la afiliación de los trabajadores y la inscripción de los empleadores al régimen de la CSS y plantea que todos y cada uno de los cotizantes debe hacer una contribución para mantener los servicios de salud y protección de los derechos al bienestar. La contribución que realizan los trabajadores (0.50%) y del empleador (8.00%) sostiene todo el sistema de salud y seguridad social de la CSS.

La CSS es pública, es una institución autónoma pero dentro de los parámetros de control del Estado, dirigida a la cobertura de las necesidades de salud de los trabajadores asegurados y sus beneficiarios. En materia administrativa, la CSS debe ser eficiente, eficaz y transparente; sostenible, solvente y en especial una institución donde la responsabilidad es compartida.

En la mesa del Dialogo se discuten los principios que deben prevalecer en la institución y la posibilidad de añadir otros. Los principios de la CSS que se describen en la Ley 51 se presentan en la figura siguiente:

FIGURA 1

LOS PRINCIPIOS DE LA CSS SEGÚN LA LEY 51

1. Carácter público de la Institución	2. Solidaridad	3. Universalidad	4. Unidad	5. Integralidad	6. Equidad
7. Obligatoriedad	8. Participación	9. Equilibrio financiero	10. Subsidiaridad	11. Eficiencia	12. Transparencia

Fuente: CSS, Dirección Nacional de Planificación, 2021

VII. DIFICULTADES QUE ENFRENTA LA CSS

El crecimiento del PIB en términos reales es uno de los indicadores del crecimiento económico de un país y por lo tanto es claro que entre mayor sea su crecimiento real mayor será las posibilidades de incrementar los ingresos de la seguridad social y por ende la calidad de protección. El PIB per cápita al 2019 fue de 32.850,819, producto de la pandemia en el año 2020 retrajo el PIB en 17.9%.⁵

Los cambios y la informalidad en el mercado de trabajo, provocan el incremento del desempleo y una desaceleración de la producción nacional conllevando por lo tanto, a la reducción de los ingresos tributarios del Estado, lo que causa una seria restricción al avance de la seguridad social de cobertura amplia y universal.

Entre el 2009 y 2019, 52% de los empleos generados por la economía fueron informales. Entre el 2014 y 2019, el porcentaje subió a 85% (el otro 15% fue el resultado aumento de la planilla estatal, con la incorporación de 35,350 nuevos funcionarios). Entre el 2018 y 2019 100% de la expansión del empleo fue informal. La informalidad aporta poco a las finanzas gubernamentales, de hecho, sólo el 17% de estos cotiza a la CSS.⁶

Es pues importante que para garantizar un determinado nivel de bienestar general y un avance de la seguridad social, que se disponga de los recursos financieros necesarios que permitan asegurar la protección económica y de salud a la población asegurada.

Otras situaciones que debe afrontar la CSS es la fragmentación del sistema de salud, los gastos de bolsillo, la dotación de recursos humanos del sector y las restricciones geográficas entre algunos otros, lo que constituyen algunos ejemplos de los desafíos para avanzar en la ampliación de la cobertura de salud en condiciones de oportunidad y asequibilidad.

Adicionalmente a las situaciones presentadas se encuentran otras relacionadas con la administración de la institución debido en parte, a la intervención política y la inadecuada gestión de algunos directores generales, produciendo serios problemas financieros.

5 Cuaderno COVID-19, CISS

6 Evolución, situación y perspectivas del mercado laboral, René Quevedo, Consultor

La evasión contributiva a la seguridad social es otro de los problemas que enfrenta la CSS, su incumplimiento en el pago ya sea por parte de los empleadores por el no aseguramiento, aseguramiento indebido y reporte de menores ingresos o de los trabajadores que la aceptan de forma voluntaria o bajo presión, es un tema crítico, afectando los beneficios y en la sostenibilidad financiera de la CSS y en las prestaciones que reciben la población asegurada.

Los ingresos provenientes de las obligaciones del Estado, tradicionalmente han sido bastante inciertos, dado que el Presupuesto Nacional tiende a responder a variables políticas y macroeconómicas del momento.

Entre 1982-1989 se produce el descalabro financiero del Programa Colectivo de Vivienda, con las consiguientes implicaciones administrativas económicas y morales para la CSS, que según los informes financieros, las sumas por recuperar superan los 100 millones de balboas, entre capital e intereses.

Para los años 1989-1990 el país se encontraba en uno de los peores periodos políticos y Panamá llegó a estar al borde del colapso financiero, el Estado no tenía con qué pagar la extensa nómina oficial, y la recesión golpeaba también los sectores pobres. Al cierre de bancos se sumó la casi total parálisis del comercio, lo que termino afectando a la CSS, como resultado de la profunda y prolongada crisis económica del país.

En el año 2005, con la creación de la Ley 51, se separa en dos subsistemas los asegurados activos que cotizan a la CSS en el Subsistema Exclusivo de Beneficio Definido (SEBD) y el Subsistema Mixto (SM). La aplicación de la Ley no contempló algunos ajustes que debían realizarse en relación al número de asegurados y el volumen de masa salarial que contribuyen a cada Subsistema, lo que ha representado en estos momentos un problema por la situación de los fondos de cada subsistema y la sostenibilidad del fondo de pensiones para el SEBD. Este tema ha llevado al establecimiento de un Dialogo Nacional que se desarrolla en estos momentos.

El déficit actuarial de las prestaciones que integran el Programa de Invalidez, Vejez y Muerte, (IVM) afectadas en los últimos años ha llegado a los 900 millones de balboas por las siguientes razones:

- Baja en los ingresos por cuotas, a consecuencia de la contracción en la actividad económica y el desempleo en el país.
- Aumento en el número de pensiones, principalmente de vejez anticipada.
- Eliminación de la segunda Partida del décimo tercer mes, como fuente de financiamiento del programa.

Aunado al panorama presentado, también han existido crisis en los aspectos de salud que han representado afectaciones a las finanzas y credibilidad de la CSS, como los enfrentados con la crisis por el dietilenglicol que fue un envenenamiento masivo ocurrido en 2006, tras el consumo de medicinas adulteradas a través de las farmacias de la institución, lo que provocó una intoxicación masiva por medicamentos alterados que causó afectaciones a más 1,300 personas y la muerte a unas 800. Es considerado el peor caso de intoxicación por dietilenglicol en el mundo.

El cierre del Laboratorio de Producción de Medicamentos de la CSS provocó el aumento de los costos de funcionamiento de la CSS. La compra de medicamentos a laboratorios privados por un valor hasta 11 veces por encima de lo que le costaba producirlos, elevó los gastos hasta US\$6 millones a diciembre de 2006.

A eso habría que sumar el pago de horas extras y la inversión en la campaña publicitaria para advertir a las personas que no consumieran los cuatro fármacos contaminados con dietilenglicol (Jarabe Expectorante sin azúcar, Jarabe con difenhidramina, Calamina Loción y la Pasta al Agua). Es decir, el impacto económico de todo fue grande tomando en cuenta que solo para el año 2006 se asignaron B/.45 millones para la adquisición de fármacos y para el año 2007 se destinaron B/.67 millones más.

Adicionalmente se crearon las clínicas para la atención de los pacientes envenenados y se les ha dado una pensión vitalicia. Los afectados que reciben esta pensión vitalicia son 1,033 y al monto anual esta por el orden de los nueve millones ciento ochenta y un mil seiscientos balboas (B/.9,181,600).

Los afectados de Bocas del Toro es otro de los casos en que la CSS asume el pago a 481 beneficiados, por un monto anual por el orden de los dos millones treinta y tres mil novecientos cincuenta balboas (B/.2,033,950.00).

En el año 2013 se reportó la muerte de nueve recién nacidos en la Sala de Neonatología del Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr. Arnulfo Arias Madrid" por intoxicación aguda con heparina con alcohol bencílico, que fue encontrado en el metabolismo de los infantes. A la investigación del caso se unió, por pedido del Gobierno Nacional, la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Instituto Conmemorativo Gorgas y expertos del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por su siglas en inglés) de Estados Unidos de América. Los familiares de los neonatos afectados (20) reciben una indemnización de ochenta y cinco mil ochocientos balboas (B/.85,800.00) anual.

A mediados de marzo de 2020, con la entrada inesperada de la Pandemia por COVID-19, la CSS enfrentó la necesidad de ajustar su presupuesto para contender esta crisis que afectaba toda la población del país. Se invirtió recursos tanto para la compra de insumos y aumentar la cantidad de personal para la atención de los casos de COVID-19 y de los turnos extraordinarios en las instalaciones de salud que laboran 24 horas: 15 hospitales Institucionales en todo el territorio nacional, así como en los servicios de urgencias de las policlínicas incluyendo el recurso humano que brinda servicios de atención pre-hospitalaria.

Se contrataron profesionales de salud, para hacer frente a la demanda por la pandemia. Los gastos por COVID-19 y otros como el aumento en la compra de tanques de oxígeno e insumos de protección personal, han asumidos por la CSS, antes de la asignación de los fondos del Plan Panamá Solidario.

Un estimado de 465.7 millones de balboas ascendió la afectación de los ingresos de la CSS, producto de la pandemia por la COVID-19 en el 2020, según un informe presentado ante la Mesa Plenaria del Diálogo Nacional por la CSS. Esto surge como consecuencia de la

modificación de la jornada laboral, suspensión de contratos y las terminaciones laborales posteriores a la reactivación, que afectaron a más de 284 mil trabajadores.

Esta situación está afectando el flujo de caja y los recursos disponibles para enfrentar los servicios que presta la CSS, los cuales se siguen brindando de forma ininterrumpida a la población asegurada. Esto ha llevado a utilizar las reservas para sostener el financiamiento y continuar ofreciendo las prestaciones de salud, medicinas, cirugías, equipos de bioseguridad, y continuar con el pago de las prestaciones económicas a los jubilados y pensionados.

Adicionalmente a los fondos que se invirtieron en el control de COVID-19, se presentaron consecuencias a la salud de los pacientes con morbilidades crónicas debido al cierre de la consulta externa de toda la red hospitalaria pública y privada, anunciada por el MINSA, el 15 de marzo de 2020, que se aplicó para evitar la propagación del virus.

La atención de la salud priorizada en el COVID 19, el cierre de la consulta externa, la declaración de la Provincia de Panamá como zona epidemiológica, la limitación en la circulación de la población de sólo dos (2) horas, y del transporte selectivo, provocaron en el caso particular de la CSS la reestructuración de algunos servicios con su consecuente aumento en los costos, como la dispensación a domicilio de medicamentos a los asegurados mayores de 65 años, y aquellos con enfermedades crónicas, para que recibieran sus tratamientos sin exponerse a posibles contagios al recurrir a las farmacias a retirar medicamentos.

En mayo 2021, la institución comunica que se detectaron alrededor de 56 casos de posibles pensiones fraudulentas, identificándose irregularidades como cuotas que le quitan a un cotizante y se le da a otro o casos donde no había terminado de pagar las cuotas y ya están cobrando, situación que están en investigación.

VIII. PRESUPUESTO DE LA CSS

El Presupuesto General del Estado es la estimación de los ingresos y la autorización máxima de los gastos que podrán comprometer las instituciones y relaciona en forma coherente el pasado, presente y futuro de la institución. El presupuesto que se aplica en el Gobierno de Panamá es por Programa.

Este instrumento de trabajo agrupa los gastos en atención a los programas, proyectos y actividades vinculándolos con los objetivos y fines que persigue la CSS. Además, incluye elementos que permiten evaluar los resultados obtenidos.

Las fuentes de financiamiento para la formulación del anteproyecto de presupuesto son: el Fondo General, el Fondo de Inversiones y Organismos Externos.

El Presupuesto de la CSS es estructurado en base a la Política Presupuestaria Gubernamental de la cual se deriva la Política Presupuestaria Institucional, la que en conjunto con los lineamientos establecidos en la Ley 51, Orgánica de la Caja de Seguro Social, se definen los Objetivos y Metas a alcanzar durante el periodo fiscal correspondiente.

El Anteproyecto de Presupuesto deberá incluir los indicadores de gestión, los objetivos y metas programáticas e institucionales vinculados con los recursos al Plan Estratégico de

Gobierno, así como las proyecciones de ingresos y gastos de funcionamiento e inversión, anual y a mediano plazo.

En el caso particular de la Institución las actividades a desarrollar van enmarcadas en la provisión de Servicios de Salud, optimizar y mejorar el abastecimiento de medicamentos con puntualidad y calidad, disminuir la lista de espera de pacientes de cirugía, mejorar la Gestión Administrativa, entre otros, procurando la sostenibilidad de los Riesgos de acuerdo a lo plasmado en la Ley Orgánica. Así, la razón de ser de la CSS, son todos y cada uno de los asegurados a los cuales se les garantiza una atención digna, oportuna y sobre todo, humana con calidad y seguridad.

El Presupuesto de la Institución se elabora de la manera siguiente:

- Preparación de sistemas y bases de datos con información estadística.
- Elaboración y distribución de formatos para sustentadores de gastos de operación e inversión.
- Distribución institucional de las políticas presupuestarias.
- Puesta en línea de los sistemas para la inclusión de solicitudes. (Los Centros Gestores incorporan sus requerimientos presupuestarios, según gasto específico)
- Asistencia para reforzar la metodología.
- Solicitud de información de gastos de forzoso cumplimiento.
- Seguimiento, consolidación, evaluación y análisis de las solicitudes
- Aplicación de Ajustes según el nivel de ingresos por programa y fideicomiso de acuerdo al plan operativo estratégico.
- Aprobación del Presupuesto a nivel Interno (Junta Directiva de la Institución).
- Aprobación Externa del Presupuesto (Ministerio de Economía y Finanzas, Órgano Ejecutivo y Comisión de Presupuesto de la Asamblea Nacional).

El Presupuesto de Ingresos de la Institución lo constituyen los Ingresos Corrientes (los cuales financian los Gastos Corrientes), los Reingresos de Capital y el Uso de Reserva para Gastos de Inversión.

La Institución tiene tres fuentes principales y tradicionales de obtención de Ingresos Corrientes:

- 1- Las contribuciones provenientes de las Cuotas Regulares, Especiales y Primas de Riesgos Profesionales, las cuales representan el 80% de los ingresos corrientes recibidos por la Institución anualmente y cuya proyección es calculada mediante indicadores económicos (Producto Interno Bruto- PIB), por Entidades e Instituciones Nacionales e Internacionales dedicadas a estas valoraciones.
- 2- Los aportes del Estado a la Seguridad Social.
- 3- Los ingresos financieros producto de la inversión de los fondos.

Los programas que se presentan en la elaboración del presupuesto de la CSS son:

- Gestión Administrativa
- Enfermedad y Maternidad
- Invalidez, Vejez y Muerte
- Riesgos Profesionales
- Fideicomisos

Las herramientas que utiliza la CSS para la elaboración de su presupuesto son:

- Sistema de presupuesto (SIPE), el POA y el anteproyecto de presupuesto.
- Sistema para seguimiento y evaluación de proyectos.

Hasta el año 2019 se formuló el presupuesto de manera manual, a partir del año 2020, se implementó un sistema informático que facilita su elaboración y se desarrolló en todas las direcciones institucionales de las diferentes regiones de salud.

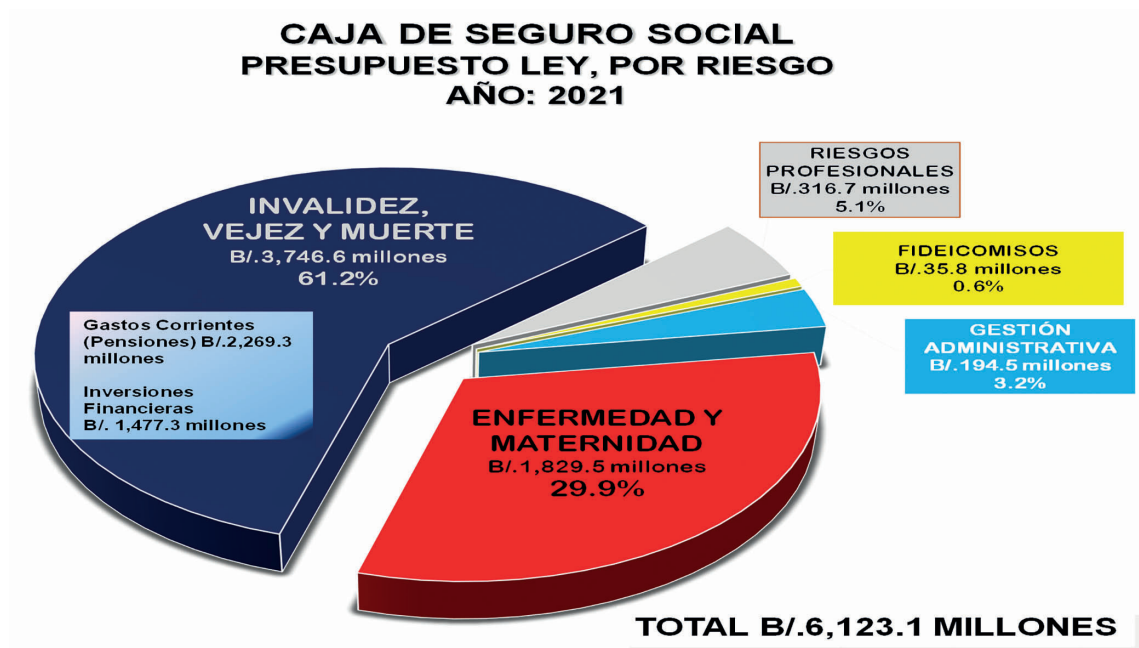
El presupuesto de la CSS se incrementa anualmente entre un 5 % a 10 % y representa alrededor del 20% del presupuesto del Estado. Sin embargo, no se atiende lo establecido en la Ley 51, Orgánica, referente a incluir sin modificaciones el Presupuesto de la Institución al Presupuesto General del Estado. Cuadro 4

CUADRO 4
PRESUPUESTO DE LA CSS POR AÑOS

Años	Presupuesto en Millones
2010	B/.2,290.00
2011	B/.2,382.00
2012	B/.3,000.02
2013	B/.3,648.00
2014	B/.4,435.00
2015	B/.4,496.85
2016	B/.4,707.10
2017	B/.5,115.70
2018	B/.5,664.00
2019	B/.5,732.00
2020	B/.6,108.00
2021	B/.6,123.00

Fuente: DINAP, Departamento de Costo 2021

El presupuesto Ley para la vigencia 2021 en B/.6,123.1 millones, con un incremento de 0.2% con respecto al Presupuesto Ley para el año 2020. Gráfica 10.



Fuente: CSS, Dirección Ejecutiva Nacional de Finanzas y Administración, (DENFA), mayo 2021

IX. PROGRAMAS DE LA CSS

La CSS cuenta con cuatro programas: Administración, Enfermedad y Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), y Riesgos Profesionales.

En el programa administrativo se agrupan las actividades administrativas de la CSS, no obstante, los gastos administrativos de la producción de los servicios de atención a la salud (salarios de recepcionistas, secretarías, directores administrativos de centros de atención) no son incluidos, y estos forman parte del Sub programa de Atención Médica.

La Administración y Riesgos Profesionales tienen escaso peso financiero en comparación con los otros programas de la CSS, constituyeron poco más del 10% del gasto corriente total de la CSS. El programa de administración de la CSS se financia mediante cuatro fuentes directas: subsidios estatales según una tasa del 0,8% de los salarios básicos; las multas y recargos; el 10% de las contribuciones regulares al Programa de Riesgos Profesionales; y los pagos de intereses sobre depósitos a plazo fijo.

El programa de Riesgos Profesionales tiene un total de activos que representa 1,06% del PIB. Los ingresos más confiables son el subsidio estatal y la cuota en las contribuciones al programa de Riesgos Profesionales. En el rubro de los ingresos, las multas, los recargos y los impuestos al alcohol asumen un papel importante. En el año 2003, la gestión administrativa evidenciaba una baja en su balance de resultado, posterior a ello mostró un crecimiento en esta relación.

El programa de IVM es el de mayor magnitud de ingresos y egresos de la CSS. El total de activos representa el 10% del PIB, el mismo presenta un creciente déficit. Este es el programa dirigido a

pagar prestaciones económicas, en forma de pensiones o indemnizaciones, en los casos que el beneficiado sufra una enfermedad invalidante que no le permita seguir trabajando y que no sea producto de una enfermedad o accidente de tipo laboral; por razón de la edad y al fallecer el asegurado o pensionado, para los cual deben cumplirse los requisitos establecidos en la ley y sus reglamentos. Figura 2

FIGURA 2 PRESTACIONES DEL PROGRAMA DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE (IVM)



Fuente: DINAP, Departamento de Actuarial, 2021

El programa de Enfermedad y Maternidad, es el segundo programa de la CSS con mayor porcentaje del PIB, cuyo total de activos representa el 3,0% del mismo. Este programa es la cara más visible de la institución y el de mayor cobertura poblacional. Dentro del mismo se deben distinguir dos sub programas con poblaciones cubiertas, ingresos y beneficios diferentes, el de Atención Médica y el de Prestaciones Económicas.

El programa de Riesgos Profesionales, tiene un total de activos que representa el 1,4% del PIB. Su comportamiento es similar al programa de Salud, Enfermedad y Maternidad. Este programa, que hasta 1970 estuvo en manos del sector privado, tiene la finalidad de sustituir, dentro de ciertos límites y condiciones, la responsabilidad del empleador estipulada en el Código del Trabajo, de proteger o resarcir a sus empleados por los daños por enfermedades o accidentes a que puede estar expuesto por razón de las labores que realiza para él.

A. Sistema de pensiones que administra la CSS

El sistema de pensiones es administrado por la CSS, en un sistema público, financiado por el Gobierno Central mediante transferencias de fondos que se sustentan en el monto de los salarios que se administran.

De igual forma, la CSS recibe ingresos como administrador de fondos especiales y como comisión por la transferencia de fondos recaudados en concepto de impuestos a sus afiliados.

En todo caso prevalece la gratuidad del servicio a sus afiliados.

Para esta labor la CSS cuenta con una estructura orgánica compleja donde coexisten las funciones administrativas destinadas a atender las operaciones de todos los Riesgos que administra, incluyendo el de IVM.

Se identifican como medulares las funciones de recaudación, inversión de reservas, administración de la base de datos, evaluación del derecho, otorgamiento y pago de las prestaciones económicas.

Las funciones de fiscalización se gestionan por parte de la Contraloría General de la República, que participa en el proceso mediante la verificación de los expedientes previos al pago de las prestaciones.

La Ley 51 de 27 de diciembre de 2005 estableció un régimen de pensiones compuesto que se divide en:

1. Subsistema exclusivamente de beneficio definido (SEBD)
2. Subsistema Mixto (SM)

1. SUBSISTEMA EXCLUSIVAMENTE DE BENEFICIO DEFINIDO (SEBD)

Este Subsistema se administra bajo un régimen financiero actuarial de Reparto de Capitales de Cobertura⁷.

El Artículo 151 de la Ley 51 indica que estarán cubiertos por el Subsistema SEBD todos los pensionados por Invalidez, Vejez y Muerte al 1 de enero de 2006; todas las personas afiliadas a la CSS que al 1 de enero de 2006 hayan superado la edad de treinta y cinco años o menos años de edad y que al 31 de diciembre de 2007 no hayan optado por participar en el Subsistema Mixto; y todos los trabajadores por cuenta ajena que ingresen por primera vez a la CSS, entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2007 y que no hayan optado por participar en el Subsistema Mixto.

a. Situación del Subsistema Exclusivamente de Beneficio Definido (SEBD)

El Subsistema se constituyó en un grupo cerrado ya que a partir del año 2008, no sufriría nuevas entradas de asegurados cotizantes activos, sin embargo, si experimentaría el incremento de la población de pensionados en el tiempo.

Durante el año 2019 se observa que los asegurados cotizantes activos pasaron de 836,765 a 643,058; los pensionados pasaron de 166,236 a 273,825. Esto equivale a que la relación asegurados por pensionados pasó de 5.0 en 2008 a 2.3 en 2019. Grafica 11 y 12.

La relación entre el número de trabajadores cotizantes cada pensionado se iba reduciendo en el tiempo, debido al proceso de maduración de la población en el país; caracterizado por una menor tasa de natalidad y mortalidad. Bajo el esquema de

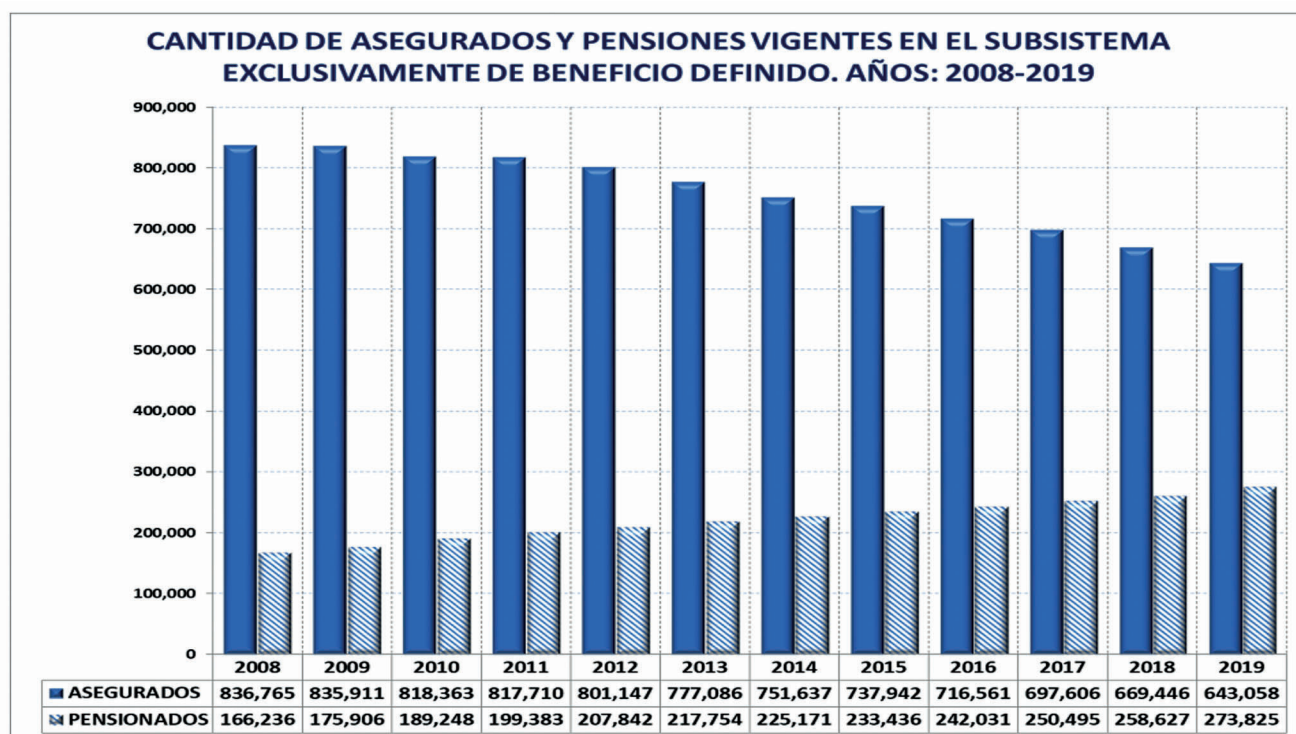
⁷ Bajo este sistema se generan unos Fondos o Reservas que se denominan "Reservas para Pensiones causadas" que permiten garantizar las pensiones vitalicias de jubilación al final de cada período de equilibrio, de aquellos jubilados que lo son a partir de ese período de tiempo.

solidaridad inter-generacional, este hecho producía que en las nuevas generaciones, al ser menos los que soportan el sistema, la carga del costo de los pensionados se convirtiera en más pesada.

Los pensionados del subsistema se concentran en las edades de 60 y 74 años, mientras que los asegurados activos se concentran en las edades de 40 y 49 años. La mayor cantidad de pensionados corresponden al sexo femenino, representando un 53.3% del total, mientras que la mayor cantidad de asegurados activos, corresponden al sexo masculino, representando un 61.8% del total.

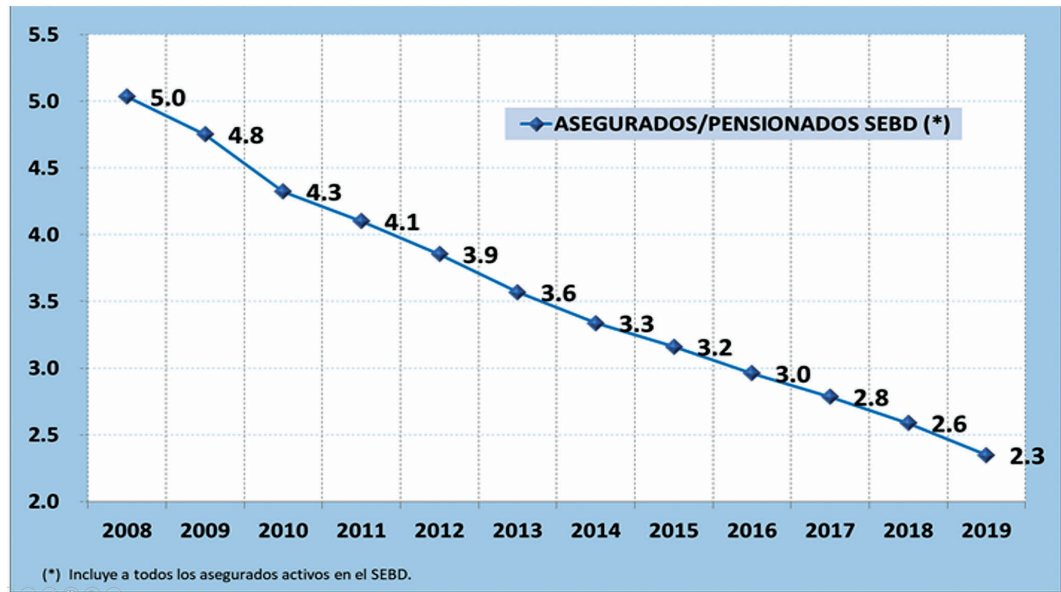
Claramente, el SEBD no es autosostenible. Es un sistema basado en aportes de cotizantes que cada día son menos y los pensionados más, inevitablemente incurrirán en una situación de insolvencia.

GRÁFICA 11. CANTIDAD DE ASEGURADOS Y PENSIONES VIGENTES EN EL SUBSISTEMA EXCLUSIVAMENTE DE BENEFICIO DEFINIDO (SEBD) AÑOS 2008-2019



Fuente: Departamento de Actuarial, CSS, 2021

GRÁFICA 12. CANTIDAD DE ASEGURADOS POR PENSIONES VIGENTES EN EL SUBSISTEMA EXCLUSIVAMENTE DE BENEFICIO DEFINIDO (SEBD), AÑO 2008-2019



Fuente:
Departamento de Actuarial, CSS, 2021

2. SUBSISTEMA MIXTO (SM)

Está conformado por:

- Un componente de Beneficio Definido, administrado bajo un régimen financiero actuarial de Reparto de Capitales de Cobertura, en el cual se participará con las cuotas pagadas sobre los ingresos de hasta B/.500.00 mensuales.
- Un componente de Ahorro Personal, administrado bajo un régimen financiero de Cuenta Individual, en el cual se participa con las cuotas pagadas sobre los ingresos que excedan de B/.500.00 mensuales.

La Ley 51 de 27 de diciembre de 2005 establece en su Artículo 152 que estarán cubiertos por el subsistema mixto las personas afiliadas a la CSS que al 1 de enero de 2006 tuvieran treinta y cinco o menos años de edad y que hayan optado expresamente por participar en el mismo. Estas personas tuvieron hasta el 31 de diciembre de 2007 para ejecutar esta opción.

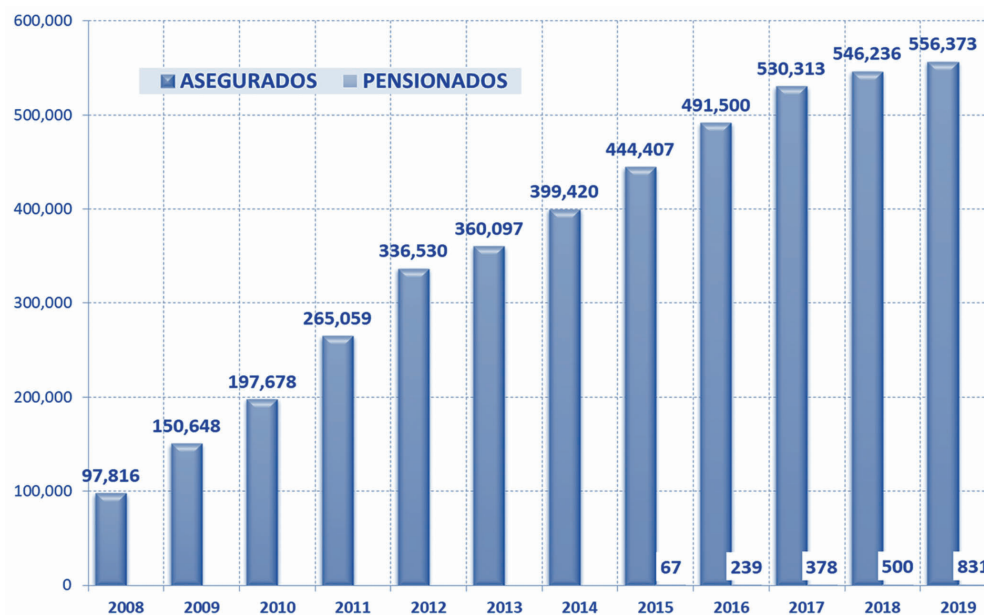
De igual manera todos los trabajadores por cuenta ajena ingresaron por primera vez a la CSS, entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre 2007 y que hayan optado por participar en él. También incluye a todos los trabajadores que por cuenta ajena ingresaron por primera vez a la CSS.

a. Situación del Subsistema Mixto

Durante el 2019 se observa que los asegurados cotizantes activos de este subsistema de 97,816 a 556,373; los pensionados pasaron de 67 en 2015 a 831 en 2019. Esto equivale a que la relación asegurados por pensionados se encuentra en 670 asegurados por pensionado en el año 2019. Grafica 13

Los pensionados del subsistema, con prestaciones del tipo pensión de invalidez y sobrevivientes, se concentran en las edades de 4 y 24 años, mientras que los asegurados activos se concentran en las edades de 24 y 34 años.

GRÁFICA 13. CANTIDAD DE ASEGURADOS COTIZANTES ACTIVOS Y PENSIONADOS EN EL SUBSISTEMA MIXTO AÑOS 2008-2019



Fuente: Departamento de Actuarial, CSS, 2021

3. SITUACIÓN FINANCIERA POR SUBSISTEMA

Sobre la situación financiera del SEBD podemos anotar los siguientes:

Los ingresos del subsistema pasaron de B/.766.6 millones en 2008 a B/.1,609.1 millones en 2019, lo que representó un crecimiento de 6.9%. Los egresos, constituidos principalmente por pagos de prestaciones económicas, pasaron de B/.793.9 millones a B/.1,859.0 millones, un crecimiento de 8.04%. Cuadro 5

CUADRO 5 RESUMEN DEL ESTADO DE RESULTADOS, AÑOS 2008-2019 (EN MILLONES DE B/.)

RESUMEN DEL ESTADO DE RESULTADOS. AÑOS:2008 - 2019 (EN MILLONES DE B/.)												
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
INGRESOS	766.6	817.1	811.5	992.9	1,168.7	1,378.9	1,318.8	1,457.6	1,554.5	1,618.9	1,649.8	1,609.1
GASTOS	793.9	881.3	964.8	1,019.8	1,140.5	1,224.6	1,288.5	1,413.8	1,513.8	1,617.0	1,697.8	1,859.0
RESULTADO	-27.3	-64.1	-153.3	-26.9	28.2	154.3	30.3	43.8	40.7	1.8	-48.0	-249.9

Fuente: Informes Financieros CSS.

Los resultados operacionales fueron negativos durante el periodo 2008 a 2011, mientras que se obtienen resultados positivos para el periodo 2012 a 2017, estos últimos influidos por situaciones de registros incorrectos de ingresos entre subsistemas. Sin embargo, para el periodo 2018 y 2019 se observan nuevamente resultados negativos incrementales.

Las reservas afectadas por el comportamiento antes descrito pasaron de B/.1,484.6 millones en 2008 a B/.1,467.7 millones en 2019. Cuadro 6

Los activos pasaron de B/1,508.3 millones en 2008 a B/3,232.9 millones en 2019. Concentrados en inversiones de largo plazo.

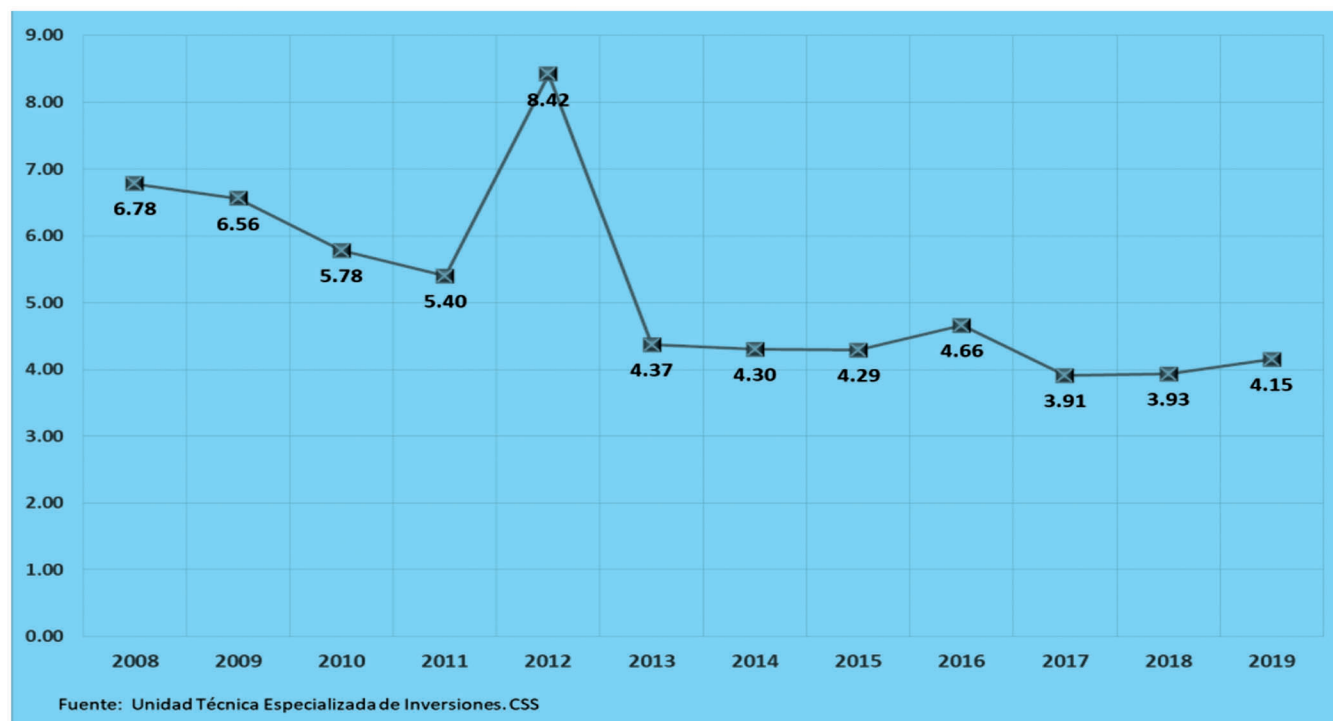
CUADRO 6 RESUMEN DEL BALANCE GENERAL DEL SUBSISTEMA EXCLUSIVAMENTE DE BENEFICIO DEFINIDO AÑOS 2008-2019 (EN MILLONES DE B/.)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACTIVO												
ACTIVO CORRIENTE	416.3	707.7	542.2	459.5	557.4	122.9	530.2	1,563.3	1,463.5	651.1	535.2	466.1
ACTIVO DE LARGO PLAZO												
INVERSIONES	1,036.2	708.3	966.6	1,167.5	1,419.0	1,348.7	1,593.1	1,557.6	1,694.0	1,994.3	2,298.2	2,357.4
PRESTAMOS	36.3	33.5	32.4	39.7	42.5	45.0	46.2	30.1	32.3	47.8	81.2	108.3
ACTIVO FIJO Y TERRENOS	19.4	26.6	199.9	199.7	199.6	202.0	202.0	233.9	238.2	238.4	237.7	261.7
OTROS ACTIVOS	0.1	0.5	13.9	15.7	18.9	58.5	191.0	95.5	221.0	49.9	51.5	39.4
TOTAL DE ACTIVO	1,508.3	1,476.5	1,754.9	1,882.1	2,237.4	1,777.0	2,562.5	3,480.5	3,649.0	2,981.5	3,203.8	3,232.9
PASIVO CORRIENTE	23.6	39.8	200.7	198.4	444.0	147.7	607.4	1,461.8	1,594.9	1,157.0	1,465.8	1,765.2
PASIVO LARGO PLAZO	-	-	-	-	36.3	-	-	-	-	-	-	-
FONDOS LEGALES	1,484.6	1,436.8	1,554.3	1,683.7	1,757.1	1,924.8	1,955.1	2,018.7	2,054.2	1,824.4	1,738.0	1,467.7
TOTAL DE PASIVO Y FONDOS	1,508.3	1,476.5	1,754.9	1,882.1	2,237.4	1,777.0	2,562.5	3,480.5	3,649.0	2,981.5	3,203.8	3,232.9

Fuente: Informes Financieros CSS.

En el SEBD las inversiones durante el año 2019 obtuvieron tasas de rendimiento promedio que oscilaron de 6.78% en 2008 a 5.78% en 2010 y 8.42% en 2012, posterior a este periodo, presentaron un rendimiento más o menos estable, cuyo máximo se alcanzó en el año 2019 cuando resulto en 4.15%. Grafica 14

GRÁFICA 14. TASA DE RENDIMIENTO HISTÓRICO DEL RIESGO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE, SUBSISTEMA EXCLUSIVAMENTE DE BENEFICIO DEFINIDO, AÑOS 2004-2019



Fuente: Departamento de Actuarial, CSS, 2021

Las inversiones durante el año 2019 obtuvieron tasas de rendimiento promedio que oscilaron para el subsistema mixto de 6.66% en 2008 a 4.45% en 2010 y 8.22% en 2012, posterior a este periodo, presentaron un rendimiento más o menos estable, cuyo máximo se alcanzó en el año 2019 cuando resultó en 4.56%. Gráfica 15

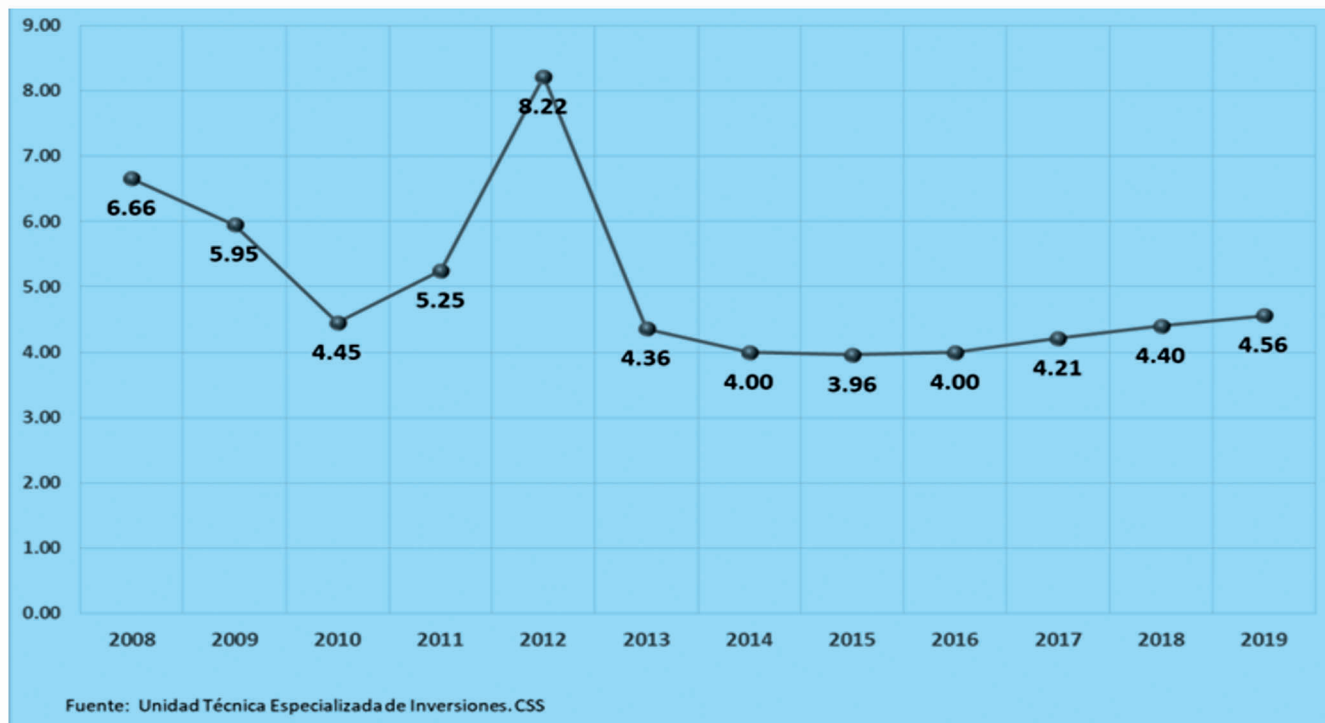
Sobre la situación financiera del Componente de Beneficio Definido, detallada en los Estados Financieros de la CSS, se puede observar los siguientes elementos:

Los ingresos del subsistema pasaron de B/.34.9 millones en 2008 a B/.555.9 millones en 2019, lo que representó un crecimiento de 28.6%. Los egresos, constituidos principalmente por pagos de prestaciones económicas, llegaron a B/.11.6 millones en 2019.

Los resultados operacionales fueron positivos durante todo el periodo de evaluación. Cónsono con el crecimiento de las reservas del Componente que pasaron de B/.56.4 millones en 2008 a B/.3,335.5 millones en 2019.

Los activos en el componente pasaron de B/45.3 millones en 2008 a B/3,339.4 millones en 2019. Concentrados en inversiones de largo plazo. Cuadro 7

GRÁFICA 15. TASA DE RENDIMIENTO HISTÓRICO DEL RIESGO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE, SUBSISTEMA MIXTO, AÑOS 2004-2019



Fuente: Departamento de Actuarial, CSS, 2021

CUADRO 7

RESUMEN DEL BALANCE GENERAL DEL COMPONENTE DE BENEFICIO DEFINIDO DEL SUBSISTEMA MIXTO, AÑOS 2008-2019 (EN MILLONES DE B/.)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACTIVO												
ACTIVO CORRIENTE	6.1	19.3	28.3	54.8	188.0	281.7	71.5	157.0	522.5	882.1	758.5	947.7
ACTIVO DE LARGO PLAZO												
INVERSIONES	38.9	77.7	170.4	280.1	270.9	552.8	716.2	1,033.0	1,089.0	1,366.9	2,000.9	2,345.0
OTROS ACTIVOS	0.2	0.3	6.4	12.5	-	15.4	18.8	15.8	24.2	21.2	35.4	46.6
TOTAL DE ACTIVO	45.3	97.3	205.2	347.4	458.9	849.9	806.4	1,205.8	1,635.7	2,270.2	2,794.8	3,339.4
PASIVO CORRIENTE	0.0	0.7	1.7	1.2	-	170.8	- 144.1	49.0	-	0.6	3.6	3.9
FONDOS LEGALES	45.3	96.7	203.5	346.2	458.9	679.1	950.6	1,156.9	1,635.7	2,269.6	2,791.2	3,335.5
TOTAL DE PASIVO Y FONDOS	45.3	97.3	205.2	347.4	458.9	849.9	806.4	1,205.8	1,635.7	2,270.2	2,794.8	3,339.4

La diferencia en los fondos legales con respecto al Estado de Cambios en el Patrimonio se da debido al registro de reservas en el Componente de Ahorro, lo cual fue posteriormente corregido.

Fuente. Informes Financieros CSS.

Es importante anotar que las inversiones durante el año 2019 obtuvieron tasas de rendimiento promedio que oscilaron de 6.78% en 2008 a 5.40% en 2011 y 8.42% en 2012, posterior a este periodo presentaron un rendimiento más o menos estable, cuyo máximo se alcanzó en el año 2016 cuando resultó en 4.66%.

Los capitales constitutivos del Componente de Beneficio Definido del Subsistema pasaron de B/1.1 millones en 2015 a B/11.20 millones en 2019 (calculados con una tasa técnica del 5.0%).

a. Componente de Ahorro del Subsistema Mixto

Durante el año 2019 el pasivo de largo plazo detallado en los Informes financieros de la institución, paso de B/.21.5 millones en 2008 a B/.1,690.2 millones en 2019.

En su mayoría los activos de este componente se concentran en activos de largo plazo, cónsono a su naturaleza.

Evaluated en conjunto, los fideicomisos para aumento de pensiones capturaron ingresos que oscilaron entre los 19.5 millones y los 31.0 millones, mientras que sus gastos, han presentado una tendencia decreciente que pasó de 25.9 millones en B/.2008 a 13.8 en 2019. Debido a la salida por fallecimiento se los pensionados favorecidos con estas prestaciones.

Las reservas de estos Fideicomisos pasaron de B/.83.5 millones en 2008 a 333.0 millones en el año 2019. Este comportamiento tiene que ver, tanto con los resultados operativos positivos que se han presentado a partir del año 2011, como con la apreciación de activos (terreno) que fueron concedidos como garantía del pago de los aumentos de pensiones.

b. Sistema de evaluación de la gestión

El Estado crea un Fideicomiso a favor del Régimen de IVM para la sostenibilidad del régimen SEBD, cuyo Fiduciario será el Banco Nacional de Panamá. El Ministerio de Economía y Finanzas depositará su aporte anual para la sostenibilidad financiera del mismo. Cuya

transferencia a la Institución dependerá de la cuantía del déficit operacional anual que se produzca en el año, debidamente certificado mediante un mecanismo de auditoría actuarial. Se establece también, una Junta Técnica Actuarial, como entidad independiente que deberá emitir los dictámenes finales para perfeccionar el cobro de los fondos al Fideicomiso. Además de emitir recomendaciones a la Junta Directiva, cuando las proyecciones financieras resulten en un indicador de los egresos como múltiplo de la reserva, inferior a 2.5.

Por lo menos semestralmente, la CSS deberá incluir, en los anexos de su estado financiero, el valor presente de las obligaciones contraídas por razón de las pensiones en curso de pago a ese momento; o sea, el valor matemático de los capitales de cobertura de las pensiones vigentes dentro de este Subsistema.

Cuando la Junta Técnica Actuarial dentro de su informe anual determine que en alguno de los diez años subsiguientes a la presentación de dicho informe, la relación entre reserva contable y egreso anual del Régimen de IVM, se estima que será menor a dos punto veinticinco (2.25), propondrá a la Junta Directiva las recomendaciones necesarias para equilibrar el costo de las obligaciones y el financiamiento del régimen.

El sistema de pensiones panameño es un sistema con muchos beneficios. Esto se sustenta al comparar sus características con las características de sistemas similares en otras latitudes.

El Subsistema Exclusivamente de Beneficio es un sistema cerrado, sin entradas de nuevos asegurados y sin reservas suficientes constituidas para financiar la creciente cantidad de pensiones que se generan cada año.

B. Estados financieros e Informes actuariales

Una de las acciones claves emprendidas por la actual administración fue la publicación de los Estados Financieros que habían sido auditados hasta el año 2017. También se identificó la necesidad de elaborar por parte de la Administración los Informes Actuariales del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

Con respecto a los Estados Financieros, la actual administración ha logrado ponerse al día, y han sido entregados formalmente para su audito a la Contraloría General de la República, entidad responsable de fiscalizar las operaciones de la CSS y auditar anualmente sus Estados Financieros. Durante el año 2020 la Contraloría auditó los Estado Financiero del año 2018, dictamen que fue entregado formalmente a la Administración y presentado a la Junta Directiva.

C. Estado de las Reservas

Las Reservas Institucionales están reguladas por las leyes: Orgánica No.51 de 2005 y de Presupuesto General del Estado y por el Reglamento para la Inversión de los Fondos de Reserva de la CSS, a través de la Contraloría General de la República, el Consejo Económico Nacional, CENA y el Consejo de Gabinete.

Estas reservas para cubrir las prestaciones económicas se revisan cada 5 años basado en un estudio integral del régimen financiero, cambios biométricos, demográficos y económicos. Las modificaciones o aumentos de las prestaciones económicas o cotizaciones son basados en un examen actuarial previo.

Las reservas consolidadas para el periodo, disminuyeron B/.39,8 m debido al resultado negativo de los riesgos de Enfermedad y Maternidad, Riesgos Profesionales e IVM SEBD. Las reservas fueron afectadas por los resultados del período, inclusive la gestión administrativa, la cual trasladó el superávit acumulado de los periodos 2014-2019 al Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte SEBD (B/.257m - Ley 51, Artículo 102).

X. DISTRIBUCIÓN DEL CAPITAL HUMANO DEL ÁREA SALUD Y DE ADMINISTRACIÓN

La CSS cuenta actualmente con un total de 35,956 colaboradores, de los cuales el 54.7% corresponde al recurso humano de salud y 45.30% al recurso humano de administración, que se encuentra distribuidos en: 76 Instalaciones de salud y 45 instalaciones administrativas o agencias. Cuadro 8

CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN DE RECURSO HUMANO

CAJA DE SEGURO SOCIAL	PERSONAL	PORCENTAJE
TOTAL	35,956	100.00%
SALUD	19,669	54.70%
Profesionales de la salud	11,259	31.31%
Técnicos y auxiliares en salud	8,065	22.43%
Personal de salud en el MINSA	345	0.96%
ADMINISTRACIÓN	16,287	45.30%
Mantenimiento y servicios generales	6,192	17.22%
Servicios administrativos	9,989	27.78%
Personal administrativo en el MINSA	106	0.29%

Fuente: Planilla de la segunda quincena de diciembre de 2020-CSS

A. Recurso humano en instalaciones de salud

Para identificar la relación directa entre recurso humano de salud y el administrativo, se debe determinar la cantidad de trabajadores por instalación de salud; de acuerdo con la planilla del cierre de diciembre de 2020 se cuenta con un total de 25,634 trabajadores, de los cuales 17,663 pertenecen al área salud (69%) y 7,971 al área administración (31%). La relación directa entre el recurso humano de salud y administrativos es de 2:1, es decir que por cada 2 personal de salud se tiene un administrativo. Cuadro 9:

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) determina que los cargos administrativos en general no deben exceder al 20 % del total del recurso humano en las instalaciones de atención de salud, tomando como referencia este parámetro, se cuenta actualmente con un total de 31% de personal administrativo en las instalaciones de salud, que evidencia un 11% sobre este parámetro internacional.

CUADRO 9. RECURSO HUMANO POR INSTALACIÓN DE SALUD

INSTALACIONES DE SALUD	RRHH SALUD			RRHH ADMINISTRATIVO			TOTAL RRHH EN INSTALACIONES DE SALUD	RELACION RRHH SALUD / ADM.
	PROFESIONALES DE LA SALUD	TECNICOS Y AUXILIARES EN SALUD	SUBTOTAL	MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	SUBTOTAL		
TOTAL	10,057	7,606	17,663	3,935	4,036	7,971	25,634	2.2
HOSPITALES	6,153	4,214	10,367	2,641	2,094	4,735	15,102	2.2
POLICLINICAS	3,561	3,068	6,629	1,126	1,730	2,856	9,485	2.3
ULAPS	191	170	361	99	119	218	579	1.7
CAPPS	152	154	306	69	93	162	468	1.9

Fuente: Planilla de la Segunda quincena de Diciembre 2020 CSS

B. Recurso humano en instalaciones administrativas

Un total de 9,871 funcionarios de la CSS están en instalaciones administrativas y brindan servicios netamente administrativos, tales como: recaudación, trámites de las prestaciones económicas, reclamos o trámites de riesgos profesionales y de enfermedad y maternidad; y todos los procesos que se realizan a nivel central en las Direcciones Ejecutivas Nacionales. El personal de salud representa el 17% del total de recurso humano y el administrativo el 83%.

C. Recurso humano de la CSS como unidades de apoyo en el MINSA

Un total de 451 funcionarios de la CSS se encuentran en instalaciones de salud del MINSA, de los cuales 345 son personal de salud y 106 son administrativo, este grupo representa el 1.25% del recurso humano de la CSS. Cuadro 10

CUADRO 10. PERSONAL DE LA CSS EN UNIDADES DEL MINSA

PERSONAL DE LA CSS EL MINSA	SALUD			ADMINISTRACIÓN			TOTAL GENERAL	RELACIÓN
	PROFESIONALES DE LA SALUD	TÉCNICOS Y AUXILIARES EN SALUD	SUB-TOTAL	MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	SUB-TOTAL		
TOTAL	165	180	345	49	57	106	451	3.3
CENTRO DE SALUD (17)*	88	106	194	39	49	88	282	2.2
HOSPITALES (17)	77	74	151	10	8	18	169	8.4

Fuente: Planilla de la segunda quincena de diciembre de 2020-CSS

D. Recurso humano de la CSS para enfrentar la Pandemia del COVID-19

Para enfrentar la epidemia del COVID-19 se contrató recurso humano adicional de marzo-diciembre de 2020:

- Recurso humano de salud: con un total de 819 nombramientos, el mayor número de contrataciones fue dada para el área médica con 342, seguido de 224 enfermeras y 103 técnicos, el resto del recurso humano fue designado en diversos cargos.
- Recurso humano administrativo: se designaron 483 nuevas plazas, de las cuales destacan 57 camilleros, 89 aseadores de hospitales, 51 conductores vehículos, 22 guardianes y otros.

XI. INFRAESTRUCTURAS FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN ASEGURADA

La CSS tiene como dos principales pilares: brindar seguridad social y prestaciones de servicios de salud, por lo que, para dar respuesta a la alta demanda de servicios se requiere de instalaciones de salud e instalaciones administrativas que cumplan con la capacidad de dar respuesta a la población asegurada en tiempo oportuno y de manera eficiente.

A. Infraestructuras Administrativas

En relación a las instalaciones administrativas, la CSS cuenta un total de 45 instalaciones entre agencias, sub- agencias y coordinaciones administrativas, distribuidas en todo el país, sin embargo existen regiones que no cuentan con instalaciones administrativas. Figura 3

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS AGENCIAS ADMINISTRATIVAS



BOCAS DEL TORO	COCLÉ	COLÓN	CHIRIQUÍ	HERRERA	LOS SANTOS	VERAGUAS	PMÁ. OESTE	PANAMÁ
1 Agencia	3 Agencias	4 Agencias	4 Agencias	1 Agencia	2 Agencias	2 Agencias	3 Agencias	11 Agencias
1 Sub Agencia	1 Coord. Provincial	1 Sub Agencia	1 Sub Agencia	1 Coord. Provincial	1 Coord. Provincial	1 Coord. Provincial	1 Coord. Provincial	2 Sub Agencia
1 Coord. Provincial		1 Coord. Provincial	1 Coord. Provincial					4 Edificios Administrativos

Fuente: Presentación Mesa del Diálogo

Las agencias administrativas tienen un rol importante en la gestión de la CSS ya que su principal enfoque son las prestaciones económicas y la recaudación de ingresos, las cuales son importantes funciones para el desempeño de la institución, con una cartera de servicios que se presenta en el cuadro 11.

Las agencias administrativas están compuestas de dos grandes e importantes segmentos que son:

1. INGRESOS

Para la aplicación de las medidas de cobros al día y morosos se realiza mediante el sistema actual SIPE, para:

- Inscripción de empresas.
- Recaudación.
- Apremio y cobro.

2. PRESTACIONES ECONÓMICAS

Corto plazo:

- Maternidad, incapacidad, reembolsos de lentes y prótesis dental, funerales, incapacidad por riesgos profesionales.

Largo plazo:

- Solicitud de Pensión de Vejez y sus modalidades

Para garantizar la calidad de los servicios y enfrentar la situación de la pandemia del COVID-19, se implementaron mecanismos tecnológicos que permiten acercar los servicios a la población asegurada y evitar las aglomeraciones de estas, en las agencias, cumpliendo así con las disposiciones sanitarias.

Entre los servicios y actualizaciones en línea que se han implementados a partir del mes de marzo 2020 se encuentran:

- Cajavirtual.css.gob.pa - Pago en Línea con Tarjetas de Crédito: Sistema de Pago en Línea con Tarjetas de Crédito (Solo VISA y Mastercard de Banca Local, genera cargo al empleador 1.31% sobre el valor pagado) para que los patronos y empleadores puedan realizar sus pagos a través de la nueva plataforma cajavirtual.css.gob.pa. tanto para el pago de planillas regulares, como de convenios (arreglos de pago), para lo cual se requiere tener un número de patrono y el comprobante de pago generado en SIPE.
- Incorporación de nuevos empleadores al Sistema de Pago ACH Directo: Es un programa diseñado para el manejo recurrente de pagos automáticos, que son procesados a través del sistema de la Cámara de Compensación y le permite al Empleador efectuar el pago de sus cuotas Empleado-Empleador en forma mensual, con solo autorizar a la CSS para que ésta a través del Sistema ACH, realice una transferencia de fondos por el monto de su planilla mensual.
- Trámites de Maternidad y Afiliación (Hijos, madre o padre, esposo (a) compañero (a)-Trámites.css.gob.pa
- Sistema para trámites de Maternidad
- Sistema para trámites de Afiliación: Afiliación a sus dependientes, Afiliación de Hijos(as), Afiliación de Padre o Madre, Afiliación a Esposo(a) o Compañero(a)

- Pago a Jubilados y Pensionados: Por acreditamiento bancario con solo ingresar a la página web e imprimir el formulario que desea recibir sus pagos a través de una cuenta bancaria.
- Retiro de Cheques con autorización para que otra persona lo realice: Se podrá autorizar a otra persona para que retire su pago, a través de una nota de autorización personalizada -firmada- (manuscrita o impresa), junto a una copia de su cédula de identidad personal.

Ante la expectativa de la situación económica y la afectación a corto, mediano y largo plazo de la pandemia es importante reevaluar el número de instalaciones administrativas y la posibilidad de centralizar algunas.

Por ello en el análisis de las instalaciones administrativas se ha considerado y se desarrollado un proyecto para la modernización de estas, tanto en su infraestructura como en las áreas de recursos humanos, tecnología, procesos y servicios, considerando la implementación de trámites por vía web y el uso de tecnología mejorando así los beneficios a la población asegurada.

También se revisó el monto elevado que paga la institución en concepto de canon de arrendamiento de algunas instalaciones administrativas que en promedio anual asciende a B/. 855,085.20 (año base 2018).

El impacto que provoca en el presupuesto genera la necesidad de evaluar variables en la capacidad instalada, dentro del radio geográfico de instalaciones, con el fin de reducir los montos de canon de arrendamiento considerando la población promedio atendida, agilizar los trámites de las prestaciones económicas e implementación de las plataformas electrónicas para las recaudaciones.

Estas estrategias buscan maximizar ahorros a la institución, con la implementación de sistemas de pagos y la modernización de agencias administrativas.

B. Infraestructuras de Salud

La CSS cuenta con una Red de Instalaciones de salud con un total de 73 instalaciones de salud y adicionalmente en el área de Panamá Metro se ofertan servicios de salud en 20 clínicas satélites. La red brinda servicios y atención a la población asegurada en los diferentes procesos de atención directa (prevención, urgencia, consulta ambulatoria, hospitalización, cirugía, rehabilitación, soporte técnico como farmacia, laboratorio e imagenología y soporte administrativo a todos estos procesos). Las instalaciones de salud mayormente están en los centros urbanos distribuidas en 9 regiones de salud oficialmente distribuidas y el área de Panamá Metro que no está integrada como una región de salud. Actualmente no se cuenta con instalaciones de salud ni en la provincia de Darién ni en las comarcas indígenas.

Las instalaciones de salud están organizadas por niveles de atención y grados de complejidad creciente, basada en los criterios de accesibilidad, población, coberturas y capacidad resolutive, de acuerdo a un modelo de atención definido y se relacionan entre sí, mediante un sistema de referencia y contra referencia de pacientes. Cuadro 12.

CUADRO 11: CARTERA DE SERVICIOS DE LAS AGENCIAS ADMINISTRATIVAS

SERVICIOS	Aviso de Entrada de Trabajadores	Afiliación	Cédula Juvenil	Corto Plazo (*)	Largo Plazo (**)	Riesgos Profesionales	Recaudación	Inscripción Empresas	Inscripción Domésticas	Inscripción Voluntarios	Entrega de Cheques	Préstamos Jubilados	Notificación LP	Apemilo y Cobro	Investigación de Ingresos	Pago Jubilados y Pensionados	Entrega Salarios Jubil y Pensionados
AGENCIAS METRO																	
24 DE DICIEMBRE	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x					x
CHEPO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		
DARIÉN (SUB AGENCIA)	x	x		x	x	x	x					x			x		
EL DORADO	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x						x
HOWARD (SUB AGENCIA)	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
JUAN DÍAZ	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x						x
PARQUE LEFEVRE	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x						x
SAN FRANCISCO	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x						x
SAN MIGUELITO	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x						x
COLÓN	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
VÍA ESPAÑA	x	x		x	x	x	x	x	x		x						x
AGENCIAS PANAMA OESTE																	
ARRAJÁN	x	x	x	x	x	x	x				x					x	x
CHORRERA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	
SAN CARLOS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
AGENCIAS PROVINCIA DE COCLE																	
AGUADULCE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
NATÁ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
PENONOMÉ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
AGENCIAS AZUERO-VERAGUAS																	
CHITRÉ	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
LAS TABLAS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
LOS SANTOS	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
SANTIAGO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
SONÁ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
AGENCIAS CHIRIQUI-BOCAS DEL TORO																	
DAVID	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
BOQUETE	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
BUGABA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
CHANGUINOLA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
ISLA BOCAS (SUB AGENCIA)	x	x		x		x	x										x
PUERTO ARMUELLES	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
VOLCÁN (SUB AGENCIA)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x

Fuente: DINAI - Coordinación Administrativa de Agencias

CUADRO 12 INSTALACIONES DE LA CSS POR PROVINCIA Y POR TIPO DE INSTALACIÓN, SEPTIEMBRE 2021

PROVINCIA	Total	Hospitales	Policlínicas	ULAPS	CAPPS
TOTAL	73	16	25	17	15
Bocas del Toro	5	3	1	1	0
Coclé	5	1	3	0	1
Colón	5	1	3	1	0
Chiriquí	16	2	3	4	7
Herrera	4	1	1	0	2
Los Santos	4	0	2	2	0
Panamá Este	2	1	1	0	0
Panamá Oeste	10	1	3	6	0
Panamá	19	5	7	3	4
Veraguas	3	1	1	0	1

Fuente: Departamento Nacional de Planificación de Salud, DENSYPs, CSS 2021

Del total de las instalaciones de salud 16 corresponden a hospitales distribuidos en todo el país, los cuales presentan diferentes capacidades de respuesta, dependiendo de las necesidades y demandas del espacio-población bajo su responsabilidad directa y el perfil demográfico y epidemiológico de las áreas.

Los hospitales de 3er nivel de atención con capacidad de atender la referencia a nivel nacional, para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades menos frecuentes y más complejas son edificaciones sobrepasadas en su capacidad algunas, de muchos años de uso, que están en proceso de restitución. Se ha agregado en el año 2021 la infraestructura de la Ciudad de la Salud, que por el momento se utilizan para la atención de pacientes con COVID-19.

El análisis de la capacidad de las instalaciones de salud de la CSS han evidenciado que, el primer nivel de atención es limitado para dar respuesta a la demanda requerida de la población asegurada, sin embargo las instalaciones de mayor complejidad cuentan con una mejor tecnología, aun existiendo debilidades institucionales identificadas desde siempre, en relación a los recursos humanos y tecnología informática, requerimiento de inversiones, para las reposiciones, compras de equipos, dados los cambios constantes en la tecnología y el fortalecimiento del recurso humano.

Las infraestructura físicas de las instalaciones de la CSS, sin embargo, son más modernas en comparación con la red de servicios del MINSA, y con mayor cantidad de recurso humano especializado; la tecnología tiene mejor conectividad entre sus instalaciones y la telemedicina para el segundo nivel de atención se cuenta con mayor capacidad resolutive, apoyo al diagnóstico por laboratorio e imágenes y con estructuras hospitalarias que han sido fortalecidas, con unidades de apoyo al diagnóstico con laboratorios especializados e imágenes de alta capacidad diagnóstica y apoyo al tratamiento con quirófanos y las unidades de cuidado crítico y servicios de emergencias funcionando 24 h /7 días a la semana.

La necesidad de modernizar y adaptar las instalaciones de salud de la CSS a la demanda de la población asegurada, para aumentar la capacidad de respuesta, ha hecho necesario establecer una planificación de proyectos considerados prioritarios y para los cuales la CSS se ha comprometido en la culminación de obras inconclusas, y avanzar en los diferentes proyectos de infraestructura a nivel nacional, que permitan el mejoramiento continuo acompañado de un mantenimiento efectivo.

Existen otros proyectos de continuidad a los cuales se le ha dado respuesta, adicionalmente se ha negociado con las empresas constructoras para terminar otras que presentan problemas legales, como es el caso de la Ciudad de la Salud, la nueva Policlínica de Boquete, la Policlínica Dr. Manuel De Jesús Rojas en Aguadulce, y con la Policlínica Dr. Manuel Paulino Ocaña en Penonomé, los estacionamientos de la Policlínica J.J. Vallarino, en Juan Díaz. Otra serie de proyectos nuevos que se están preparando para llevar a la Junta Directiva.

1. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Incluye las instalaciones de salud que brindan atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud. En este nivel se realizan diagnósticos tempranos del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población, mediante consulta por demanda espontánea de morbilidad.

La CSS cuenta con 43 instalaciones que se califican como de primer nivel de atención. Para cumplir con calidad, el objetivo de cobertura total de la población a cargo, el equipo de salud define sus tareas teniendo en cuenta las características de la población y sus problemas de salud más frecuentes, las prácticas y los dispositivos de atención como pautas de mejora de la calidad.

Dentro de este nivel están comprendidos: los Centro de Atención, Prevención y Promoción de la Salud (CAPPS), Unidades Locales de Atención Primaria (ULAPS) y las Policlínicas Básicas. La mayor parte de los problemas de salud que consulta la población pueden ser resueltos en este nivel. Cuadro 13, 14 y 15.

Adicionalmente se cuenta en algunas instalaciones públicas denominadas Clínicas Satélite (20) que tienen un enfoque preventivo y apoyan el área de Salud Ocupacional.

CUADRO 13 CENTRO DE ATENCIÓN, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD (15)

Región	CAPPS	Ubicación			Nivel de atención	Nivel de complejidad
		Provincia	Distrito	Corregimiento		
Coclé	La Pintada	Coclé	La Pintada	La Pintada	1 nivel	1
Chiriquí	Jobito	Chiriquí	Barú	Rodolfo Aguilar Delgado	1 nivel	1
	Balsa					1
	Blanco					1
	Corredor					1
	Malagueto					1
	Zapatero					1
	Burica					1
Herrera	Santa María	Herrera	Santa María	Santa María	1 nivel	1
	Los Pozos		Los Pozos	Los Pozos		1
Panamá	Pedregal	Panamá	Panamá	Pedregal	1 nivel	1
	Los Nogales			Mañanitas		1
	Las Acacias			Tocumen		1
	Torrijos Carter			San Miguelito		Belisario Frías
Veraguas	Zapotillo	Veraguas	Las Palmas	Zapotillo	1 nivel	1

Fuente: Departamento Nacional de Planificación de Salud, DENSYPS, CSS 2021

CUADRO 14 UNIDADES LOCALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (17)

Región	CAPPS	Ubicación			Nivel de atención	Nivel de complejidad
		Provincia	Distrito	Corregimiento		
Bocas del Toro	José Aguilar - Las Tablas	Bocas del Toro	Changuinola	Guabito	1 nivel	2
Colón	Portobelo	Colón	Portobelo	Portobelo	1 nivel	2
Chiriquí	Divalá	Chiriquí	Alanje	Divalá	1 nivel	2
	Nuevo Vedado		David	David		2
	Faustino Fonseca		Bugaba	Volcán		2
	Dr. Carlos Alvarado		Dolega	Dolega		2
Los Santos	Guararé	Los Santos	Guararé	Guararé (cabecera)	1 nivel	2
	Tonosí		Tonosí	Tonosí (cabecera)	1 nivel	
Panamá Oeste	Vista Alegre	Panamá Oeste	Arraiján	Vista Alegre	1 nivel	2
	Barrio Guadalupe		Chorrera	Barrio Guadalupe	1 nivel	2
	San José		San Carlos	San José	1 nivel	2
	El Tecal		Arraiján	Vista Alegre	1 nivel	2
	Vacamonte		Arraiján	Vista Alegre	1 nivel	2
	Capira		Capira	Capira	1 nivel	
Panamá	Dr. Carlos Velarde	Panamá	Panamá	Mateo Iturralde	1 nivel	2
	Dr. Edilberto Culiolis			Las Cumbres	1 nivel	2
	Máximo H. Bethancourt			Juan Díaz	1 nivel	2

Fuente: Departamento Nacional de Planificación de Salud, DENSYP, CSS 2021

CUADRO 15. POLICLINICAS BÁSICAS (11)

Región	CAPPS	Ubicación			Nivel de atención	Nivel de complejidad
		Provincia	Distrito	Corregimiento		
Bocas del Toro	Guabito	Bocas del Toro	Changuinola	Guabito	1 nivel	3
Coclé	Dr. Manuel De Jesús Rojas	Coclé	Aguadulce	Aguadulce (cabecera)	1 nivel	3
	Dr. Manuel Paulino Ocaña	Coclé	Penonomé	Penonomé (Cabecera)	1 nivel	3
	San Juan De Dios	Coclé	Natá	Natá	1 nivel	3
Colón	Sabanitas	Colón	Colón	Sabanitas	1 nivel	3
	Nuevo San Juan	Colón	Colón	San Juan	1 nivel	3
Chiriquí	Dr. Ernesto Pérez Balladares Padre	Chiriquí	Boquete	Bajo Boquete (Cabecera)	1 nivel	3
Herrera	Dr. Roberto Ramírez De Diego	Herrera	Chitré	Chitré (Cabecera)		
Los Santos	San Juan De Dios	Los Santos	Los Santos	La Villa Los Santos (Cabecera)	1 nivel	3
Panamá Este	Cañita	Panamá	Chepo		1 nivel	3
Panamá Oeste	Dr. Juan E. Vega Méndez	Panamá	San Carlos	San Carlos	1 nivel	3

Fuente: Departamento Nacional de Planificación de Salud, DENSYP, CSS 2021

CLÍNICAS SATÉLITES (20)

Las llamadas Clínicas Satélites nacen con el objetivo de desarrollarse como clínicas de Salud Ocupacional, con carácter preventivo, para la vigilancia de las condiciones y ambiente del trabajo y de la salud de los trabajadores, sin embargo funcionan como clínicas de morbilidad común, atención episódica.

Hasta el momento no hay evidencia de convenios de la CSS y las instituciones donde funcionan. Las precitadas clínicas funcionan con dependencia de las Direcciones Médicas de las Policlínicas, según el área de responsabilidad geográfica, las cuales asignan el recurso humano como médicos. Algunas cuentan con otros profesionales como odontólogos, farmacéuticos, entre otros y se dotan de insumos varios a las mismas. No cuentan con personal de REGES.

En total son veinte (20) clínicas satélites, pero en la actualidad están trece (13) en funcionamiento, ya sea por procesos de remodelación y otras debido a que el recurso humano fue asignado a los equipos de atención y trazabilidad COVID-19. Cuadro 16

La Coordinación de las Clínicas Satélites pertenece a la Dirección Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (DNSYSO), quien lleva las estadísticas y el cuadro de las mismas. Sin embargo existen dos (2) clínicas satélites que no pertenecen a la DNSYSO.

CUADRO 16. CLÍNICAS SATÉLITE (20)

UNIDAD EJECUTORA	CLINICA STELITE	En Funcionamiento?	
TOTAL			
POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDES - CALLE 25	Clínica del IFARHU	SI	
	Clínica del IDAAN	SI	
POLICLINICA DR. CARLOS N. BRIN - SAN FRANCISCO	Clínica del AAUD (ASEO)	SI	
	Clínica de CLAYTON	SI	
POLICLINICA PRESIDENTE REMÓN - CALLE 17	Clínica del MOP	SI	
	Clínica de la ALCALDIA DE PANAMA	SI	
	Clínica de la PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA	SI	
	Clínica de la CONTRALORIA	SI	
	Clínica del MEDUCA	NO	
	Clínica del INSTITUTO BOLIVAR	NO	
	Clínica de Isla CONTADORA CSS	SI	
	POLICLINICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA HIJO - BETHANIA	Clínica del EDIFICIO BOLIVAR CSS	SI
		Clínica de MITRADEL / MIVIOT	NO
Clínica del IPHE		NO	
Clínica del MIDES		NO	
POLICLINICA DR. JOAQUIN . VALARINO - JUAN DIAZ	Clínica del Hogar Bolívar	SI	
	Clínica del INADEH	NO	
	Clínica del Aeropuerto de Tocúmen	NO	
ULAPS MAXIMO HERRERA BETHANCOURT - HIPODROMO	Clínica de PANDEPORTES	SI	
	Clínica de AUTORIDAD DEL TRANSITO (ATT)	SI	

Fuente: Direcciones Médicas de Unidades Ejecutoras

Las instalaciones de salud que cuentan con Clínicas Satélites funcionando son:

- Policlínica Dr. Manuel Ferrer Valdés cuenta con una (1) Clínica Satélite funcionando:
 1. Instituto para la Formación y Aprovechamiento de Recursos Humanos (IFARHU)
- Policlínica Dr. Carlos N. Brin –San Francisco- cuenta con dos (2) Clínicas Satélites y ambas están funcionando:
 1. Clínica del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN)
 2. Clínica de la Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario de Panamá (AAUD)
- Policlínica Presidente Remón –Calle 17- cuenta con ocho (8) Clínicas Satélites, en funcionamiento se encuentran solamente seis (6):
 1. Ministerio de la Presidencia
 2. Oficinas administrativas de Clayton
 3. Ministerio de Obras Públicas (MOP)
 4. Clínica de la Alcaldía de Panamá
 5. Clínica de la Contraloría
 6. Clínica de la Isla Contadora, se brindan servicios de medicina general como clínica satélite, pero no pertenece a Salud Ocupacional
- Policlínica Don Alejandro De la Guardia hijo –Bethania- cuenta con cuatro (4) Clínicas Satélites y solo funciona una:
 1. Edificio Bolívar
- Policlínica Dr. Joaquín J. Vallarino –Juan Díaz- cuenta con tres (3) Clínicas Satélites, en funcionamiento solamente:
 1. Hogar Bolívar (no se maneja por Salud Ocupacional)
- ULAPS Máximo Herrera –Hipódromo- cuenta con dos (2) Clínicas Satélites y solo funciona una:
 1. Instituto Panameño de Deportes (PANDEPORTES)
 2. Autoridad del Tránsito y Transporte Terrestre (ATT)

Se ha elevado a consideración de la Dirección Ejecutiva Nacional de Prestaciones y Servicios en Salud un análisis y propuesta para atender la materia de Salud Ocupacional.

2. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Es el nivel que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples.

Cuando se deriva a una persona al segundo nivel, corresponde a una referencia y se realiza con el acompañamiento pertinente, personal o mediante documentación que pueda ser de utilidad.

En este segundo nivel de atención, además de las actividades de promoción, prevención, se desarrollan actividades dirigidas a la reparación del daño, se atienden y resuelven las demandas asistenciales más complejas que exigen recursos, procedimientos y tecnología más elaborada con tendencia a requerir internación en instalaciones hospitalarias. Se caracteriza porque enfatiza aspectos de prevención secundaria y se refiere a problemas de salud que no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención.

En este nivel de atención se encuentran las policlínicas especializadas, los hospitales sectoriales y los hospitales regionales. Se brindan servicios de la Consulta Externa, Servicios de Urgencia, Hospitalización y Centros quirúrgicos tanto ambulatorios como cirugías de mayor complejidad con hospitalización, servicios de diagnóstico y tratamiento. Se amplía la oferta de Medicina Especializada y Servicios Técnicos.

En esta clasificación, la CSS cuenta con 27 instalaciones de salud: 14 Policlínicas Especializadas, 1 hospital de larga estancia, 6 hospitales sectoriales (2 de baja complejidad aunque sean sectoriales: Hospital de Almirante y Hospital de Chiriquí Grande; 1 de mayor complejidad: HIDLT que podría ser regional del área de la 24 de Diciembre), 6 hospitales regionales (hay 2 que serán suprarregionales y aumentarían de nivel de atención). Cuadro 17 y 18.

CUADRO 17. HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (13)

Región	Hospitales	Ubicación			Nivel de atención	Nivel de complejidad
		Provincia	Distrito	Corregimiento		
Bocas del Toro	Regional Dr. Raúl Dávila Mena	Bocas del Toro	Changuinola	Changuinola	2	7 Regional
	Almirante		Chiriquí Grande	Rambala	2	6 Sectorial
	Chiriquí Grande				2	6 Sectorial
Coclé	Regional Dr. Rafael Estévez	Coclé	Aguadulce	Aguadulce	2	8 Regional
Colón	Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero	Colón	Colón	Barrio Sur	2	7 Regional
Chiriquí	Dr. Rafael Hernández	Chiriquí	David	San Pablo Viejo	2	8 Regional
	Dr. Dionisio Arrocha		Barú	Puerto Armuelles	6 Sectorial	
Herrera	Dr. Gustavo Nelson Collado	Herrera	Chitré	Chitré	2	7 Regional
Panamá Este	Regional de Chepo	Panamá	Chepo	Chepo	2	7 Regional
Panamá Oeste	Hogar de La Esperanza	Panamá Oeste	Arraiján	Veracruz	2	5 Larga Estancia
Panamá	Regional Irma De Lourdes Tzanetatos	Panamá	Panamá	24 de diciembre	2	7 Regional
	Dra. Susana Jones Cano	Panamá	San Miguelito	José Domingo Espinar	2	6 Sectorial
Veraguas	Dr. Ezequiel Abadía	Veraguas	Soná	Soná	2	6 Sectorial

Fuente: Departamento Nacional de Planificación de Salud, DENSYPS, CSS 2021

CUADRO 18. POLICLINICAS ESPECIALIZADAS (14)

Región	Policlinicas Especializadas	Ubicación			Nivel de atención	Nivel de complejidad
		Provincia	Distrito	Corregimiento		
Colón	Dr. Hugo Spadafora Franco	Colón	Colón	Cristóbal	2	4
Chiriquí	Dr. Gustavo Adolfo Ros	Chiriquí	David	David	2	4
	Dr. Pablo Espinosa		Bugaba	La Concepción		4
Los Santos	Dr. Miguel Cárdenas Barahona	Los Santos	Las Tablas	Las Tablas	2	4
Panamá Oeste	Dr. Santiago Barraza	Panamá Oeste	La Chorrera	Barrio Colón	2	4
	Dr. Blas Gómez Chetro		Arraiján	Arraiján		4
Panamá	Dr. Carlos N Brin	Panamá	Panamá	San Francisco	2	4
	Dr. Manuel Ferrer Valdés		Panamá	Calidonia		4
	Presidente Remón		Panamá	Santa Ana		4
	Don Alejandro De La Guardia		Panamá	Bethania		4
	Dr. Joaquín J Vallarino		Panamá	Juan Díaz		4
	Lic. Manuel María Valdés		San Miguelito	Mateo Iturralde		4
	Don Generoso Guardia		San Miguelito	Omar Torrijos		4
Veraguas	Dr. Horacio Díaz Gómez	Veraguas	Santiago	Santiago	2	4

Fuente: Departamento Nacional de Planificación de Salud, DENSYPS, CSS 2021

3. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Comprende las instalaciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología. Estas instalaciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras) infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias. Debe recibir las derivaciones del segundo nivel de atención.

En la actualidad se cuenta con 2 instalaciones hospitalarias clasificadas en tercer nivel de atención: Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid y el Hospital de Especialidades Pediátricas – Omar Torrijos Herrera. Posteriormente se mejorará la capacidad resolutive del Hospital Regional Dr. Rafael Hernández y el Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce y pasaran a ser hospitales suprarregionales que corresponderán al tercer nivel de atención, los cuales darán respuesta a varias regiones de salud y especializados del séptimo grado de complejidad.

El Hospital COVID de Ciudad de la Salud se dio apertura con fines de atender la demanda de hospitalización de pacientes con COVID-19. La Ciudad de la Salud será la institución hospitalaria de 3er nivel de atención con el mayor grado de complejidad de la CSS a nivel nacional.

En relación a la clasificación de niveles de complejidad y los criterios utilizados para establecer estos, en el ejercicio realizado en conjunto con los planificadores de salud y de

seguridad social de las diferentes Regiones de Salud, se encontraron grandes limitantes para cumplir con la cartera de servicios que se ofrece según clasificación, donde muchas veces no responde al nivel de complejidad al cual se clasifica, por lo general están por debajo de criterios establecidos. Por esta razón es recomendable que las clasificaciones deben ser estandarizadas y aplicadas por equipos multidisciplinarios que incluyan al recurso regional y nacional.

C. Infraestructura tecnológica

En la CSS existe un total de ochenta y cinco (85) sistemas informáticos, de los cuales veinte (20) son del área de salud y sesenta y cinco (65) son del área administración. Del área de administración nueve (9) son sistemas del área informática, treinta y nueve (39) son sistemas del área de Finanzas y Administración, diecisiete (17) sistemas son del área de Recursos Humanos.

1. SISTEMAS INFORMÁTICO DEL ÁREA DE SALUD.

Los sistemas informáticos del área de Salud de la CSS son (20) y se describen a continuación:

- 1. Sistema de Información de Salud (SIS):** implementado en el mes de abril del año 2012, es una plataforma tecnológica que ofrece a los médicos la posibilidad de conocer las condiciones de salud del paciente, las citas médicas que han tenido y los diferentes procedimientos realizados por el personal de salud a lo largo del proceso asistencial en diferentes instalaciones de salud de la institución. El SIS se interconecta con las diferentes áreas de un Hospital, Policlínica, ULAPS, CAPPS para generar un expediente médico único del paciente, que puede ser consultado desde cualquier instalación de salud de la CSS a nivel nacional. El SIS es implementado en 34 instalaciones de salud; 2,700 computadoras instaladas. Inicialmente se colocó también en 118 Kioscos para ser consultados por los pacientes, que actualmente no se utiliza.
- 2. Sistema de Telerradiología:** implementado en marzo del año 2014, permite interactuar, almacenar, informar y dar resultados de todos los exámenes de imágenes de la CSS a nivel nacional. Lo novedoso es que puede acoplar más de 50 instalaciones de salud simultáneamente y se conservan los archivos de las imágenes. Incorpora todos los sistemas de imágenes de la CSS incluye: radiología, convencional, fluoroscopia, arco en C, de salón de operaciones, rayos x, estudios portátiles para pacientes de urgencias, encamados, ultrasonidos, tomografías computarizadas, resonancia magnética y medicina nuclear. Además, posee una base de datos denominado RIS/PACS, el cual permite acoplar en un solo sistema la lista completa de todo paciente asegurado y de los estudios imagenológicos que se han realizado. El RIS es sistema de información de radiología donde se ubica toda la información de los pacientes, historia clínica, cantidad de pacientes atendidos, agendados, citados y estudios realizados. Y el PACS: es el sistema de archivo y comunicación de imágenes, donde se guarda todas las imágenes de todos los pacientes que se han realizado estudios.

3. **Sistema de Información de Salud y Seguridad Ocupacional (SISSO):** permite a las empresas llevar a cabo la Gestión de la Prevención de Accidentes y de Enfermedades Profesionales, es responsabilidad del empleador. El recurso humano de Salud y Seguridad Ocupacional a nivel nacional vigila y da seguimiento a las empresas del área de responsabilidad de su competencia. Este sistema se encuentra funcionando, su ubicación está en la nube de Telecarrier. El sistema es gratis y fácil de manejar y facilita el cumplimiento de la legislación actual en materia de Riesgo Profesionales y el manejo del Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en todas las sucursales a nivel nacional. Debido a la pandemia, este sistema de información se modificó adicionando criterios de evaluación del cumplimiento de las empresas con los protocolos de riesgos laborales y COVID-19.
4. **Laboratorio Clínico “COBAS INFINITY”:** implementado en el año 2016, está en diecisiete (17) instalaciones de salud de atención primaria de la CSS, laboratorios clínicos. El sistema permite la gestión de las pruebas de laboratorios clínicos, la mejor administración, con una mayor accesibilidad por el debido control a la información que se genera, almacena y consulta, y la capacidad de integrarse al SIS, permite adjuntar los datos demográficos del paciente, la instalación de salud, el servicio, tipo de asegurado y las pruebas, además, comparado con el anterior, OMEGA, tiene la ventaja de llevar los datos estadísticos. Esta herramienta será utilizada también por las recepcionistas, asistentes y laboratoristas.
5. **Hemodiálisis:** permite el registro de ingresos de pacientes dializados, su expediente electrónico, nutrición y cualquiera otra especialidad a la que se ha referido. Se incluye la contratación y suministro e instalación de equipos, suministro de insumos, mantenimiento preventivo y correctivo, puesta en funcionamiento de unidades de hemodiálisis, su correspondiente diseño, habilitación de espacios, físicos y/o construcción de infraestructuras intra-hospitalarias y extra-hospitalarias.
6. **Administración y Gestión Electrónica de Farmacias (AGEF):** permite el manejo, administración de la entrega, despacho y control de inventario de medicamentos en cada una de las diferentes instalaciones de salud. El AGEF y el SIS son plataformas de recepción de recetas de medicamentos que han sido implementadas por la CSS, para agilizar el proceso de entrega de medicamentos. En ambos sistemas, la receta es generada por el médico en el consultorio, y el paciente debe presentarse en la ventanilla de farmacia para que se le tomen los datos e iniciar el trabajo de dispensar la receta, con la diferencia que en el AGEF el paciente tiene la receta en mano y con el SIS, receta electrónica, llega computarizada a la farmacia. La ventaja del sistema SIS es que se utiliza para agilizar la dispensación de los medicamentos, es más directo en el momento de la prescripción a la recepción de farmacia, hay comunicación con el personal médico que genera la receta, se ahorra papel y favorece al ambiente. Cuando el medicamento está agotado en la instalación y la receta es por AGEF se le extiende al paciente un “pendiente de entrega” y así puede acudir a otra instalación de salud retirarlo; en el caso de las recetas por SIS, al momento de extenderle el

pendiente de entrega automáticamente se cancela en el SIS para evitar dualidad de retiro de medicamentos en ambos sistemas.

7. Sistema de Citas Médicas: implementado en el año 2010, es un sistema centralizado, para llevar de forma automática las citas médicas otorgadas en las diferentes instalaciones de salud a nivel nacional, permite la validación del derecho, llevar de forma automática las estadísticas y el manejo del expediente clínico, tener estadísticas y datos importantes para la toma de decisiones.

8. Anestesia: implementado en el año 2015, está en 18 instalaciones de salud, con quirófanos en funcionamiento de 105 máquinas de anestesia y software de manejo electrónico de hoja anestésica en cada máquina, con gases anestésicos:

- * Siete (7) máquinas de anestesia ya se encuentran instaladas para ser usadas en los quirófanos del hospital Dra. Susana Jones Cano, en Villa Lucre.
- * Ocho (8) máquinas están en el salón de operaciones del Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero ubicado en la provincia de Colón.
- * Tres (3) están en el salón de operaciones del Hospital Regional de Chepo.

En este sistema todas la máquinas de anestesia están funcionando bien, además de monitorear el abastecimiento de los insumos como circuitos de anestesia de adultos, sevofluorane; al igual que el mantenimiento preventivo de las mismas, e inclusive el entrenamiento dirigido a los médicos anestesiólogos, jefe de salón de operaciones y enfermeras encargadas del salón de operaciones.

Los nuevos equipos de anestesia intermedia, marca General Electric, cuentan con software de manejo electrónico de hoja anestésica en cada máquina y gases anestésicos para la realización de aproximadamente 315 mil procedimientos de este género en pacientes de la CSS.

9. Banco de Sangre (e-Delphyn): permite la informatización completa de todas sus actividades (los donantes y los pacientes), y un control de componentes sanguíneos. El sistema informático establece la trazabilidad de la transfusión sanguínea desde la donación hasta la recepción, ya que cada banco de sangre cuenta con un código que se coloca en cada bolsa para mayor seguridad. Los bancos se pueden monitorear en tiempo real para conocer el inventario, ya sea de sangre, plasma o plaqueta, con lo cual se puede establecer una logística efectiva en caso emergencia, en la que se puede realizar traslado de componentes sanguíneos de una instalación de salud a otra:

1. Hospital de Changuinola (Changuinola, Bocas del Toro),
2. Hospital Regional Rafael Hernández (David, Chiriquí),
3. Hospital Dionisio Arrocha (Puerto Armuelles, Chiriquí),
4. Hospital Ezequiel Abadía (Soná, Veraguas),
5. Policlínica Horacio Díaz Gómez (Santiago, Veraguas),

6. Hospital Gustavo Nelson Collado (Chitré Herrera),
7. Hospital Rafael Estévez (Aguadulce, Coclé),
8. Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero (Colón, Colón),
9. Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid (Panamá, Panamá),
10. Hospital de Especialidades Pediátrica "Omar Torrijos Herrera" ,
11. Hospital Regional de Chepo,
12. Hospital "Irma de Lourdes Tzanetatos.
13. En el Segundo Piso del Edificio Nikos Café, vía Ricardo J. Alfaro, frente a la entrada de Condado del Rey.

Los equipos fueron configurados con los nuevos programas y fueron validados en conjunto con el proveedor DIAMED, los mismos fueron pedidos para el uso de los aplicativos e-Delphyn del proveedor, para su mejor desempeño en sus labores cotidianas.

- 10. Sistema de Información Perinatal:** implementado en la CSS en el año 2010, permite la atención y vigilancia de la salud materna y neonatal y al mismo tiempo el cumplimiento de las normas y la obtención de información oportuna, este sistema facilita el monitoreo de los indicadores de las metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Orientado a facilitar el cumplimiento de los compromisos con los ODM, además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan sustentada en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga y que los datos recogidos sirvan de base para planificar la atención futura. El sistema sirve de base para planificar la atención, obtener localmente estadísticas confiables, facilita las auditorias y realizar investigaciones epidemiológicas operacionales.
- 11. Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVIG):** fue desarrollado por el CDC de Atlanta en conjunto con Telphynet, para fortalecimiento al Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica en Panamá por medio del uso de las Tecnologías de Información (TI). Se implementó con el fin de fortalecer la capacidad de notificación y diagnóstico de enfermedades de notificación obligatoria y brindar una respuesta más rápida y oportuna a la población. Este sistema contiene los siguientes módulos:
 - * Notificación de los eventos de notificación obligatoria semanal (ENO). Módulos de VIH y TBC,
 - * Notificación de la mortalidad en hospitales y morgues de Medicatura Forense (VIGMOR),
 - * Notificación individual de casos (NOTIC), actualmente en proceso de validación.
 - * Registros de Admisión y Egresos Hospitalarios (RAE), actualmente en proceso piloto.

Adicionalmente contiene una implementación de la Plataforma de Integración de Datos utilizando el software de “Inteligencia de Negocios (Business Intelligence en inglés)” llamado SAP Business Objects y en el cual se capacitó al personal de Epidemiología, Estadística y Planificación del nivel nacional del MINSA, Epidemiología de la CSS, laboratorio Central de Referencia en Salud y del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud.

Se le realizó una adaptación del software para análisis epidemiológico EpiVigila, a los nuevos requerimientos de SISVIG y con nuevos algoritmos matemáticos para la Alerta Temprana basados en la herramienta de CDC de Atlanta llamada EARS.

Se espera continuar con el apoyo para el desarrollo de los módulos de investigación de casos y brotes y continuar con la asistencia técnica de lo ya implementado, la implementación del software de la Vigilancia basada en el Laboratorio (SILAB) en el Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública de Panamá y en los laboratorios de las Unidades Centinela de Influenza, el apoyo en la capacitación a nivel nacional y regional en el uso del software EpiVigila.

- 12. Telemedicina:** implementado en el mes de mayo del año 2016, es utilizado para mejoras en la atención al asegurado, cuenta con tres (3) equipos de alta tecnología que permitirá consultas médicas de manera remota, permite el bordaje clínico con asistencia remota de especialistas en patologías que requieren de rápida intervención, apoyar programas de prevención y bienestar, además de tratamiento de enfermedades crónicas a pacientes sin importar dónde se encuentren.

Es una herramienta innovadora de gran impacto para la CSS porque produce un ahorro significativo en el traslado de personal y, a futuro, de pacientes a otros sitios de atención. A la fecha siete hospitales están interconectados, a través de la plataforma para realizar docencia, charlas informativas y coordinaciones administrativas: Hospitales Rafael Hernández (Chiriquí), Nelson Collado (Chitré), Rafael Estévez (Aguadulce), policlínica Horacio Díaz Gómez (Santiago), Especialidades Pediátricas (Panamá), Dr. Raúl Dávila (Bocas del Toro), Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (Panamá) y el edificio Clayton 519 (Panamá).

Debido al éxito de la plataforma, otras instalaciones de la CSS han solicitado el servicio como los hospitales Dionisio Arrocha de Puerto Armuelles y Ezequiel Abadía de Soná en Veraguas.

El proyecto valorado en 540 mil balboas promueve la colaboración entre las instalaciones médicas, aumentará la consulta especializada en las unidades ejecutoras y abordará la atención clínica con asistencia remota de especialistas en patologías que requieren de rápida intervención.

- 13. Medilock:** implementado en el año 2010, para el manejo de expedientes médicos electrónicos de mil 339 pacientes afectados por el dietilenglicol, censados a nivel nacional e identificados como positivos, expuestos en estudio y negativos referidos por Fiscalía Especial.

14. Gestión del Expediente Electrónico de los pacientes víctimas por la ingesta de medicamentos contaminados con el tóxico Dietilenglicol y otros tóxicos y que la Fiscalía solicite sean evaluados: el programa permite mantener un Registro Único centralizado, digitalización de todos los documentos relacionados con cada paciente (Expediente Médico Electrónico), maximizando el consumo del ancho de banda y aumentando la rapidez en el acceso a los datos.

15. Fluoroscopios: implementado en el año 2014, desarrollado por la empresa Biomedical Support & Systems Inc. Permite el suministro, instalación, adecuación y mantenimiento de veintiocho (28) equipos radiográficos fluoroscópicos para diferentes unidades de imagenología de la CSS, a nivel nacional incluyendo el mantenimiento correctivo y preventivo durante un período de 60 meses. Con la implementación del Sistema de Archivo de imágenes y el equipamiento, la CSS podrá garantizar la mejora continua de los diferentes procesos que intervienen en el flujo asistencial que debe estar centrado en el ciudadano.

Se han entregado los trabajos de instalación y adecuación para los fluoroscopios de hospital de Aguadulce, policlínica Dr. Pablo Espinosa, en Bugaba. Se contempla la instalación en nuevas infraestructuras: policlínicas Manuel De Jesús Rojas, Aguadulce, Penonomé, Roberto Ramírez De Diego, Chitré, Nuevo San Juan, Colón, además de la Unidad Local de Atención Primaria en Salud (ULAPS) Guararé. Mediante la intervención de DENISA se incluye el acondicionamiento del área respecto a los sistemas de aire acondicionado, electricidad, estructuras de pisos, paredes, techos, plomerías, acabados y a través de Biomédica, se calibran los equipos. Un nuevo fluoroscopio digital fue destinado para el hospital Dra. Susana Jones Cano y se encuentra en su fase de instalación. Esta herramienta que diagnóstica por imagen forma parte del sistema de telerradiología.

16. Gestión de Camas Hospitalarias: sistema para la gestión, disponibilidad y utilización eficiente de camas en las instalaciones de salud de la CSS, ya que su manejo adecuado incide directamente, de forma positiva o negativa, en los costos hospitalarios, los cuales pueden verse afectados por admisiones y estancias prolongadas. Está implementando a nivel nacional, para lo cual se han realizado capacitaciones a los gestores de doce (12) instalaciones de salud que cuentan con camas de hospitalización.

17. Seguimiento COVID: desarrollado por la Dirección Ejecutiva Nacional de Innovación y Transformación de la CSS (DENIT) para darles seguimiento a los pacientes que fueron contagiados por el virus del COVID-19.

18. Sistema de Recetas de la CSS: desarrollado por la DENIT para la dispensación y entrega de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas y el beneficio de la población más vulnerable al COVID-19. El sistema incluye un grupo de doctores que revisan caso por caso, aprueban las recetas y siguen el protocolo.

19. Sistema de Prevención y Control de la Diabetes: implementado en septiembre del 2013, para reforzar la Atención Primaria en Salud que brindan los médicos de

cabecera y los especialistas a través de las Clínicas de Diabetes a nivel nacional. Permite tener un registro de las personas con diabetes y su grado de control a nivel nacional. Disminuye los costos asociados a complicaciones que pudieran ser prevenibles, con este programa eleva a la CSS a la vanguardia de otros países, en cuanto a programas de Diabetes y prevención de sus complicaciones.

20. **Sistema de Inventarios de Camas/ Recurso Humano/ Ventiladores:** desarrollado por la DENIT con el fin de llevar el inventario de camas, recurso humano y ventiladores utilizado durante la pandemia de COVID-19, permite sistematizar y mejorar el control en el inventario diario de las camas disponibles y ocupadas de las instalaciones de salud a nivel nacional.

2. SISTEMAS INFORMÁTICO DEL ÁREA DE ADMINISTRATIVA.

En la CSS existen sesenta y cinco (65) sistemas informático para el área de administración de los cuales nueve (9) Sistema Informático son del área de informática, treinta y nueve (39) son del área de Finanzas y Administración y diecisiete (17) son del área de Recurso Humano.

a. Sistema Informáticos del área de Informática.

La CSS cuenta con nueve (9) sistemas para el área de informática entre estas podemos mencionar:

1. **Sistema de Turnos:** implementado en el año 2014, en veintiséis (26) agencias, cubre las áreas de ingresos y afiliación, para la validación de los afiliados, derecho y citas médicas.
2. **SMS:** servicio de mensajería disponible en teléfonos móviles, permite el envío de mensajes cortos, conocidos como mensajes de texto y facilita el recordar a los asegurados sus citas pendientes, reducir el ausentismo en las citas médicas, mantener comunicación directa con el asegurado y comunicar a diversos asegurados al mismo tiempo sobre un fin específico y enviar mensajes personalizados a los asegurados.
3. **Sistema de Formulario de Citas Médicas/Centro Administración de Agendas de Servicios de Salud (CAASS):** implementado en el año 2011, sistema de formularios Web de solicitud de citas médicas para sordos, con este sistema se solicitan y se cancelan las citas médicas en general. Es un servicio que el tiempo mínimo en que se le puede otorgar una cita médica de acuerdo a la disponibilidad es de 72 horas. No se ofrece citas para el mismo día por esta vía. El horario de atención a éste servicio es de lunes a viernes, de 6:00 de la mañana a 7:00 de la noche.
4. **CSS Digital:** implementado en el año 2016, es un portal de consultas que contiene los servicios de: salud, prestaciones económicas, atención al asegurado, consultas para empresas, préstamos y proveedores. Su ubicación física está en KIO (KIO Networks) Panamá Pacífico.

5. **PROACTIVANET (MESA DE SERVICIO IT):** implementado en marzo del año 2017. Es una herramienta integral en la gestión de servicios de TI certificada en 13 procesos PinkVERIFY 2011 e ITIL Software Scheme nivel Gold.1, su fabricante es Espiral Microsistemas S.L. y su sede central está en España. Facilita la gestión de incidencias, peticiones, problemas, cambios, entregas y niveles de servicio desde su registro inicial hasta su cierre, incorporando estándares internacionales de buenas prácticas como ITIL® e ISO 20000 integrando el Catálogo de Servicios ofrecido por la organización.
6. **APP Móvil CSS:** implementado en el año 2016, aplicación móvil de celular que ofrece servicio de información y solicitud de citas médicas, con el objetivo de crear una aplicación que brinde toda la información, gestión y reserva de los servicios de prestaciones de la CSS mediante consultas en línea desde la comodidad de tu dispositivo móvil, con el objetivo de agilizar los procesos y evitar largas filas. El usuario podrá dar seguimiento con verificación de estatus del servicio solicitado.
7. **Sistema de Impresión de Carnet:** desarrollado por la DENIT, se adquirieron cincuenta y seis (56) equipos para la impresión de carnet, por un valor de cincuenta y nueve mil balboas con veinticuatro centésimos (B/.59,000.24), para la confección del documento que requieren todos los asegurados para realizar sus trámites en la institución a nivel nacional, permitirá acortar los tiempos de atención que se brinda.

Los equipos fueron distribuidos en las agencias de Boquete, Bugaba, David, Puerto Armuelles, Volcán, Veraguas, Santiago, Soná, Chitré, Los Santos, Las Tablas, Penonomé, Aguadulce, Nata, La Chorrera, Arraiján, San Carlos. También se incluyeron las coordinaciones administrativas de Azuero, Veraguas, Chiriquí, Bocas del Toro, Coclé, Aguadulce, Penonomé y La Chorrera. En el área Metropolitana, Dorado, Vía España, San Francisco, Parque Lefevre, San Miguelito, Juan Díaz, 24 de Diciembre, Chepo, y Colón y las sub Agencias de Volcán, Isla Colón Changuinola (Bocas del Toro) y Darién.
8. **SISAC:** sistema de atención ciudadana, para la gestión de quejas y sugerencias proveniente del 311. La CSS ha creado el Control Interno de Gestión para el Asegurado (CIGESA), que es el sistema de registro, gestión y seguimiento de los casos provenientes del 311, cuya objetivo es mejorar y agilizar el tiempo de respuestas oportunamente, producto de las quejas de los casos asignados de los usuarios que son atendidos en las instalaciones de salud y administrativas de la CSS. Su usuario final es la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios al Asegurado.
9. **Sistema para el Seguimiento de Proyectos (SISEPRO):** desarrollado por la DENIT, sistema para el registro, manejo y seguimiento de proyectos, mejora el proceso de establecimiento, priorización y gestión de proyectos de cada instalación.

b. Sistemas Informáticos del Área de Finanzas y Administración

En estos sistemas se encuentran los sistemas del área de prestaciones económicas, con la finalidad de contar con fuentes de información confiable, veraz y oportuna que ofrezcan un criterio para la toma de decisiones acertadas en beneficio de la Institución.

La CSS cuenta con un total de cincuenta y un (35) sistemas informático en esta área:

1. **Sistema de Ingresos y Prestaciones Económicas (SIPE):** implementado en el año 2012, y desarrollado por Consorcio CW Panamá Sonitel. Herramienta tecnológica que se pone al servicio de los empleadores: público y privado y doméstico y de los asegurados, para que, interactúen a través de la Internet y puedan realizar desde la computadora de su empresa, oficina, casa o lugar de su preferencia, las transacciones de sus empleados o trabajadores, de manera rápida, ágil, oportuna y sobre todo segura mediante el uso de la Firma Digital. Permite ahorro de tiempo al evitar la gestión presencial y la formación de largas filas, consulta en línea de los estados de cuenta tramitación de paz y salvo, entre otros. Más de 67,000 empleadores cubiertos con este proyecto a nivel nacional (público, privado y doméstico).
2. **Sistema Administrativo Financiero (SAFIRO):** implementado en el año 2012, desarrollado por SAP Internacional. Es un sistema administrativo de compras y recursos humanos de la CSS que integra servicios financieros en gestión de procesos gubernamentales (GRP) para ser utilizado en 150 instalaciones (oficinas administrativas, policlínicas y hospitales).
3. **Ficha Digital:** implementado en el año 2016, y desarrollado por la empresa SION S.A. (Soluciones Integrada Orientadas a Negocios, S.A.), empresa de capital panameña del área de tecnología de la información. El sistema consiste en la sustitución de la ficha de comprobación de salarios y derechos en papel a una ficha digital, un comprobante digital de salarios para 65 mil empleadores y sus colaboradores (incluye voluntarios y domésticas) / 65 mil empresas, 800,000 empleados y 175 mil funcionarios públicos. La ficha electrónica cumple todas las funciones de una ficha estándar, realizada en plataforma electrónica o informática.
4. **Validación del Derecho:** implementado en el año 2014, desarrollado por la empresa panameña de tecnología SION S.A. Permite la eliminación de la presentación de la ficha de comprobación de salarios y derecho como requisito, para la atención por demanda de los servicios solicitados, en las instalaciones de salud, mediante la validación del derecho a través de un icono habilitado en las estaciones de trabajo, para los 3.5 millones de asegurados: identificados como asegurados directos con sus dependientes y los pensionados y jubilados, voluntarios y domésticas (3.5m).
5. **Portal de Compras:** consiste en un portal virtual de compras, creado dentro de SAFIRO, ofrece una manera rápida y ágil de realizar las compras a través de la aplicación SRM.

6. **Logística Hospitalaria:** implementado en el año 2011, desarrollado por la empresa HILL LOGIN, permite implementar un modelo de gestión logística, basado en sistemas de información adecuados a las diferentes etapas de la cadena de suministros: logística interna hospitalaria; logística de distribución y de almacén; logística de aprovisionamiento.
7. **Gestión Electrónica de Documentos:** implementado el 1 de enero del 2012, desarrollado por la DENIT, en un ambiente totalmente WEB. Permite manejar la correspondencia de forma digital a nivel nacional, disminuir el uso de papelería, el extravío de los documentos, la comunicación documental, trabajo colaborativo entre los funcionarios y seguimiento a las tareas realizadas sobre una documentación. Su usuario final es la Dirección Ejecutiva Nacional de Finanzas y Administración.
8. **SIGMA 7:** sistema de gestión administrativa de la CSS, desarrollado por la empresa de tecnología BDG, S.A. para la atención de las quejas e inconvenientes que presentan los asegurados en cada una de las instalaciones donde recibe atención.
9. **Catálogo Institucional (Fichas Técnicas):** sistema que administra las fichas técnicas de todo aquel producto que se puede adquirir en la CSS. El sistema está en fase de producción por la DENIT.
10. **Paz y Salvo Patronal:** servicio web desarrollado por DENIT, que toma la información del Mainframe de archivos suministrados por SIPE y verificada por apremio y cobros para generar las certificaciones de paz y salvo, cuenta también con un método de verificación de autenticidad.
11. **Morosidad:** desarrollado por la DENIT, utilizado en la Dirección de Ingresos para generar los listados de los Patronos Morosos.
12. **Comparador de SISMECA vs SIPE:** programa que toma la información de SIPE, la agrupa de acuerdo a reglas y genera los archivos utilizados por SAP para cargarlos y compara los archivos generados por SISMECA y el aviso de cobros de SIPE para determinar inconsistencias.
13. **Subsistema Mixto:** desarrollado por DENIT, sistema que calcula los rendimientos de cada miembro del Subsistema Mixto y genera los estados de cuenta.
14. **SIPE- Generador de LAYOUT:** programa que toma la información de SIPE, la agrupa de acuerdo a reglas y genera los archivos utilizados por SAP para cargarlos, permite el pase de información de SIPE al sistema SAP.
15. **Módulo de Impresión de Cheques:** programa que se comunica con SIGMA7 para transferir los datos de préstamo y generar los mismos. El sistema permite generar e imprimir los cheques de préstamos, adicional lleva una serie de controles para auditoría.
16. **Sistema de Compras (SISCOMP PLUS):** implementado en su primera fase a finales del año 2012 y la segunda fase a inicio del año 2017. El sistema fue

creado para registrar procesos pre-contractuales, contractuales y post-contractuales y sistematización de la creación de requisición, pliego de cargos, orden de compra, etc. Permite el proceso de notificaciones a la afianzadora, trámites de prórrogas, cálculos de multas, el registro y control de autorizaciones de entrega y carta de compromiso, entrega del producto en los almacenes, posibilitando el control y seguimiento del proceso de compras.

- 17. Trámite de Corto Plazo:** implementado en 2018 y desarrollado por DENIT. Es un sistema de consultas web del estatus actual de cualquier trámite de prestación a corto plazo que gestiona el asegurado a la CSS (prestaciones económicas a sus asegurados directos, pensionados y jubilados, proceso vía web de consultas sobre maternidad, incapacidad por riesgo diario, incapacidad por enfermedad común, lentes, funerales, prótesis dentales).
- 18. Trámite a Largo Plazo:** sistema de consulta web de cualquier trámite de prestación a largo plazo, para conocer el estatus actual de sus trámites. Dirigido a pagar prestaciones en dinero, en forma de pensiones o indemnizaciones.
- 19. Talonario de pensionado y jubilado:** para la obtención de talonarios de pago de doscientos cuarenta mil (240,000) pensionados y jubilados, evita la impresión masiva de los talonarios de aquellos pensionados que no los requieren.
- 20. Sistema MANSIS:** implementado en el año 2013, es un sistema integral de gestión y control de los activos de la CSS mediante el cual los hospitales, las policlínicas, las coordinaciones administrativas provinciales, agencias y direcciones nacionales podrán ver reflejada toda su operativa diaria, permite el registro de mantenimiento y seguimiento de los activos corporativos relacionados con biomédica, transporte, mantenimiento y almacén e inventarios de los suministros.
- 21. Centro de Consulta Digital (Kioscos):** es un sistema para consulta en línea de los servicios para los asegurados, con tres pilares de información: salud, prestaciones económicas y atención al asegurado. Cada uno de estos pilares ofrece una cartera de servicios que el usuario podrá utilizar siguiendo los pasos que dicta el sistema. Trescientos tres (303) Kioscos digitales para consultas digitales de citas médicas fueron ubicados en todas las policlínicas y hospitales del país. La inversión en los Kioscos Digitales se hizo a través de un convenio marco en 2013 con una inversión de 3 millones de dólares. El sistema se encuentra inactivo.
- 22. Sistema Génesis V2.0:** implementado en el año 2017 y desarrollado por la Empresa de Tecnología Soluciones Integradas Orientadas a Negocios, S.A. (SION, S.A.). Busca organizar, controlar, aplicar, mejorar y puntualmente el seguimiento efectivo y optimizar la calidad del servicio.
- 23. Cuenta Individual:** consulta de los salarios reportados en las planillas por los empleadores, vía web y/o mediante dispositivos móviles, permite acceso a la historia laboral consolidada de cada asegurado cotizante.

- 24. Sistema de Control de Acceso y Seguridad (SICAS):** proporciona mayor control de acceso a los edificios mediante tarjetas de proximidad que contienen los datos de cada colaborador, huella digital y tipo de acceso permitido al edificio donde labora. En el caso de visitantes, se les entrega una tarjeta en la recepción, con acceso únicamente para el área donde se dirige, que se debe llevar de manera obligatoria dentro de la institución y que será devuelta, una vez terminado el trámite, al salir.
- 25. Sistema de Anteproyecto de Presupuesto:** sistema para el registro del Plan Operativo Anual de las instalaciones de salud y la elaboración del anteproyecto de presupuesto. Este módulo es creado dentro del sistema SAFIRO.
- 26. Sistema de Formulación:** el sistema se encuentra en elaboración.
- 27. Sistema de Tesorería:** módulo creado dentro de SAFIRO que incrementa y fortalece la capacidad de gestión, modernizar la institución, integrar las operaciones administrativas y financieras reduciendo tiempos de respuesta.
- 28. Flota Vehicular (BASIS):** sistema para la emisión de salvoconductos de la flota vehicular, dentro del sistema MANSIS.
- 29. Mi Caja:** Portal de Autoservicio del Centro de Contactos.
- 30. Cédula Juvenil:** implementado en el año 2014, cubre la demanda de atención por medio de la Cédula Juvenil, que reemplaza, el carnet de beneficiario existente, permite la integración con otros sistemas como es Validación del Derecho y SIS. El sistema está inactivo ya que el contrato venció.
- 31. Sistema de Préstamos Personales e Hipotecarios:** implementado el 28 de marzo del año 2014 y abrió la cartera para préstamos a funcionarios en el mes de marzo del año 2018, desarrollado por DENIT. Es una herramienta tecnológica que permite de forma integrada y completa la administración, registro sistemático y automatizado de las funciones y transacciones que por su naturaleza son requeridas y generadas en la cartera de préstamos personales e hipotecarios en la CSS.
- 32. Sistema de Retiro Anticipado Autofinanciable (PRAA):** es una reserva para pensiones en curso a pagar, refleja el valor financiero para cumplir el compromiso de todos los pagos de las pensiones de retiro anticipado temporal vigentes, hasta el momento en que se extinga el beneficio, acorde con lo establecido en la Ley 54 de 2000, Ley del PRAA.
- 33. Sistema de trámites para los asegurados:** desarrollado por DENIT, permite crear solicitudes de trámites de prestaciones económicas, acceder a los servicios que brinda la CSS, de forma digital, sin tener que ir a las instalaciones.
- 34. Sistema de Planilla de Pagos de Empleados, Pensionados, Indemnizaciones, Riesgo Profesionales, P.R.A.A., Dietilenglicol, Subsistema Mixto, Afectados de Bocas del Toro, Neonatos, Maternidad, Incapacidad, Funerales, Prótesis Dental, Lentes, Riesgos Diarios:** Aplicaciones individuales que facilitan todo el proceso

de cálculo, emisión de planillas borradores y cheques o ACH de las prestaciones económicas de los asegurados y salarios a funcionarios.

- 35. Sistema Activos en el Mainframe:** control y seguimiento de Prestaciones Económicas a Corto Plazo, Control y Seguimiento de Prestaciones Económicas a Largo Plazo, Impresión de Cheques y Talonarios de Pago (de todas las planillas), Recursos Humanos, Cuenta Individual, Préstamos Hipotecarios, Préstamos a Empleados CSS, Bienes Raíces, Administración de Seguros, Bienes Patrimoniales, Afiliación de Asegurados y Beneficiarios, Presupuesto (Recursos Humanos y Prestaciones Económicas), Procesos requeridos mensual o trimestralmente por otras entidades o para utilizar en otros aplicativos.
- 36. Sistema de Pago a Proveedores (SISPAP):** Sistema que permite dar seguimiento y control a todas las gestiones de cobros que ingresan a la Sección de Pago y Tesorería de la Dirección Nacional de Finanzas. Cuya funcionabilidad es dar seguimiento a la gestión de cobros desde la orden de compra que ingresa por ventanilla hasta que el proveedor retire el cheque. El usuario final de este sistema es la Dirección Ejecutiva Nacional de Finanzas y Administración.
- 37. Sistema de Control de Inventario (SISCONI):** Sistema que permite dar el seguimiento y control de inventario en los CEDIS y unidades ejecutoras. Su funcionabilidad es el registro transaccional de las entradas y salidas que afectan las existencias, trazabilidad de la mercancía según su ubicación dentro de la bodega, atención de requisiciones tipo forma 8 en línea, traspasos de mercancía entre unidades ejecutoras en línea.
- 38. Sistema de Rendición de Cuentas:** creado por la DENIT, para el registro, manejo y seguimiento de proyectos para la rendición de cuentas. Cuya funcionabilidad consiste en mejorar el proceso de establecimiento, priorización y gestión de proyectos de cada unidad ejecutiva.
- 39. Sistema de Cuadro de Mando Integral:** Sistema de información cuya funcionabilidad es de asignar indicadores para las unidades ejecutoras y ver el comportamiento de los indicadores en el transcurso del tiempo. El usuario final de este sistema es la Dirección Nacional de Planificación. Está en proceso de validación.

c. Sistemas Informáticos del Área de Recursos Humanos

Los Sistemas Informáticos Administrativos del área de Recursos Humanos son muy importantes para llevar un eficiente control con el personal o funcionarios que trabajan en la CSS. Cuenta con diecisiete (17) sistemas informáticos:

- 1. Programa de Resueltos:** aplicación que se utiliza en la Sección de Acciones de Recursos Humanos y en las áreas que están descentralizadas a nivel nacional, donde se efectúa el reconocimiento del incremento salarial a los funcionarios como: Aumento, C/E, C/C, Sobresueldos, Nombramientos, etc., por medio de resueltos y/o resolutivos.

2. **Programa de Vigencia Expirada:** aplicación que se utiliza en la Sección de Acciones de Recursos Humanos y en las áreas que están descentralizadas a nivel nacional, donde se efectúa el reconocimiento de los derechos adquiridos de periodos fiscales anteriores o vencidos, por medio de una resolución como: Actualizar salario por Clasificación, Actualizar salario por Sobresueldo de Zona Apartada, etc.
3. **Programa de Control de Entrevistas:** aplicación que se utiliza en el Departamento de Reclutamiento de Recursos Humanos y en las áreas que están descentralizadas a nivel nacional, en donde se almacenan los datos de los aspirantes que entrevistan para ser nombrados o para estar en el banco de datos como los Datos Generales (Cédula, Nombre completo, Fecha de nacimiento, Dirección, Experiencia laboral, etc.), Certificados/Documentos, Expectativas del Aspirante (Cargos y salario que aspira), Resultado de la Prueba (Cargos propuestos, Observaciones del Analista).
4. **Programa de Evaluación Administrativa:** aplicación que se utiliza en el Departamento de Reclutamiento de Recursos Humanos y en las áreas que están descentralizadas a nivel nacional, en donde se capta y se almacenan las evaluaciones del desempeño laboral año tras año de cada funcionario administrativo, que influyen en el pago del cambio de etapa, en el pago del bono anual y de la permanencia en la institución.
5. **Programa de Evaluación de Salud:** aplicación que se utiliza en el Departamento de Reclutamiento de Recursos Humanos y en las áreas que están descentralizadas a nivel nacional, en donde se captan y se almacenan las evaluaciones de cada funcionario de salud de forma global, para el pago del bono anual por gremio.
6. **Programa de Resolución:** aplicación que se utiliza en la Sección de Trámites de Recursos Humanos, en donde se lleva control de las acciones y resoluciones de los funcionarios a nivel nacional, como casos disciplinarios, traslados, asignaciones, etc.
7. **Programa de Posesión:** aplicación que se utiliza en la Sección de Trámites de Recursos Humanos, en donde se verifica la existencia y la información del resuelto (nombramiento, prórroga, traslado y ascenso, aumento, etc.), para luego generar la toma de posesión.
8. **Programa de Posposición de Vacaciones:** aplicación que se utiliza en la Sección de Trámites de Recursos Humanos, en donde se captan las vacaciones que las jefaturas les posponen a los funcionarios por diversas razones en un periodo específico.
9. **Programa de Atención a Funcionarios:** aplicación que se utiliza en el Departamento de Bienestar Laboral y Social de Recursos Humanos y por sus enlaces a nivel nacional, en donde se da control y seguimiento de la atención psicológica a los funcionarios y para llevar registros de los casos activos y cerrados que atienden los psicólogos, como relaciones interpersonales, ausentismo, depresión, ansiedad, etc.
10. **Programa de Cuentas por Cobrar:** aplicación que se utiliza en el Departamento de Pagos a Empleados y Otros Derechos y el Departamento de Contabilidad de Recursos

Humanos, en donde se establecen registros de cuentas por cobrar a los funcionarios cuando tienen compromisos con la institución, por salarios y por otros cobros varios.

- 11. Programa de Estructura:** aplicación que se utiliza en el Departamento de Clasificación de Recursos Humanos, en donde se lleva el control presupuestario de las posiciones o plazas de salud y administrativas vigentes y aprobadas por el presupuesto en curso.
- 12. Programa de Jefatura:** aplicación que se utiliza en el Departamento de Clasificación de Recursos Humanos, en donde se lleva el control de las partidas presupuestarias de todas las jefaturas del área de salud y los jueces ejecutores del área administrativa, las asignaciones por instalación de salud a nivel nacional y el control presupuestario anual de las vacantes o jefaturas que se van usar.
- 13. Programa de Asistencia:** aplicación que se utiliza en las secciones y departamentos de la Dirección Ejecutiva Nacional de Recursos Humanos, en donde se capta la asistencia diaria de los funcionarios e incapacidades; de la asistencia se puede generar horas extras, viáticos y tardanzas, y en el formato de incapacidades casos de duelo, nacimiento de un hijo y las constancias por asistir a cita médica con un familiar.
- 14. Programa CAR2000:** aplicación que se utiliza en la Sección de Archivos de Recursos Humanos por las captadoras, en donde se recogen las diferentes acciones de los funcionarios (vacaciones, aumento, nombramiento, licencia sin sueldo, etc.).
- 15. Programa de CAR Consulta:** aplicación que se utiliza en Recursos Humanos y en todas las áreas a nivel nacional, donde muestra los datos principales de los funcionarios (cédula, nombre completo, salario, sobresueldos, estatus en la institución, cargo, plaza y estatus en planilla), otros datos generales (ubicación real, fecha de nacimiento, sexo y estado civil), además de los datos del expediente, que conforman todas las acciones que el funcionario ha tenido durante su permanencia en la institución.
- 16. Programa de Actualización de Resueltos:** aplicación que se utiliza en la Sección de Archivos de Recursos Humanos por la jefa u otro personal asignado, en donde se agregan los registros de un resuelto específico confeccionado en el programa de Resueltos para reflejarse en el programa de CAR Consulta.
- 17. Sistema de Registro de Capacitación (SIRECA):** Este sistema es un aplicativo para la captura y gestión de capacitaciones. Cuya funcionalidad es que ayuda a gestionar las horas de capacitación del recurso humano. El usuario final de este Sistema en la Dirección Ejecutiva Nacional de Recursos Humanos.

NUDOS CRÍTICOS

A pesar de la gran cantidad de sistemas y programas informático, estos fueron implementados sin que se considerada en muchos casos la duplicidad de acciones y procesos y en otros caso no se comunican entre ellos, y esta falta de comunicación es substituida por trabajo manual (impacto en productividad, puntualidad y confiabilidad de la información), con usabilidad parcial muchas veces a discreción del funcionario, lo que en algunos casos no han permitido la mejora esperada.

Estos nudos críticos en los sistemas y programas informáticos de la institución hace obligatorio la modernización del sistema tecnológico aprovechando al máximo los recursos instalados, por lo que es urgente actualizar y readecuar estos sistemas en especial: SIPE, SAFIRO, SIS, LOGOS, Expediente Electrónico, Receta Electrónica, que requieren además de un cambio de actitud y conducta en el equipo humano.

Adicionalmente es importante gestionar todos estos sistemas mediante la inteligencia en salud precisamente por la necesidad de cambios en la forma de entender la respuesta que debería dar la institución a los problemas de prestaciones económicas y de salud de la población asegurada, razón por la que es imprescindible revisar la forma en la que los sistemas de información han venido documentando tanto los problemas de existentes como las respuestas que la institución proporcionadas a estos problemas.

También es importante la forma en que los sistemas y programas informáticos interactúan ante los diferentes entes y organismos que conforman el sistema de salud en Panamá.

Es importante también que los sistemas y programas informáticos tengan en conjunto la capacidad de solucionar problemas de salud mediante la articulación de recursos humanos, tecnológicos y de investigación, mediante el monitoreo, la evaluación y el análisis de la situación de las prestaciones económicas y de salud, utilizando las diferentes fuentes de información tanto propias de la institución como también las fuentes externas a la institución, para lo cual se necesita la generación adecuada de políticas del uso de la información.

Se hace necesario el garantizar la calidad de la información para el análisis de la situación de salud y la evaluación de las intervenciones económicas y sanitarias, fomentando permanentemente una cultura de análisis en todos los niveles administrativos y de salud, con el acceso oportuno a información confiable y pertinente a los diferentes actores institucionales.

XII. RED DE SERVICIOS DE SALUD

La Regionalización de la gestión de los servicios de salud en áreas geográficas de acuerdo a criterios demográficos, epidemiológicos, culturales, sociales y económicos, permite la coordinación de los esfuerzos de las instituciones de salud pública y privada y está determinada por la oferta y demanda.

La red de servicios de salud de la provincia de Bocas del Toro cuenta con un primer nivel de atención a cargo del MINSA (90%): con un MINSACAPSI, 11 Centros y 2 sub Centros y 10 % de las instalaciones a cargo de la CSS (ULAPS Las Tablas). La CSS tiene a su cargo 80% de la atención de segundo nivel a través de 3 hospitales de 5to nivel de complejidad (en Changuinola, Chiriquí Grande y Almirante) y la Policlínica de Guabito de 3er nivel de complejidad, todas las instalaciones están en áreas densamente pobladas y atienden población asegurada y no asegurada altamente demandante. A pesar de los esfuerzos para ofrecer la atención, no se cuenta con un tercer nivel de atención y se incurre en traslados a la región de Chiriquí o a la capital frecuentemente, lo cual conlleva un alto costo a la institución.

La provincia de Coclé cuenta con 18 Centros de Salud, 8 sub Centros de salud, 3 policlínicas básicas y un CAPPS para el primer nivel de atención. Se cuenta con 2 hospitales de segundo nivel de atención, sexto de complejidad uno de la CSS y el otro del MINSA. Adicional se cuenta con una Clínica de Hemodiálisis debido a la alta demanda de pacientes con enfermedad renal crónica.

La provincia de Colón cuenta con un hospital de la CSS clasificado como segundo nivel de atención y 5to de complejidad con muchas carencias para cubrir las necesidades de la población por lo que incurren frecuentemente en traslados al Complejo Hospitalario y Hospital Santo Tomás. Además cuenta con 3 policlínicas (2 básicas y una especializada) y un Policentro para una población de responsabilidad de 48.57% (443,186). La Policlínica Hugo Spadafora de la CSS, cubre el segundo nivel de atención y está clasificada en un quinto nivel de complejidad. Las policlínicas de Sabanitas y de Nuevo San Juan y la ULAPS conforman el primer nivel de atención de atención junto con los 12 Centros de Salud y 13 sub centros.

La red de atención de la provincia de Chiriquí posee un hospital de 3er nivel, Hospital Rafael Hernández de la CSS que da cobertura a población de la provincia y presta apoyo a las provincias de Bocas del Toro, Veraguas y la Comarca Ngäbe Bugle. Bajo responsabilidad de un patronato un materno infantil, Hospital José Domingo de Obaldía del MINSA, que al igual que el Hospital Rafael Hernández da apoyo a otras provincias. Cabe señalar que en términos generales los traslados son muy pocos. La red incluye para la CSS en el segundo nivel al Hospital Dionisio Arrocha y 2 policlínicas especializadas y para el primer nivel de atención policlínica básica con jornada extendida, 4 ULAPS, 1 CAPPS y 2 policentros, 30 Centros de Salud y 20 Sub Centros del MINSA.

La CSS tiene presencia en 6 de los 14 distritos con población de responsabilidad de 36% y el MINSA 64%. En estos distritos se da dualidad en la presencia física de instalaciones, pero se realizan coordinaciones interinstitucionales para cubrir la demanda de atención de la población sin duplicidad de servicios.

En la provincia de Herrera, la CSS cuenta con una población de responsabilidad de 77% (91,919); mientras que al MINSA le corresponde una población de 23% (27,063), sin embargo, la CSS ofrece su cartera de servicios de segundo nivel más completa. El segundo nivel de atención lo conforma el Hospital Gustavo Nelson Collado con sexto grado de complejidad, el cual, se encuentra entre los hospitales de que buscan la acreditación por la JCI y la Policlínica Roberto Ramírez de Diego con cuarto grado de complejidad por parte de la CSS y 2 hospitales del MINSA. Adicional, la región cuenta con dos CAPPS (CSS), dos MINSA CAPSI, 13 centros de salud y 17 sub centros para la red de primer nivel de atención, en algunas instalaciones del MINSA se cuenta con funcionarios de la CSS. Además la provincia también cuenta con una clínica de hemodiálisis.

La red de atención de la Provincia de Los Santos incluye 4 hospitales de segundo nivel, todos bajo dependencia del MINSA, posee en este nivel dos Policlínicas especializadas de la CSS. El primer nivel de atención lo conforman 3 CAPPS, 10 Centros de Salud y 20 sub Centros.

La provincia de Panamá Oeste posee en su red de servicios un hospital de segundo nivel bajo la responsabilidad del MINSA, atiende población no asegurada y parcialmente población asegurada, mediante un convenio de compensación. El segundo nivel de atención se complementa con la Policlínica especializada ubicada en el distrito de la Chorrera, ésta solo atiende pacientes asegurados. El resto de instalaciones conforman el primer nivel de atención: 2 policlínicas básicas, 4 ULAPS, 2 CAPPs, 2 MINSA CAPSI, y 9 Centros de Salud. Gran parte de la población asegurada de la provincia busca atención médica en el área metropolitana. Esta situación irá disminuyendo a medida que se logre el fortalecimiento de las instalaciones y amplíe la cartera de servicios. La clínica de hemodiálisis ubicada en la policlínica especializada conlleva una mejora en la calidad de vida del paciente.

La Región de Salud de Panamá Este posee en su red de servicio un hospital de segundo nivel de atención y quinto nivel de complejidad bajo la responsabilidad de la CSS. El 63 % de la población atendida es no asegurada. Recibe traslados de las regiones Comarcales. Además de brindar atención a la región de Panamá Este y parte del área metropolitana. La Policlínica básica de Cañita, un Policentro de Salud y 11 Centros de salud conforman el primer nivel.

La provincia de Veraguas posee un hospital regional del MINSA y el Hospital Ezequiel Abadía de la CSS ambos de segundo nivel de atención, con 4 de complejidad. La red cuenta con una policlínica especializada. Un paciente toma cerca de 45 minutos en vehículo terrestre desde la Policlínica hacia el hospital. Los 18 centros de salud del MINSA y el CAPPs de Zapotillo corresponden a primer nivel de atención.

Las áreas de Panamá Metro, San Miguelito y Panamá Norte a diferencia del MINSA, en la CSS no se cuenta con una coordinación por región que esté estructurada y que le permita planificar, gestionar y rendir informes detallados como una red de servicios. Las instalaciones existentes en estas áreas son coordinadas directamente por el nivel central de la CSS lo que limita las acciones al ser una amplia población a cubrir, ocasionando duplicidad de servicios y de instalaciones de salud que en muchas ocasiones no articulan su cartera de servicios

En el área de Panamá Norte se cuenta con una ULAPS, 2 Centros y 4 Sub centros y aunque es un área de gran crecimiento poblacional todas sus instalaciones son de primer nivel de atención. El área de San Miguelito por su parte, cuenta con 2 hospitales regionales, uno del MINSA y uno de la CSS y 2 Policlínicas para el segundo nivel; un CAPPs, una ULAPS y 7 centros de Salud para el primer nivel de atención. Y el área metropolitana cuenta con 7 hospitales: 4 por parte de la CSS, 3 patronatos, todos tienen un nivel de resolución amplio y fungen como hospitales de referencia. Se clasifican en el 3er nivel de atención y los grados más altos de complejidad. El segundo nivel del área metropolitana lo conforman las 5 policlínicas especializadas y 2 policentros y el primer nivel en esta red lo conforman 2 ULAPS, 3 CAPPs, 16 centros de salud y 1 sub centro.

Con la puesta en funcionamiento de la Ciudad de la Salud, se espera cumplir con la demanda insatisfecha de la población asegurada.

NUDOS CRÍTICOS

En la realización de este análisis se evidenció la necesidad de coordinaciones en áreas específicas como son las de San Miguelito, Panamá Metro y Norte, debido a la dificultad de planificar y gestionar como red de servicio, y teniendo presente que la mayor población de responsabilidad de la CSS, se encuentra precisamente en estas áreas, por lo tanto para lograr mejorar los servicios que brinda la institución, es importante se organice como región de salud, tal cual funciona en las otras direcciones del resto del país, con la finalidad de mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y la cobertura, permitiendo adecuar la oferta asistencial a la realidad detectada, mediante la descentralización de estas regiones en una o como tres regiones que permita ofrecer niveles apropiados de atención para todos, mejorar la calidad de los servicios, incrementar la satisfacción de la población asegurada y alcanzar niveles óptimos de la relación costo-beneficio. Esto mismo se presenta con las áreas Comarcales y Darién, donde no se cuenta ni con instalaciones de salud.

Más allá de querer ofrecer servicios básicos, la CSS se dirige su oferta de servicio a una respuesta más compleja, que permita prevenir enfermedades, diagnosticar y tratar éstas, antes de que aparezcan complicaciones, además de velar por las condiciones del trabajador evaluando las condiciones de riesgo en ambientes laborales. Por ello se necesita conocer mejor e identificar claramente el área de responsabilidad donde serán ofrecidos estos servicios. A medida que mejoran los servicios de la red primaria van disminuyendo las posibilidades de requerir hospitalización, lo cual hace que la atención de cualquier patología sea mucho más tratable.

El análisis conjunto de las Regiones de Salud de la CSS presentó situaciones que limitan el buen desarrollo de algunas actividades propias de la prestación de la salud, económica, administrativa y de la generación de la información, que se describen a continuación como más comunes entre regiones:

En la red de servicios: La atención primaria de salud a la población se realiza de manera compartida con el MINSA pero existen fallas en temas de sectorización que requieren mejoras para obtener mayor eficacia. Actualmente el sistema es fragmentado y esto acarrea duplicidad de acciones en temas específicos y aumento del costo indirecto de la atención de salud

Sin embargo existen estrategias en común tanto para el MINSA como para la CSS, para implementar acciones preventivas frente a las enfermedades crónicas y degenerativas en función de la transición demográfica que incluye el proyecto HEARTS para manejo de enfermedades cardiovasculares, con ciertas limitantes para su implementación, como medidas muy burocráticas en la entrega de medicamentos por parte del MINSA a los asegurados.

El sistema de referencia y contra referencia sufre problemas de comunicación entre niveles de atención, una debilidad detectada es la retención de pacientes en el nivel que da la atención especializada sin que se cumpla con la contra referencia, acción que satura a las instalaciones de salud más especializada.

Algunas regiones de salud no cuentan con un nivel de complejidad adecuado para la atención de problemas de salud por lo que deben referir a otras regiones y los pacientes se ven afectados por las limitantes en el traslado ya sea por problemas en la disposición de vehículos o por temas climatológicos. Esta situación requiere coordinaciones entre regiones en cuanto a insumos y planificación.

Cabe resaltar que parte del problema de la red de servicios es la disposición horaria para las instalaciones del primer nivel de atención, puesto que al no contar con jornadas vespertinas o nocturnas, los pacientes que presenten situaciones de salud de bajo nivel de complejidad ocasionan congestión en las instalaciones de mayor nivel, debido al retraso en la atención a los pacientes con cuadros más complejos y deteriorando la imagen de la institución.

En infraestructura: Las regiones de Bocas del Toro, Colón, Chiriquí, Los Santos y Panamá Este enfatizan la problemática regional por el limitado espacio físico de sus instalaciones de salud y administrativas que no permiten su crecimiento, adecuación ni su actualización a las nuevas exigencias de la tecnología en avance, lo que limita también el aumento en la cobertura de sus servicios los mismos (no contar con áreas de estacionamiento, no contar con espacio en salas de espera, hasta no contar con espacio físico suficiente para ampliar la oferta diagnóstica). Una preocupación generalizada ha sido la inestabilidad y fluctuación de la energía eléctrica que pone en situación de riesgo el equipo médico y el uso de herramientas tecnológicas.

El mantenimiento deficiente de las infraestructuras y los constantes hurtos en algunas regiones (aires acondicionados, cables eléctricos y de telefonía, entre otros) conlleva a un grave deterioro de las edificaciones e incurre en gastos de seguridad y de reposición de los bienes perdidos. Algunas instalaciones de salud tienen las edificaciones enfermas por el pasar de los años, evidenciando una falencia en el mantenimiento preventivo y correctivo de las mismas, en algunas regiones se mantienen obras de infraestructura inconclusas y en otras, no se tiene la posibilidad de expansión y se incurre en pagos de alquileres por edificaciones a muy alto costo.

Se evidencia en todas las regiones la falta de planificación para el seguimiento y monitoreo del mantenimiento de las infraestructuras.

En recursos humanos: entre las quejas plasmadas en los documentos de análisis de las diferentes regiones, se encuentra la generalizada falta de recurso humano: médico general, médico especialista y enfermeras, estos, para la atención de programas, atención de urgencias, entre otros. Adicional, se suma la necesidad de personal de apoyo logístico y de mantenimiento, recepción, laboratorio, farmacia e informática, entre otros.

En algunas instalaciones de salud se plasma la necesidad de contar con un plan de capacitación continua del recurso humano existente principalmente en cuanto a manejo de sistemas informáticos, como lo son, el expediente electrónico SIS, Mansis, Enterprice, Modulab, Omega; aspectos legales del funcionamiento de la institución, procesos administrativos y técnicos y actualización constante en temas de salud.

Al hacer este análisis desde el nivel central de la CSS se percibe la idea de exceso de recurso humano en la institución, esta percepción debido a las diferencias de densidad de recurso por habitante que ubican a algunas regiones muy por encima de la media nacional, pero al relacionar este con la productividad general de las instalaciones de salud con menos recursos se puede considerar un problema de gestión que lleva a la necesidad de implementar estrategias que optimicen los resultados sin la necesidad de incluir nuevo recurso.

En insumos y medicamentos: es una problemática generalizada para el país, pero Chiriquí, Bocas del Toro y Los Santos son las provincias que han manifestado el tema de abastecimiento de medicamentos como uno de los principales nudos críticos para el desarrollo y cumplimiento de las acciones de prevención terciaria en su región. El desabastecimiento de medicamentos para tratar enfermedades crónicas se ha agudizado por los efectos de la pandemia y se hace más notable en provincias con mayor porcentaje de población adulta. Las razones independientemente de la pandemia se centran en problemas por falla en el proceso de contratación de medicamentos por trámite usual, falta de actualización de los precios para medicamentos, lo que conlleva a que el proveedor no participe en las licitaciones y las mismas extiendan sus convocatorias hasta quedar desiertas, compras centralizadas, limitada capacidad de almacenamiento y por sobredemanda (cálculos basados en compras previas y no en datos estadísticos).

Respecto al almacenamiento, se presentan problemas en el abastecimiento de los CEDIS y por consecuencia a las diferentes instalaciones de salud. Las fallas logísticas abarcan desde los procesos de compra y adquisición hasta la distribución y el almacenamiento.

En transporte: otra queja constante que se refleja en el análisis de las regiones, se presenta la insuficiente disponibilidad de vehículos y conductores para las estrategias y actividades extramuros limitando seriamente los resultados. Casos puntuales el abordaje de empresas por los equipos de Salud y Seguridad Ocupacional en algunas regiones, Inspectores de empresas en las agencias y del personal asignado al programa SADI en todas las instalaciones de salud.

Dificultad para el traslado de pacientes que ameriten atención en tercer nivel por problemas de acceso geográfico (terrestre, aéreo y marítimo). Específicamente en la provincia de Bocas del Toro, en donde no se cuenta con capacidad resolutoria para la atención de pacientes complicados, a corto plazo se trabaja esta situación como un tema de transporte pero objetivamente debería ser resuelto de forma integral considerando la prevención primaria y la mejora de la cartera de servicios.

En recursos tecnológicos: otro de los nudos críticos encontrados al levantar el análisis de situación ha sido la dificultad para la obtención de datos confiables en todos los ámbitos solicitados. Contar con herramientas electrónicas que permitan el acceso a la información de manera rápida y que brinde datos confiables es tan importante como brindar atención de calidad. De los datos estadísticos dependen las compras, los presupuestos, los cambios de estrategias e inclusive las contrataciones de recursos.

Adquirir herramientas tecnológicas no es suficiente, se requiere contar con estabilidad en la conectividad de redes (ancho de banda), acompañamiento en el uso de la herramienta y

supervisión y orientación en la calidad del llenado del dato. En la mayoría de las regiones se cuenta con el Sistema de Información de Salud SIS, con baja usabilidad, Sistema de Mantenimiento MANSIS, con usabilidad parcial a discreción del funcionario; ModuLab y Enterprice con limitaciones del uso por falta de capacitación.

En las unidades que cuentan con servicios de atención extramuros, la información no se digitaliza o se hace diferida en tiempo. Adicional, el llenado manual de la hoja de Registro Diario de Atención RDA sigue siendo un nudo crítico generalizado por razones conocidas como lo son: uso de letra no legible, diagnósticos que no se encuentran en el CIE-10 o problemas en la transcripción. Todos estos nudos se pueden resolver con el uso del expediente electrónico.

Otras herramientas tecnológicas han mostrado ser altamente útiles y aceptadas por los usuarios y deben ser actualizadas para que cumplan con las exigencias de la institución, entre ellas el SIS, el SIPE, entre otras.

En presupuestos: la reducción de partidas presupuestarias en la provincia de Colón o los recortes en los reglones de compra de reactivos e insumos de laboratorio en la Provincia de Chiriquí son un ejemplo de los múltiples limitantes de los presupuestos presentados en los diferentes análisis. Cabe señalar que la pandemia ocurrida desde inicio del 2020 ha causado alteraciones significativas a los presupuestos y a su ejecución en todas las provincias y regiones.

En la organización y estrategias: en regiones donde se ha implementado la estrategia de Cita Única se requiere la reorganización del flujo para la atención, considerando los tiempos y desplazamiento de los pacientes y la comunicación entre los distintos servicios de atención y REGES.

Las comunicaciones interinstitucionales son de vital importancia para brindar al usuario una atención digna y efectiva con calidad con un enfoque preventivo que repercuta de forma positiva en la disminución de las pensiones por enfermedad o por accidentes y que devuelva al asegurado y sus beneficiarios la confianza en la atención y los medicamentos recibidos.

De igual manera para lograr hacer mejor uso de los recursos económicos, es necesario el empoderamiento de las administraciones de las instalaciones de salud, en cuanto a la ejecución de los proyectos nuevos o del seguimiento de los proyectos iniciados, y el monitoreo de las herramientas disponibles para este fin. Parte de este proceso conlleva la urgente necesidad de mejorar la planificación estratégica regional y la comunicación efectiva con las distintas Direcciones responsables (DENISA, DINISA, DENSYPS y DINAP, entre otras).

A. Coordinación Conjunta CSS/MINSA

El artículo 115 de la Constitución Política de la República de Panamá ordena a, los sectores gubernamentales de salud, incluyendo las instituciones autónomas y semiautónomas, integrarse orgánica y funcionalmente y mandata que la Ley reglamentará esta materia; asimismo el Decreto de Gabinete 1 del 15 de enero de 1969, que crea el MINSA, determina su estructura orgánica y establece las normas de integración y coordinación de las instituciones del sector salud.

En la Ley 51 de 27 de diciembre de 2015, Ley orgánica de la CSS, establece también en el artículo 143 la coordinación interinstitucional de la atención médica, señalando que la CSS y el MINSA ejecutarán la planificación y coordinación funcional de los servicios de salud, orientadas a la consecución de un sistema público de salud, con el fin de cumplir el mandato constitucional.

Desde 1973 la iniciativa de integración de los servicios de salud en Panamá, Sistema Integrado de Salud, con la participación de los dos principales proveedores y financiadores de los servicios de salud pública, el MINSA y la CSS, no se llegó a consolidar totalmente.

Sin embargo, ambas instituciones han establecido convenios de coordinación mediante los cuales se norma, que los pacientes de las regiones integradas, serán atendidos indistintamente en todos los establecimientos de la red. Estos convenios, que aunque no operan con completa fluidez, representan un compromiso para reglamentar la operatividad de ambas instituciones.

El objetivo de la Coordinación Efectiva y Sostenible entre ambas instituciones, consiste fundamentalmente en la optimización de los recursos que se destinan para la atención a la salud de toda la población de la República sin distinción, articulado en una red pública de servicios de salud organizada por diferentes niveles de atención y escalones de complejidad.

En consecuencia, el proceso de coordinación funcional deberá garantizar, una oferta de servicios de salud entregados con calidad, calidez, accesibilidad, oportunidad y seguridad y con la debida compensación de costo que resulten de las contraprestaciones de servicios entre ambas instituciones.

La implementación del proceso de coordinación funcional, requiere necesariamente de mecanismos que orienten su direccionalidad en tiempo y espacio. Para ello, la estructuración de la Hoja de Ruta que se propuso, constituye en una primera aproximación un instrumento idóneo y pertinente para este propósito. Por lo anterior, en este instrumento se formulan los diferentes objetivos, estrategias, acciones y actividades que se deben seguir para alcanzar el objetivo que se propone.

1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA COORDINACIÓN MINSA-CSS

Existe un desconocimiento de la población del marco legal y verdadero alcance del proceso de coordinación, debido en parte a que los procesos de integración se llevaron a cabo sin la debida reglamentación que mandata la Constitución.

2. FORTALEZAS DEL PROCESO

Existe consenso político expresado jurídicamente con mandato constitucional en materia de integración, sin modificaciones en su promulgación inicial, pese a los cinco actos reformativos constitucionales y una experiencia anterior positiva de la integración cuantificada estadísticamente por indicadores, con equipo técnico de ambas instituciones comprometidas con el proceso.

3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Esta dada por la articulación de la red pública de servicios de salud MINSA-CSS de cobertura y acceso universal, para una atención segura y con calidad, para la optimización de los recursos tendiente mejorar los niveles de salud de la población panameña, evitando la duplicación de esfuerzos y recursos en el sector, con un financiamiento justo y equitativo de los servicios de salud que ofertan ambas instituciones.

4. HOJA DE RUTA ESTRUCTURADA

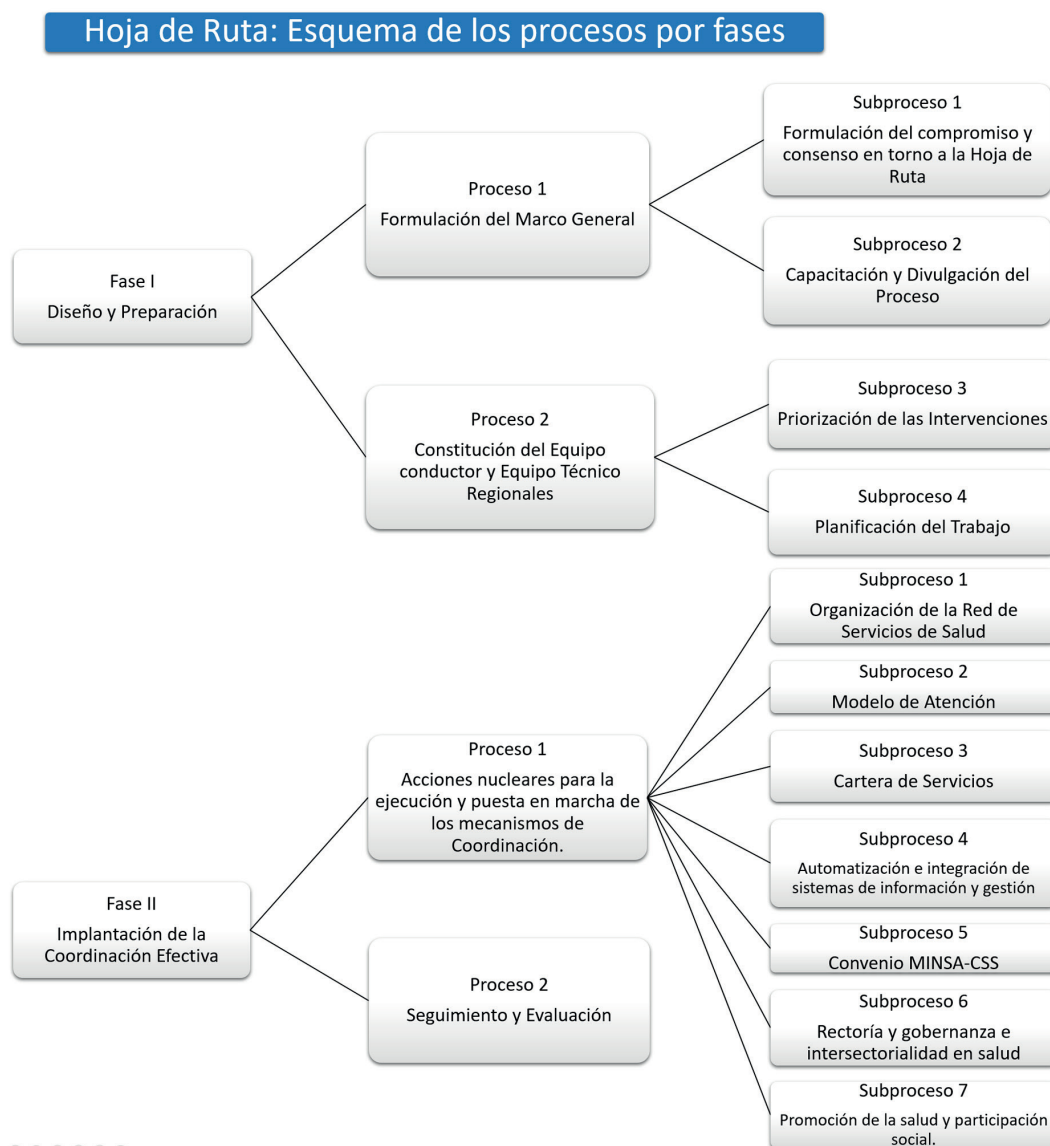
Para la ejecución del proceso de coordinación se propuso dos fases para su ejecución:

Fase 1: Diseño y Preparación, con dos sub procesos

Fase 2: Implantación de la Coordinación Efectiva propiamente, con dos sub procesos.

Cada una de estas fases viene definida por los procesos y subprocesos que la conforman y que en conjunto desarrollan las orientaciones y pautas a seguir. Figura 4

FIGURA 4. HOJA DE RUTA PARA LA COORDINACIÓN CONJUNTA CSS-MINSA



B. Mesa Conjunta Interinstitucional de Compra

Mediante Resolución de Gabinete No.38 de 14 de julio de 2020, se instala la Mesa Conjunta de Compras MINSA-CSS, que tiene como finalidad generar mayor transparencia en el sistema de contrataciones del Estado en época de pandemia y a su vez agilizar el procedimiento de contratación para que las entidades de salud puedan contar con los bienes y servicios que requieren en el momento oportuno.

El objetivo principal de esta mesa conjunta es atender la urgencia en el país debido a la situación del COVID-19, de manera ágil y rápida en la compra de Medicamentos, Insumos y Equipos Médicos, con recursos del Gobierno Central y agilizando los procesos de compras de los medicamentos, insumos y la ampliación de la capacidad instalada en los diversos hospitales del país.

La Mesa de Compras Conjuntas del MINSA-CSS, está conformada por las siguientes instituciones del Estado:

1. Un representante del MINSA
2. Un representante de la CSS
3. Un representante de la Contraloría General de la República
4. Un representante de la Dirección General de Contrataciones Públicas

La MESA canaliza todas las compras que son requeridas para atender la pandemia, mientras dure el Estado de Emergencia. Durante este tiempo la MESA utilizará todos los mecanismos de compras establecidos para lograr un abastecimiento oportuno de todas las necesidades de bienes y servicio que requieran las entidades de salud.

• Compras en declaración de emergencia

Debido al Estado de Emergencia Nacional declarado por el Consejo de Gabinete a través de la Resolución de Gabinete No.11 de 13 de marzo de 2020, surgida como consecuencia de los efectos generados por la enfermedad infecciosa COVID 19, que se ha incrementado en el transcurso del tiempo, afectando la economía nacional y amenazando la salud de todos los habitantes de la República de Panamá, se hizo necesario que la CSS, como proveedora de salud, adquiriera bienes, insumos, servicios y productos relacionados con la salud humana, a fin de atenderla de manera oportuna.

No obstante, producto de esta emergencia, se imposibilitó la adquisición de equipos, insumos, medicamentos y otros, mediante los trámites normales de adquisición, dada la premura del tiempo y la necesidad inminente de contar con los mismos de manera inmediata, por lo que se hizo necesario realizar gestiones ineludibles, para lograr el abastecimiento oportuno, fundamentados en el Artículo 79 del Texto Único de la Ley 22 de 2006, ordenado por la Ley 61 de 2017.

Por lo que las primeras adquisiciones se realizaron, por medio del Ministerio de la Presidencia, a través de invitaciones a cotizar, y se escoge a los proveedores que tuvieran disponibilidad de entrega inmediata, un precio acorde a los antecedentes de adquisición y el cumplimiento de los requisitos técnicos solicitados.

Señala el artículo 4 de la Resolución de Gabinete No.11 de 13 de marzo de 2020, modificada por la Resolución de Gabinete No.18 de 31 de marzo de 2020, que le corresponde al Ministerio de la Presidencia asignar las partidas presupuestarias correspondientes a las diferentes entidades, las que deberán administrar y autorizar los recursos de la manera más eficiente y transparente posible.

De lo anterior se desprende, que, para la utilización del procedimiento especial de adquisiciones de emergencia, se requería de la asignación presupuestal por parte del gobierno central.

Una vez recibidos los recursos económicos y realizadas las adecuaciones correspondientes en los sistemas presupuestarios, el 15 de julio de 2020, se procedió a preparar los expedientes con toda la documentación legal, técnica y administrativa necesaria, para luego remitirlos al respectivo refrendo por parte de la Contraloría General de la República, y así honrar el pago a los proveedores que apoyaron en los primeros días de la pandemia y sin los cuales no se hubiese podido abastecer a las unidades hospitalarias, ello cumpliendo con lo establecido en el Manual de Procedimiento de compras en estado de emergencia v1.0, v2.0, v2.1, v3.1 y 3.2.

El Ministerio de Economía y Finanzas, a través de traslado de partida, ha realizado varias asignaciones de fondos a la CSS para combatir la COVID-19, sin embargo es importante aclarar que las compras con los fondos asignados se realizaron a nivel central, las cuales podemos resumir en el siguiente cuadro:

CUADRO 19. ASIGNACIONES DE FONDOS A LA CSS

DOCUMENTO	MONTO
No.8110000087	6,961,215.00
No.1200059204	1,515,400.00
No.8110000092	156,055.00
No.8110000120	71,382,825.00
Total	B/.80,015,495.00

De lo anterior, se desprende que el monto total asignado a la CSS para atender la emergencia nacional asciende a la suma de **OCHENTA MILLONES QUINCE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO BALBOAS CON 00/100 (B/.80,015,495.00)**, lo cual fue utilizado de la siguiente manera: Cuadro 20

CUADRO 20. DESGLOSE DE LA UTILIZACIÓN DE LOS FONDOS A LA CSS

TOTAL	B/.80,015,495.00
Consumido	79,859,354.00
No tramitado	156,000.00
Insumos Médico Quirúrgicos	52,805,592.00
Insumos de Laboratorio	15,677,113.00
Camas	2,474,510.00
Equipo Médico	7,322,303.00
Medicamentos	908,290.00
Servicios	671,546.00

El tipo de productos adquiridos a través de esta modalidad de MESA CONJUNTA MINSA-CSS, observándose un gasto importante en el rubro de médico quirúrgico por 52.8 millones de dólares. Cabe resaltar que este insumo de seguridad fue fundamental para el funcionamiento a nivel nacional de las 72 instalaciones de la CSS y de los equipos de trazabilidad MINSA-CSS.

El otro rubro importante, fueron las pruebas COVID-19, que son indispensables para conocer los casos asintomáticos y poder aislarlos oportunamente para que no continúen propagando el virus y que como parte de la estrategia de contención del virus, la realización de las pruebas masivas a la población mediante los equipos de trazabilidad, se desplegaron a lo largo y ancho del país.

XIII. MODELO DE ATENCIÓN

Definido como los lineamientos relacionados con la práctica de la atención de la salud, que orienta la forma en que la instalación de salud se organiza, de acuerdo a las necesidades de la población y que desarrolla en su contenido cómo deben proveerse a la población asegurada una serie de prácticas profesionales ordenadas en disciplinas, debidamente jerarquizadas y coordinadas con el resto de la red de atención de salud.

A. Cartera de Servicios

La cartera de servicios de la CSS es el conjunto organizado de tecnologías, servicios y recursos, mediante la cual se hacen efectivas las prestaciones de salud. Contiene servicios básicos y especializados, necesarios para llevar a cabo una atención de salud adecuada, integral y continuada a toda la población asegurada independientemente del nivel de atención en el que se necesite, se brinda en los tres niveles de atención a descritos y según niveles de complejidad.

La CSS mantiene una cartera de servicios de salud, amplia y completa, es una cartera prácticamente infinita pero con recursos financieros y humanos finitos. Basados en los principios de solidaridad, equidad y universalidad, toda la población asegurada recibe sin distinción de su contribución, iguales beneficios al uso de todos y cada uno de los servicios y niveles de atención de la CSS.

Esta cartera de servicios cubre desde el primer nivel de atención, respondiendo a los principales problemas de salud y de alta prevalencia, como base esencial de la Atención Primaria y entrada a los servicios de salud, hasta la atención especializada, con actividades diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, que garantizan la continuidad de la atención integral de la población asegurada, así como aquellas de promoción y educación en salud y preventivas de la enfermedad, que por su naturaleza deben realizarse según cada nivel de atención.

Se incluye en la cartera de servicios de la institución, también aquellos procedimientos, cirugías y otros que no se realizan en la institución y que son financiadas hasta por un

monto de cincuenta mil balboas (B/.50,000.00), para realizarse en instalaciones de salud del exterior o en instalaciones privadas.

La atención de urgencia se brinda en cada nivel de atención y durante las veinticuatro horas del día a la población asegurada, que por una situación clínica aguda precise de una atención inmediata, sin embargo según informes de las patologías atendidas en los cuartos de urgencias de la red de servicios de salud de la CSS, se puede evidenciar que mucha de las atenciones no responden necesariamente a situaciones clínicas agudas.

B. Cita única

Es un nuevo modelo de atención mediante el cual se busca mejorar la accesibilidad del asegurado a los servicios de salud, al resolver efectivamente en una sola cita, que se reciba evaluación, exámenes médicos, diagnóstico, tratamiento y medicamento, en el menor tiempo posible, optimizando las primeras visitas y fortaleciendo la atención primaria en salud (APS), redirigiéndolo para sus posteriores controles de salud.

Este modelo de atención busca la disminución en el tiempo de atención, diagnóstico y tratamiento de las diferentes morbilidades, dando como resultado el descongestionamiento y la disminución de la frecuencia de visitas de la población asegurada a las instalaciones de salud, disminuyendo la insatisfacción de los pacientes y lista de espera para cita y programación de cirugías.

Este modelo fue implementado a nivel nacional e inició con planes pilotos para posteriormente ser operativo en todas las unidades ejecutoras, se logró capacitar y sensibilizar al 100% del personal en todas las regiones de salud. El alcance del mismo es que los usuarios reciban una atención integral y de calidad, aproximándose a una transformación de modelo de atención actual hacia un modelo centrado en el paciente y su salud.

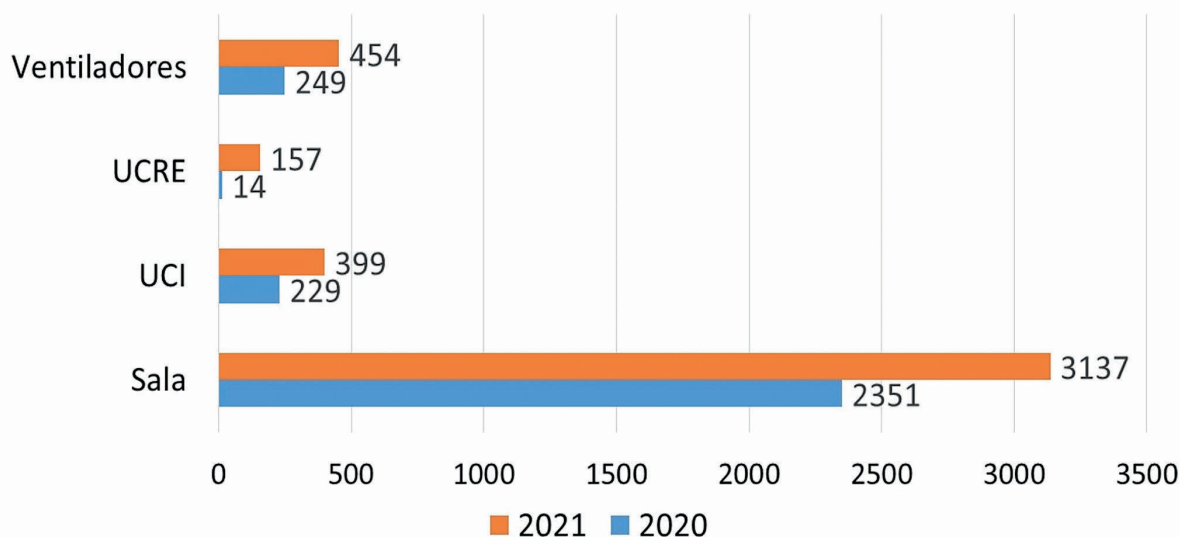
La implementación del modelo, tuvo un atraso por la pandemia por COVID-19, pero está en avance nuevamente durante el año 2021 se encuentra en la actualidad en 44 instalaciones de salud a nivel nacional.

C. Unidades de UCRE

En la CSS se crearon las Unidades de Cuidados Respiratorios Especiales (UCRE), cuyo objetivo es dar apoyo de soporte ventilatorio no invasivo a los pacientes con COVID 19. En el mes de abril de 2020 en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid se inicia con 14 camas (actualmente tiene 44 camas), posteriormente se implementa en el Hospital Regional Dr. Rafael Hernández – David con 5 camas (actualmente tiene 40 camas) y 12 camas en el Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero, para un total en la actualidad de 96 camas de UCRE. Gráfica 16.

GRÁFICA 16 INCREMENTO DE CAMAS EN SALAS, UCI, UCRE Y VENTILADORES

Incremento en el número de camas de Sala, UCI, UCRE y Ventiladores en hospitales de la Caja de Seguro Social de abril 2020 a junio 2021 de



D. Clínica Post COVID-19

En la actualidad están funcionando 10 Clínicas Post-COVID-19 a nivel nacional, donde se prestan servicios integrales a los pacientes que pudieran tener secuelas como consecuencia de la COVID-19. La atención es multidisciplinaria ya que hay especialistas articulados en todas las áreas que se requiera. Cuadro 21

Para la atención de Medicina Especializada y otros servicios de salud que no se encuentren en la cartera de servicios de la Clínica Post COVID-19, se establece una agenda de atención para las interconsultas requeridas, y el paciente recibirá una referencia para acudir a la instalación de salud que le corresponde.

CUADRO 21. CASOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICAS POST COVID-19

CAJA DE SEGURO SOCIAL			
Casos atendidos en la Clínicas Post COVID-19			
Clínica	Casos		TOTAL
	Año 2020	Año 2021	
Pol. Manuel Ferrer Valdés	370	1041	1411
Pol. J. J. Vallarino	18	628	646
Pol. Santiago Barraza	291	607	898
Hospital Regional Rafael Hernández	65	316	381
Hospital Raúl Dávila Mena	15	13	28
Pol. Horacio Díaz Gómez	119	1325	1444
Pol. Roberto Ramírez De Diego	0	290	290
Pol. Miguel Cárdenas Barahona	9	52	61
Pol. Manuel De Jesus Rojas	43	257	300
Pol. Hugo Spadafora Franco	74	120	194
TOTAL	1004	4649	5653

Actualizado: Hasta el 30 de junio de 2021

Fuente: Informes de Gestión, DENSYPSS

E. Centros de Bienestar

Tienen como objetivo cambiar el modelo de atención enfocado en la promoción de a la salud y prevención de la enfermedad, mediante el fomento de prácticas de estilos de vida saludable, como: alimentación saludable, actividad física, y ambiente libre de humo. Se han inaugurado 2 Centros de Bienestar uno en Parque Lefevre y otro en Río Hato, Coclé, en donde se desarrollan talleres de Entornos Saludables para la Comunidad, de Lectura, Pintura, Ejercicio Físico, Huerto Comunitario y sobre Fertilizantes Naturales, Confección de potes con materiales reciclables entre algunos otros.

F. Clínicas Cardiometabólicas

Con la creación de las Clínicas Cardiometabólicas, la CSS busca brindarle nuevo enfoque a la atención de los asegurados que padecen de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes y obesidad, entre otras, migrando de los modelos de atención centrados en la enfermedad, a un enfoque preventivo de atención primaria, evitando el avance en el deterioro de órganos como los riñones, corazón y previniendo en lo posible, infartos y accidentes cerebrovasculares a través de la promoción de los estilos de vida saludable.

Se dio inició con dos (2) de estas instalaciones de salud, las cuales están ubicadas en la Policlínica San Juan de Dios en de Natá, provincia de Coclé y la Policlínica “Dr. Carlos N. Brin” en San Francisco, provincia de Panamá, la idea es vincular las Clínicas Cardiometabólicas con los Centros de Bienestar, los cuales están ubicados en regiones afines, para brindar a la población opciones de tratamiento, para mantener los factores de riesgo controlados.

G. Sistema de Atención Domiciliaria, Integral, SADI

SADI es el modelo de atención que tiene como objetivo brindar atención médica integral al paciente que por su condición de salud no puede asistir a una instalación de salud de la CSS, para mejorar la calidad de vida del paciente y tratar en lo posible que se sienta cómodo en su domicilio alrededor de sus familiares, por ello es que este programa brinda también, toda la capacitación necesaria mediante la entrega de las herramientas necesarias a los cuidadores, las cuidadoras y las familias para asumir el cuidado integral de los y las pacientes.

El programa cuenta con un equipo básico de médico de atención primaria, enfermera, técnico de enfermería y fisioterapeuta y un equipo interdisciplinario compuesto por: Trabajo Social, Nutrición, Odontología, Fonoaudiología, Salud Mental, Psiquiatría, Psicología, Terapia Ocupacional, Asistente Clínico, Farmacia y Laboratorio que dependerá de la disponibilidad y cobertura que tenga la instalación de salud responsable. El servicio se brinda en 43 instalaciones de salud, a nivel nacional.

Para ingresar al programa el paciente debe reunir los siguientes criterios:

- Paciente derechohabiente con dependencia funcional, con problemas para el traslado a alguna unidad de atención médica.

- Existencia de cuidador o familiar responsable comprometido con las normas del programa.
- Residir en el área geográfica de cobertura.
- Estar acompañado las 24 horas por un familiar o cuidador.

El personal de salud de la CSS orienta, capacita y adiestra a los cuidadores y familiares quienes deberán asistir mensualmente a sesiones educativas para el manejo y atención al paciente encamado.

H. Teleradiología

Es el modelo de atención que tiene como objetivo el promover la gestión global administrativa, funcional, documental y clínica de las áreas de diagnóstico por imagen, configurado en las instalaciones de salud de la CSS a nivel nacional con equipo de diagnóstico radiológico. También debe permitir el aumentar la capacidad resolutive de los servicios diagnósticos con la actualización tecnológica digital con calidad diagnóstica para que el médico radiólogo disponga en el momento oportuno y lugar las imágenes obtenidas junto con los estudios radiológicos previos y sus informes.

El modelo contempla 92 estaciones de diagnóstico en 46 instalaciones de salud y 2 unidades de tomografía, 1 unidad resonancia magnética, 1 unidad medicina nuclear y 104 adecuaciones, además de un sistema de información y archivo de imágenes médicas digitales el sistema RIS/PACS. Cuadro 22

CUADRO 22. ESTUDIOS REALIZADOS POR MODALIDAD 2014 – 2021

MODALIDAD	ESTUDIOS REALIZADOS POR MODALIDAD 2014 – 2021								
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Angiografía	212	3,919	5,639	5,201	5,818	6,335	4,273	2,525	32,953
Fluoroscopia	395	5,994	6,962	8,712	9,740	9,756	6,737	4,427	53,730
Mamografía	6,651	64,839	75,680	78,328	82,623	84,497	25,689	17,972	436,307
RX	84,921	874,026	996,151	1,051,903	1,103,664	1,094,826	674,140	435,576	6,315,207
Resonancia Magnética	3,340	18,974	28,436	25,212	25,521	29,146	10,604	6,592	147,826
Tomografía	5,397	73,328	82,408	86,337	89,331	83,542	52,865	31,316	504,529
Ultrasonido	14,390	150,194	179,125	189,168	188,554	196,585	86,870	66,996	1,071,891
Total		1,191,274	1,374,401	1,634,029	1,507,221	1,543,451	861,175	572,170	8,623,562

Fuente: Sistema de administración gerencial de Teleradiología. Estos datos son automáticos y se captan directo de cada equipo

La Teleradiología se integró al Portal Digital CSS con la finalidad que los asegurados puedan acceder a sus estudios de imágenes así como al informe radiológico desde su celular u computador.

De igual forma ha sido potenciado el uso de la Inteligencia Artificial implementando una solución para facilitar la detección de patología asociada al COVID-19 con el uso de Tomografía Computada lo cual redundo en un diagnóstico oportuno para facilitar al clínico decisiones diagnósticas.

La Red de Teleradiología es una conexión segura y cifrada entre un usuario determinado y la red. La ampliación de esta red de acceso remoto por medio de VPN a los Médicos Radiólogos facilitó acceder a la red de trabajo a distancia y utilizar todos los recursos diagnósticos para la interpretación diagnóstica. Esto nos ha permitido cumplir con las normas de distanciamiento y normas de bioseguridad impuestas por la pandemia lo cual contribuye a proteger al personal de salud y continuar el trabajo con la generación de imagenológicos.

Se han cumplido con los mantenimientos preventivos y correctivos en un 85% de los equipos imagenológicos para asegurar su adecuado funcionamiento.

En conjunto con la Dirección de Planificación se desarrolló el Tablero de Comando de Tele Radiología a finales de Octubre del 2020, el cual se encuentra funcionando hasta la fecha, el mismo permite obtener en tiempo real, la información sobre la productividad de los equipos médicos, los pacientes atendidos, los estudios realizados por modalidad diagnósticas, el tiempo de espera para citas de estudios de imágenes, lo cual nos permite la toma de decisiones orientadas a la mejora en la prestación de los servicios imagenológicos

A fin de cumplir con las reglamentaciones de la Ley 68 del 20 de noviembre de 2003 de Protección de los Derechos del Paciente se aumentó la capacidad de almacenaje del Sistema de Teleradiología a fin de preservar la integridad de las imágenes y estudios imagenológicos por un periodo no menor de 20 años, con una reconfiguración de la data de Teleradiología.

Se logró la actualización de la plataforma digital de Teleradiología con mayor capacidad de almacenaje, programas de imágenes, herramientas diagnósticas, citas a través de la red de salud de la CSS con envío de resultados (imágenes e informe radiológico) al paciente e interoperabilidad entre la red MINSA-CSS.

Se ha dado inicio a un plan piloto de prueba en el Hospital Nelson Collado con la utilización de una herramienta tecnológica-Internet de las Cosas-que permitirá conocer a través de sensores en tiempo real los parámetros como humedad, temperatura, constantes eléctricas que aseguren las condiciones operativas óptimas para el adecuado funcionamiento de los equipos imagenológicos a fin de garantizar la calidad y continuidad de los servicios a los asegurados.

I. Plataforma Vive Saludable

Es una herramienta Virtual para promover el "Autocuidado de la Salud" en las familias. Tiene el objetivo de promover los estilos de vida saludable mediante la actividad física, alimentación saludable y la práctica de buenos hábitos, y el acceso a herramientas que

permitan el autocuidado en la población, la cual es función esencial de atención primaria en los sistemas de salud.

Dentro de la plataforma “Vive Saludable”, las personas pueden encontrar información y actividades, ya que esta página se encuentra clasificada por grupos etarios, con soluciones a cada uno de los problemas de salud.

J. Servicios de Diálisis

En Panamá existen 17 salas de hemodiálisis de la CSS a lo largo de toda la extensión territorial, de estas, solo nueve (9), utilizan la modalidad de Dialisis Peritoneal.

Se ubican en el en la ciudad capital en el: Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (CHDr.AAM), Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP), San Miguelito (Metro 1), ULAPS de San Cristóbal (Metro 2), Hospital Dra. Susana Jones Cano A y B y en el Hospital Santo Tomás. En el interior: Policlínica Dr. Santiago Barraza (La Chorrera), CAIPAR (Colón), Hospital Rafael Estévez (Coclé), Hospital Gustavo Nelson Collado (Herrera), Hospital de Soná (Veraguas), Policlínica de Santiago (Veraguas), Hospital Rafael Hernández y Sala Extrahospitalaria B (David, en Chiriquí), Hospital Dionisio Arrocha (Puerto Armuelles, en Chiriquí), Hospital Raúl Dávila (Bocas del Toro).

Al mes de agosto de 2020, en las nueve Unidades de Diálisis Peritoneal, se tiene un total de 468 pacientes, de los cuales 214, se encuentran en la técnica diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora y 254 en diálisis peritoneal ambulatoria continua.

Cada mes entran al tratamiento de hemodiálisis 30 pacientes aproximadamente. La mayoría de los pacientes que acuden a estas salas padecen hipertensión arterial y/o diabetes, enfermedades que mal controladas conducen a una insuficiencia renal crónica, misma que podría evitarse de seguir las indicaciones de los médicos.

K. Gestión hospitalaria

La institución cuenta con 15 hospitales distribuidos en el país, los cuales presentan diferentes capacidades de resolución, dependiendo de las necesidades y demandas del espacio-población bajo su responsabilidad directa, y al perfil demográfico y epidemiológico de las áreas.

Para contar con una adecuada red de servicios de salud y poder satisfacer la demanda de los asegurados se requiere realizar análisis de los indicadores hospitalarios, los cuales contribuyen en gran medida, a planificación estratégica de los servicios de salud para la población asegurada y beneficiaria.

El reto en la gestión hospitalaria es avanzar de la gestión logística y del talento humano a la gestión de la calidad de la mano con el financiamiento, en la actualidad 8 hospitales de la red de la CSS se encuentran en un proceso de acreditación.

La CSS contaba con más de 2,659 camas disponibles en todas sus instalaciones, previo

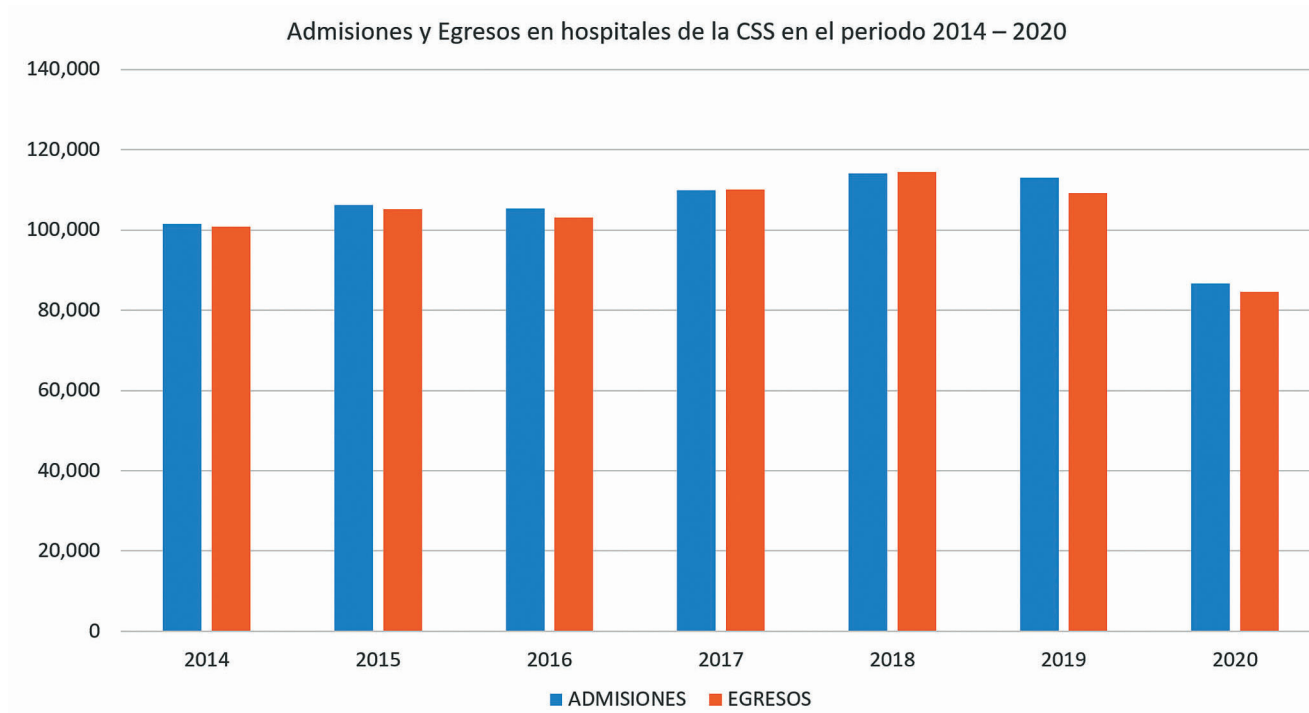
a la pandemia por COVID-19, con un promedio de estancia de 5.89 días, manteniendo ocupación superior al 74% de manera global, con tendencia al aumento en los últimos 5 años. A la fecha se cuenta con 3,458 camas, lo que representa un aumento de 30% en relación a febrero del año 2020. Las admisiones y egresos superan los 100,000 pacientes al año. Grafica 15

La pandemia por COVID-19 requirió por parte de las autoridades realizar una reingeniería de las salas de hospitalización, principalmente aumentando el número de camas de las Unidades de Cuidados intensivos, semi-intensivos y la creación de Unidades de Cuidados Respiratorios Especiales (UCRE) en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, Hospital Regional Dr. Rafael Hernández – David y en el Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero. Apertura del nuevo Hospital COVID localizado en la Ciudad de la Salud, así como de Hospitales Campaña y de las Torres Quirúrgicas del Hospital Regional Dr. Rafael Hernández. Las camas para pacientes de cuidados críticos presentaron un incremento del 299%, pasando de 127 camas en febrero 2020 a un total de 507 camas en junio 2021.

Sin embargo el 2020, es un año atípico por lo que es preferible no usarlo de referencia para la tendencia. Cabe señalar que en este año el número de camas aumentó en casi todas las instalaciones, algunos servicios fueron modificados y otros suspendidos temporalmente.

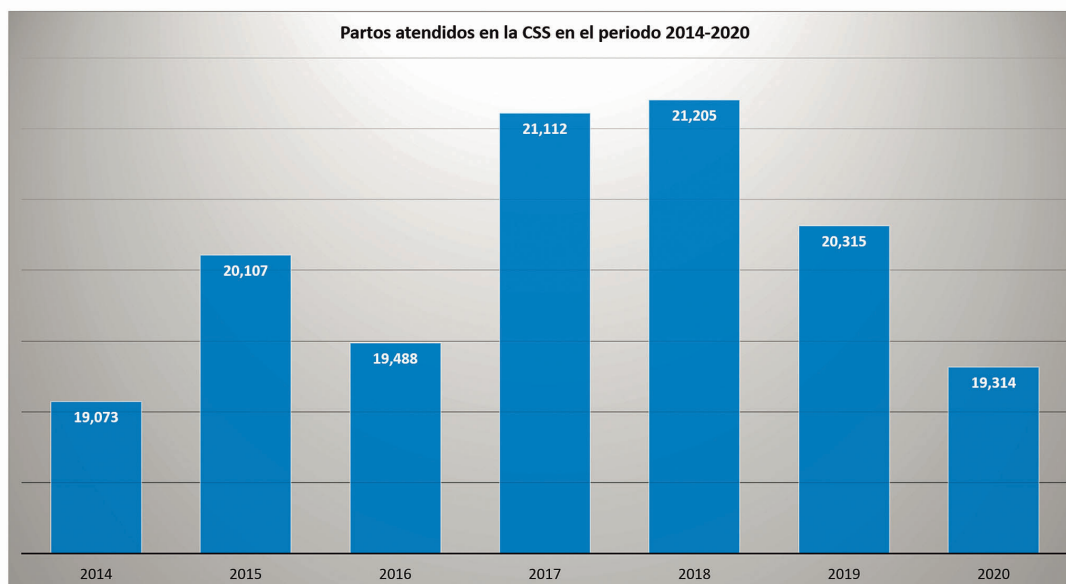
Los partos atendidos en la CSS han variado entre 2014-2020, con diferencias de 1000 a 2000 partos entre años, lo cual corresponde a la situación de los nacimientos a nivel nacional, como indicador podría reflejar a corto plazo una disminución gradual por la disminución de asegurados activos causados por la crisis sanitaria. Gráfica 17

GRÁFICA 17 ADMISIONES Y EGRESOS EN HOSPITALES DE LA CSS EN EL PERIODO 2014 – 2020



Fuente: Informes de Gestión, DENSYP

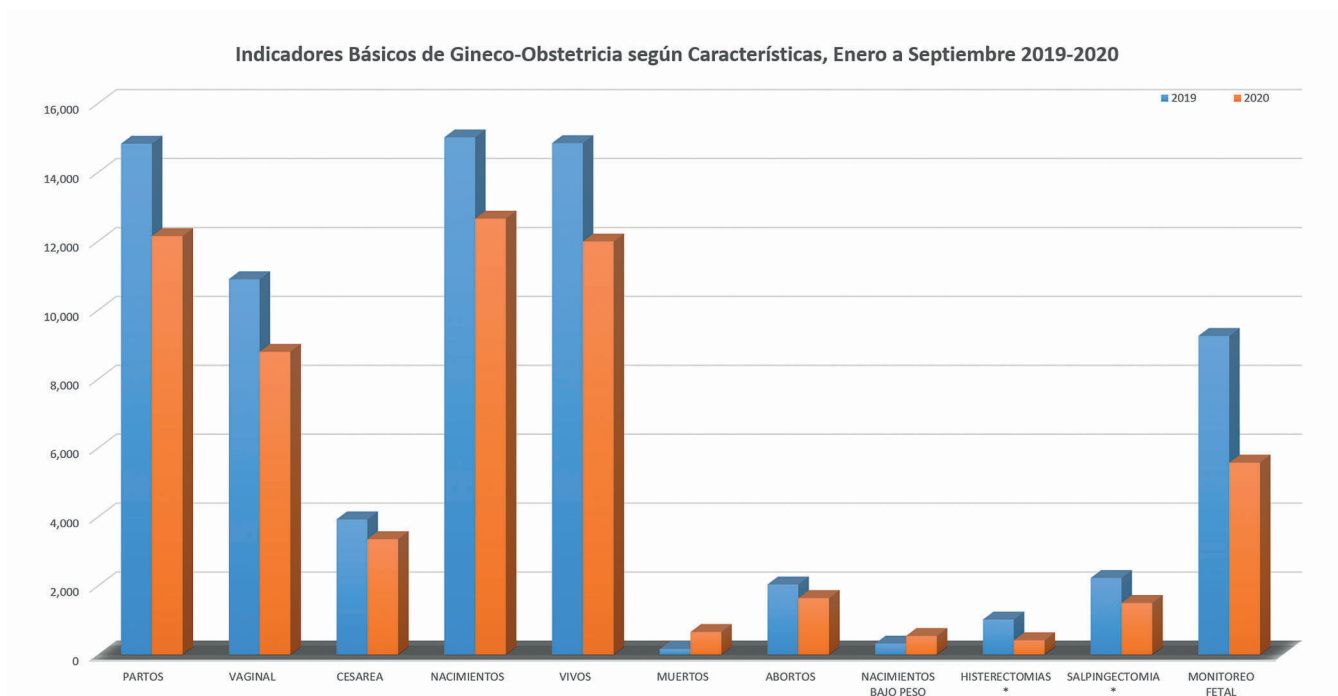
GRÁFICA 18 PARTOS ATENDIDOS EN LA CSS EN EL PERIODO 2014 – 2020



Fuente: Informes de Gestión, DENSYPs

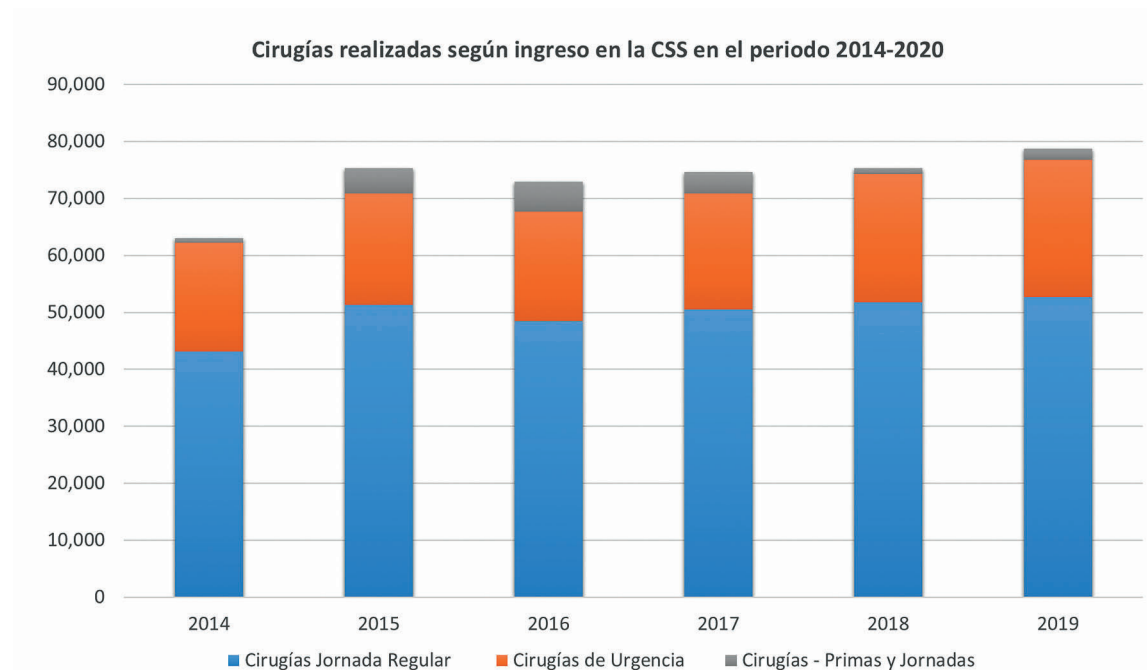
Informe preliminar de los indicadores básicos reflejan que del total de partos atendidos anualmente, los partos vaginales superan el 70% y las cesáreas complementan con el 30 % lo que se considera un porcentaje alto. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto a la tasa de realización de cesáreas, recomienda que este índice se encuentre entre el 10% y 15%. Grafica 19

GRÁFICA 19 INDICADORES GINECO-OBSTÉTRICOS EN EL PERIODO 2019 – 2020



Fuente: Informes de Gestión de Unidades Ejecutoras, DENSYPs

GRÁFICA 20. CIRUGÍAS REALIZADAS SEGÚN INGRESO EN EL PERIODO 2019 – 2020



Fuente: Informes de Gestión, DENSYPS

1. HOSPITALES REGIONALES

La CSS cuenta con 11 hospitales regionales en las principales áreas del interior del país, ubicados en el 2do nivel de atención con grados de complejidad entre el 5to y 6to, y con 4 instalaciones hospitalarias clasificadas en tercer nivel y una en cuarto nivel de atención, con la mayor tecnología, sin embargo estas últimas se encuentran ubicadas en la provincia de Panamá.

Para enfrentar la pandemia se realizó una reestructuración transitoria de las salas de hospitalización de la CSS para adecuar los espacios en salas COVID-19 según la demanda y para cualquier contingencia futura. Este proceso tiene la finalidad de optimizar la atención médica hospitalaria a los asegurados, al igual que mantener la atención a los pacientes afectados por el nuevo COVID-19.

En el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid se incrementaron las camas de las Unidades de Cuidados Intensivos, al inicio de la pandemia sólo se contaban con 30 camas, posteriormente se fueron remodelando las salas y creando las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19 (UCI COVID A – UCI COVID H), lo cual requirió la colocación de tuberías de oxígeno, así como la adquisición de equipos de ventilación mecánica. En la actualidad este hospital cuenta con 123 camas de intensivos y 33 de semintensivos.

Se realizó la conversión de la consulta externa del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid en área de hospitalización.

Adicionalmente se crearon las Unidades de Cuidados Respiratorios Especiales (UCRE), cuyo objetivo es dar apoyo de soporte ventilatorio no invasivo a los pacientes con COVID-19. En el mes de abril de 2020 en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid se inicia con 14 camas (actualmente tiene 44 camas), posteriormente se implementa en el Hospital Regional Dr. Rafael Hernández – David con 5 camas (actualmente tiene 40 camas) y 12 camas en el Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero, para un total en la actualidad de 96 camas de UCRE.

En esta reestructuración se realizó el traslado de los servicios de Neonatología, Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid hacia el Hospital Irma De Lourdes Tzanetatos para seguir brindando una atención segura a las pacientes embarazadas y a los recién nacidos. Este traslado se dio desde el mes de julio de 2020. También se procedió a trasladar, el Banco de Leche Humana (BLH).

Se implementó un anexo Modular del Hospital Irma De Lourdes Tzanetatos, con la finalidad de trasladar pacientes de las Salas de Geriátrica y de Medicina Interna y liberar 150 camas.

La nueva sala de hemodiálisis para la atención de pacientes COVID 19, en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid inició en agosto de 2020 con capacidad de hasta 80 pacientes.

El Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, quedó como hospital COVID 19, mientras dure la contingencia y continuará efectuando los casos de cirugía mayor. El Hospital Dra. Susana Jones Cano pasa a ser un hospital quirúrgico de corta estancia y el Hospital Irma De Lourdes Tzanetatos, será de un Hospital NO COVID 19 de Medicina, Cirugía, Obstetricia y Pediatría.

Se trasladó la Consulta Externa de 10 especialidades del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid a tres policlínicas del área metropolitana, para pacientes con enfermedades crónicas que requieren continuidad en sus tratamientos.

Las especialidades son: alergología, cardiología, endocrinología, ginecología oncológica, hematología, infectología, medicina interna (clínica de coagulación), nefrología, neurología y obstetricia.

2. HOSPITALES DE CAMPAÑA

Para afrontar la epidemia se instalaron 4 Hospitales Campaña para atender a personas afectadas por COVID-19 u otras condiciones de emergencia en el Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos, en la Policlínica Santiago Barraza de La Chorrera, en el Hospital Regional “Dr. Rafael Estévez” de Aguadulce y otro en Hospital Nelson Collado.

3. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIA MADRID, (CHMAAM)

El Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Aria Madrid, (CHMAAM) inaugurado en 1962, es el hospital de referencia nacional, clasificado según el documento de Red

Institucional de Servicios y Prestaciones de Salud, como del III nivel de atención y 9no grado de complejidad, cuenta con 5 divisiones funcionales en las que se incluye: un hospital de especialidades, una policlínica especializada, un área de centralización, el taller de mantenimiento y un área de urgencias.

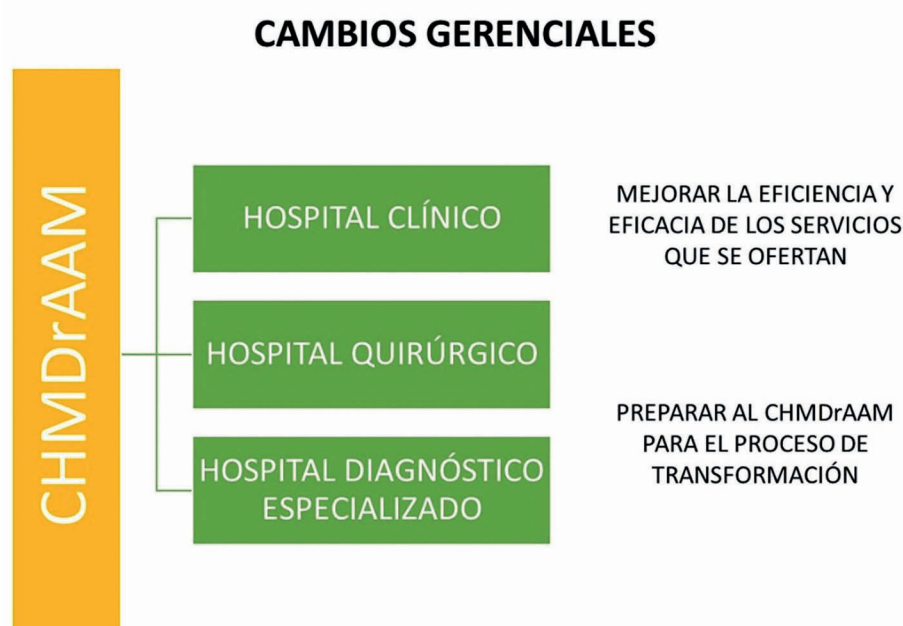
El realizar cambios en la organización del CHMAAM representa un reto en la gestión y la planificación estratégica, el proceso, además requiere de ciertos parámetros administrativos y funcionales que son de vital importancia para el desarrollo normal y para el cumplimiento de su finalidad principal que es la prestación de los servicios de salud, así como parámetros normativos que deben incorporarse con el fin de garantizar la calidad de los servicios que se ofrecen y la seguridad de los pacientes, funcionarios y familiares.

Esta organización debe incluir por supuesto, ajusten en el resto de la red de servicios de salud, que deberá desarrollar la capacidad de respuesta suficiente a las necesidades y demandas de la población asegurada en el nivel local y regional, lo que permitirá al CHMAAM, entregar servicios con la debida oportunidad y calidad.

Para esta dinámica en la prestación de los servicios de salud, se propuso organizar el CHMAAM en tres grandes áreas: Hospital Clínico, Hospital Quirúrgico y Diagnostico Especializado. Figura 5

Para lograr el equilibrio entre estas tres áreas de prestación de los servicios de salud debe garantizarse su operación mediante coordinaciones o liderazgos internos en el cumplimiento de los procesos del hospital, bajo los conceptos de eficiencia y eficacia hospitalaria lo que en la actualidad se evidencia con limitaciones, en la productividad de sus recursos lo que genera altos costos y limitada calidad de los servicios ofrecidos lo que nos lleva a altos tiempo de mora tanto quirúrgico como para la consulta externa de especialidades.

FIGURA 5. CAMBIOS GERENCIALES PARA LA ORGANIZACIÓN DEL CHMAAM



Fuente: DINAP, 2021

4. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS OMAR TORRIJOS HERRERA

Es el hospital de III nivel de atención y un séptimo grado de complejidad, y el único especializado para la población pediátrica beneficiada, dando respuesta a una población aproximadamente de 2 millones de infantes.

Cuenta con 133 camas disponibles, con un promedio diario de pacientes hospitalizados de 4.4 y un porcentaje de ocupación del 73.5%. Adicionalmente cuenta el hospital con 21 camas de observación en el servicio de urgencias. El total de consultas atendidas en el servicio de urgencias para el año 2019 es 108,687, siendo las principales causas de morbilidad de este servicio:

- Diarreas.
- Crisis Asmáticas.
- Resfriado Común / Rinofaringitis.
- Traumas y Fracturas
- Bronquiolitis

Los egresos hospitalarios constituyen un elemento de mucho interés para determinar las necesidades de la población por los servicios de hospitalización, tanto en su programación y evaluación de los servicios. En el hospital se realizan 7,253 egresos al año, siendo las principales causas de estos egresos hospitalarios (morbilidad) en la población infantil:

- Neumonía.
- Apendicitis.
- Crisis Asmática.
- Enfermedad Diarreica.
- Bronquiolitis

El hospital cuenta con un total de 4 quirófanos y realizan un aproximando de 4,508 casos quirúrgicos al año.

El promedio de defunciones anuales es de 56, lo que representa el 0.8% y las principales causas de mortalidad hospitalaria en esta población infantil están dadas por:

- Shock Séptico.
- Shock Cardiogénico.
- Insuficiencia Renal Aguda y Multi sistémica.
- Falla Multiorgánica.
- Hemorragia Intraparanquimatososa

5. CIUDAD DE LA SALUD

Plan de Acción por COVID-19 para Ciudad de la Salud

El país enfrenta hoy uno de sus más duros retos frente a la pandemia COVID-19, la Ciudad de la Salud concebida hace 8 años y parcialmente construida, goza del espacio suficiente para albergar adecuaciones que permitan recibir y tratar a estos enfermos. Por ello, el Gobierno Nacional y la Dirección de la CSS, realizaron los trabajos para el acondicionamiento con entregas por fases, dando inicio de inmediato a la fase de habilitación y de esta forma dar respuesta inmediata a la emergencia sanitaria mientras, sin perder su horizonte, elabora firmes planes de terminarla en esta gestión.

En la Ciudad de la Salud se dispone de un total 300 camas para pacientes con COVID-19 distribuidas de la siguiente manera:

- 84 camas de unidades de cuidados intensivos (UCI).
- 48 camas de unidades de cuidados respiratorios especiales (UCRE).
- 168 camas de sala de hospitalización.

El Modelo de Atención de la Ciudad de la Salud surge para enmarcar la forma en que debe interactuar la población, los profesionales y la estructura de la red con la Ciudad de la Salud, bajo la administración de la CSS, en su calidad de prestador de servicios de salud. No funciona como un modelo aislado del Modelo Institucional ni del Modelo Integral Nacional. Se basa en el principio de derecho a la salud de los asegurados y de cómo se articulan las redes de atención con la unidad.

Este modelo de atención de Ciudad de la Salud pretende promover la participación de la población en el proceso de generación de la salud. Tiene un enfoque intercultural y está orientado a la gestión de recursos de forma oportuna y la resolución de los problemas de salud más complejos; con la finalidad de satisfacer las necesidades que existen de forma equitativa, eficiente y con calidad.

El Modelo de Atención propuesto para la Ciudad de la Salud debe verse como un sistema organizado de prácticas de salud, que puede ser replicado y que cuenta con el consenso institucional y social para su implementación.

Debe consolidar y fortalecer la red de atención de salud de la CSS para satisfacción de las necesidades y expectativas de la población asegurada en materia de servicios y prestaciones en salud, a través de una instalación de 3er nivel de atención, con recurso humano altamente calificado con tecnología de punta y con la estructura física confortable y adecuada según las normas de bioseguridad y de hospitales seguros frente a desastres, para la atención de los usuarios cumpliendo con los lineamientos y compromisos institucionales y gubernamentales.

Mediante la implantación de este modelo de atención se reubicarán servicios de alta complejidad del actual Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid hacia un área que reúna las condiciones estructurales y funcionales, incluyendo el equipamiento requerido para la debida atención de la población asegurada.

La Ciudad de la Salud será la institución hospitalaria de 3er nivel de atención con el mayor grado de complejidad de la CSS a nivel nacional. La infraestructura consta de atención ambulatoria y hospitalización de especialidades y subespecialidades, con todos los recursos diagnósticos, terapéuticos, y de rehabilitación, para atender los pacientes con las patologías de mayor complejidad.

Los pacientes para ingresar a esta institución de salud deberán, siguiendo la cadena de atención de salud, ser referidos por los hospitales supra-regionales y hospitales nacionales especializados. Los derechohabientes que estén hospitalizados o en los servicios de urgencia de las instalaciones en mención, deberán ser referidos al Servicio de Urgencia Especializado de la Ciudad de la Salud siguiendo los protocolos de referencia. Los pacientes ambulatorios serán enviados a la Consulta Externa Especializada a través de una cita siguiendo el sistema de referencia y contra-referencia institucional.

La Ciudad de la Salud está constituida por los siguientes Centro Especializados y de Apoyo:

- a. Centro especializado de Cardiología
- b. Centro Especializado de Nefrología
- c. Centro Especializado de Cirugía
- d. Centro Especializado de Servicios Clínicos
- e. Centro Especializado Materno Neonatal
- f. Centro Especializado de Servicios de Atención Crítica
- g. Consulta Externa Especializada
- h. Centro Especializado de Diagnóstico y Tratamiento

La red propuesta establece que si el problema de salud supera la capacidad resolutoria del Hospital Regional, la única puerta de entrada al tercer nivel de atención lo constituyen los hospitales suprarregionales a los cuales se les ha conferido a su vez, de una cartera de servicios y prestaciones del tercer nivel de atención. Estos hospitales últimos mencionados, son los únicos establecimientos que pueden referir la demanda de atención a los hospitales especializados nacionales y a los centros de especialidades de salud, localizados en los últimos escalones de complejidad de la red.

Los hospitales regionales y suprarregionales representan para la propuesta, las barrera de contención de los problemas de salud que pueden ser resueltos sin el empleo de recursos altamente especializados y el uso de tecnologías de altos costos, evitándose así, las costosas y riesgosas referencias de pacientes de la periferia al centro del sistema.

La CSS en estos momentos con un acuerdo con el consorcio FCC, que sale de la obra y retira el arbitraje que mantenía por diferencias sobre el contrato, y mediante la suscripción con el consorcio Construcciones Hospitalarias y la Aseguradora Mapfre se reactiva la obra de construcción de la Ciudad de la Salud.

L. Servicios de Urgencias

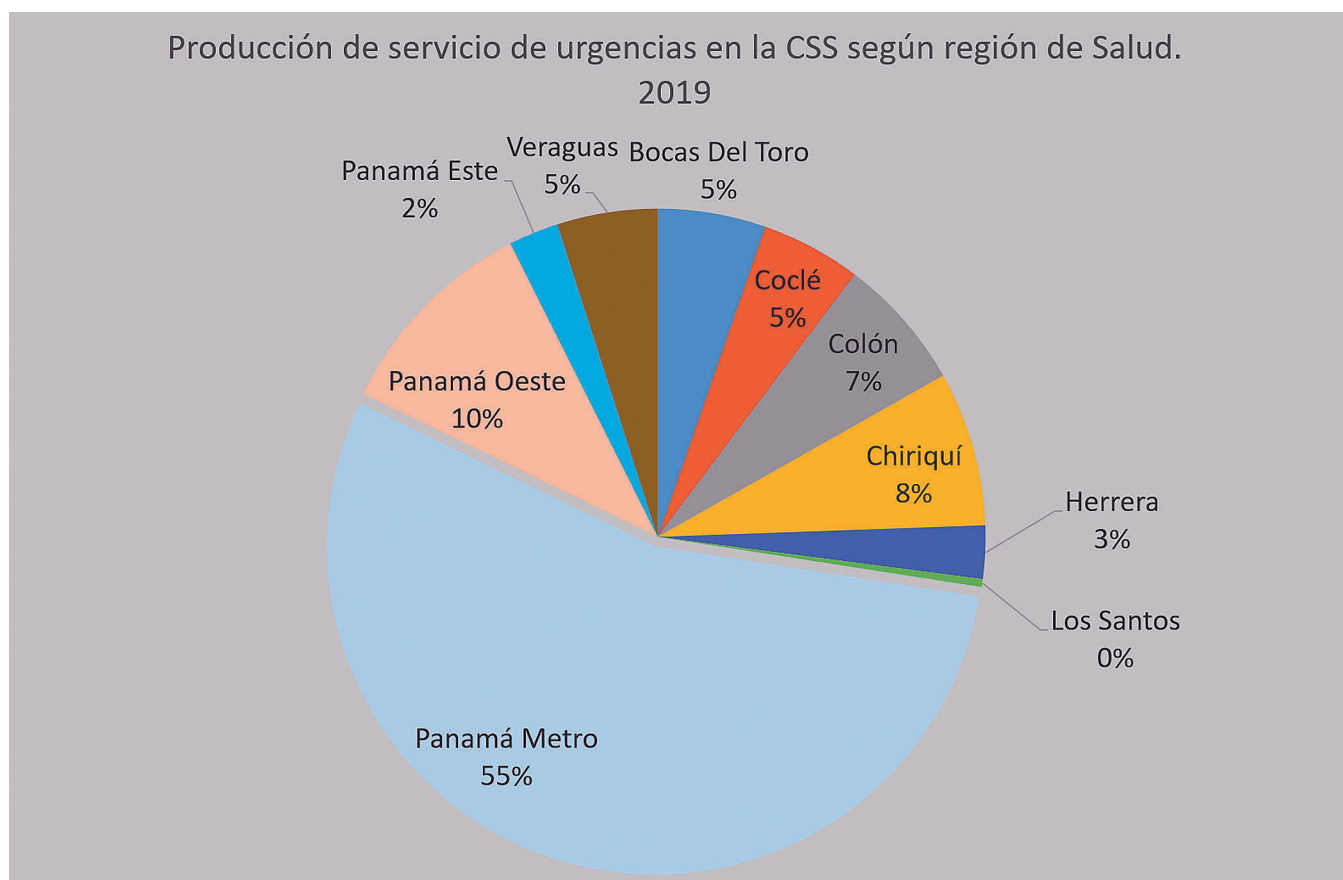
La CSS cuenta con 22 instalaciones a nivel nacional que ofrecen servicios de urgencias las 24 horas, 14 hospitales y 8 policlínicas. El resto de las policlínicas brindan atención entre 16 horas (5) y 12 horas (9) buscando descongestionar los cuartos de urgencias de hospitales cercanos. En el área de Las Tablas, se mantiene un horario de 7:00 am a 5:00 pm. Gráfica 16

El área metropolitana concentra más de la mitad de las atenciones de urgencias de la CSS en el país, seguido por Panamá Oeste y Chiriquí con 10% y 8 % del total, respectivamente. Es importante aclarar que la atención brindada en los cuartos de urgencias de las instalaciones de la CSS a excepción del área metropolitana, incluye personas no aseguradas.

La producción presentada toma en cuenta el número de consultas brindadas en el periodo enero–septiembre 2019 y no el número de personas, el cuál consideramos a continuación para el análisis de la morbilidad.

En el año 2019 se atendieron en el país cerca de 1, 038,115 personas en los cuartos de urgencias, los cuales se han agrupado en 210 diagnósticos y graficado los 10 más frecuentes. En su mayoría, estas afectaciones son prevenibles, como el caso de los traumatismos por accidentes de tránsito, accidentes en el hogar, y quemaduras, entre otros. Gráfica 21

GRÁFICA 21 SERVICIOS DE URGENCIA



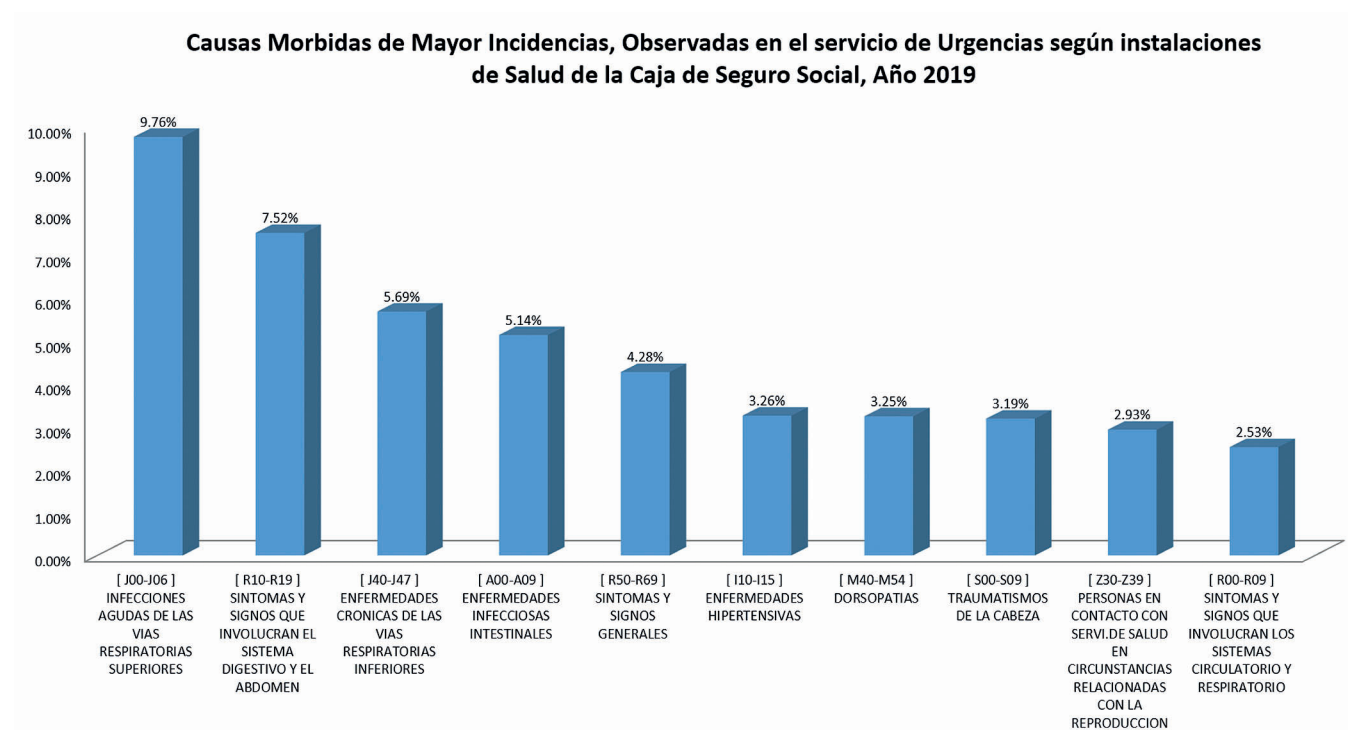
Fuente: Informes de Gestión, DENSYPs

Morbilidades más frecuentemente atendidas en los cuartos de urgencias

- Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores
- Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen
- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
- Enfermedades infecciosas intestinales
- Síntomas y signos generales
- Enfermedades hipertensivas
- Dorsopatias
- Traumatismos de la cabeza
- Personas en contacto con servicio de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción
- Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorio y respiratorio

GRÁFICA 22

CAUSAS DE MORBILIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS



Fuente: Informes de Gestión, DENSYPS

Es importante señalar que gran parte de las patologías atendidas en los distintos cuartos de urgencias pudieron ser atendidas de manera oportuna en las consultas externas por ser enfermedades comunes no complicadas o por ser enfermedades crónicas que ameritan controles periódicos y tratamiento constante para prevenir complicaciones o descompensaciones.

Los cuartos de urgencias son áreas destinadas a pacientes que necesitan atención médica inmediata, por presentar verdaderas emergencias médicas, es decir, que su condición de salud es grave o conlleva un riesgo para la vida. En ellas se puede tratar un trauma, tomar radiografías, realizar procedimientos quirúrgicos, y estabilizar o tratar otras situaciones producto de enfermedades crónicas. El buen uso de este servicio redundará en optimización de los recursos y en mejoras en la atención de los usuarios. A pesar de que se cuenta con un sistema de Clasificación de la atención o triage y del aumento de la oferta en la consulta dispensarial a nivel nacional, los cuartos de urgencias siguen siendo el sitio de atención de preferencia para resolver problemas de salud que pueden ser resueltos en consulta externa.

M. Salud Ocupacional

El Decreto de Gabinete No 68 de 1970 centraliza en la CSS la cobertura obligatoria de los Riesgos Profesionales para todos los trabajadores del Estado y de las Empresas Particulares que operan en la República de Panamá, existiendo en la institución la vertiente preventiva sanitaria y la vertiente prestacional.

La vertiente sanitaria es responsabilidad de la Dirección Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional en la CSS, es un proceso interdisciplinario cuyo propósito es brindar servicios de salud en forma integral a los trabajadores del sector público y privado, estableciendo las líneas para la gestión de riesgos laborales en las diferentes empresas de Panamá. Es un proceso que involucra el compromiso del empleador y de los trabajadores para sentar un marco de referencia para establecer condiciones y ambiente de trabajo óptimas y saludables, proteger la salud de los trabajadores, su calidad de vida, eliminar o reducir al mínimo la exposición a peligros en el trabajo, accidentes y enfermedades profesionales, verificar el cumplimiento de la ley, mejorar la productividad, competitividad y garantizar la sostenibilidad de las empresas y el progreso del país.

La salud ocupacional se enfoca en cuatro componentes, que se encuentran en un proceso de mejora continua, a saber:

- Promoción y prevención
- Atención
- Readaptación, reeducación y Reinserción laboral
- Prestaciones Económicas

Mediante el Sistema Informático de Gestión de la prevención de Riesgos Laborales SYSO/SIGPRL/SO/("Nano software"), herramienta diseñada y utilizada por los funcionarios de la CSS de Salud y Seguridad Ocupacional, mediante la cual se realiza la vigilancia de la salud de los trabajadores y de las condiciones y ambiente de trabajo a nivel nacional.

Se realizan inspecciones a las empresas a lo largo y ancho del país, con la herramienta informática precitada, se forman e implementan los Comité de Salud y Seguridad, Capacitaciones, Vigilancia de la Salud de los trabajadores. Valoración del daño, rehabilitación y readaptación para la reinserción laboral.

Las consultas en salud ocupacional durante el año 2019 fueron de 50,365 y en el 2020 de 47,296, con una disminución atribuible a la pandemia del COVID-19. Las inspecciones a empresas fueron de 4,900 y se han capacitado 6,000 trabajadores en temas de prevención de riesgos, buenas prácticas preventivas frente al COVID-19, fomentos de la salud mental, entre otros, se han formado 449 Comités de Salud, Seguridad y COVID-19.

Actualmente están en revisión y actualización el marco legal, y la propuesta de desarrollo de Laboratorio de Higiene, Centros Especializados de Diagnóstico de Medicina del Trabajo y Módulos de Readaptación y Reinserción Laboral. Igualmente, en desarrollo la Baremología, las propuestas de nuevas fases del Sistema Informático de Gestión de la prevención de Riesgos Laborales que comprenden el Sistema Integrado de Información y comunicación de la Salud de los Trabajadores (SIICSAT) y el Sistema de Gestión de Clasificación de empresas (SGCE), entre otros.

N. Salud Bucal

El Servicio de salud bucal se ofrece en 60 instalaciones de salud, distribuidos en los tres niveles de atención, (8 CAPPs, 13 ULAPS, 26 Policlínicas y en 13 de los hospitales de la red de la CSS), con 252 sillones dentales a nivel nacional, adicionalmente se cuenta con 50 sillones en las Clínicas Satélites de instituciones gubernamentales y escuelas responsabilidad de la CSS. El servicio se brinda mediante una amplia cartera de servicios que incluye actividades de promoción, prevención, atención y las principales especialidades odontológicas, con programas como: Bebé Clínica, Escolar, Maternal, Salud de Adulto, 3° Edad y SADI

El Recurso Humano está conformado por 441 odontólogos generales, 53 odontólogos especialistas (cirugía maxilofacial, periodoncia, odontopediatría, endodoncia, radiología dentomaxilofacial, medicina bucal) y 449 técnicas en asistencia odontológica.

Las principales morbilidades atendidas en los servicios de salud bucal son:

- Caries dental (K02)
- Calculo dental supra y subgingival (K03.6)
- Gingivitis (K05)
- Anomalías de la posición del diente (K07.3)
- Necrosis de la pulpa (K04.1)

Durante la pandemia de la COVID-19 los odontólogos de la CSS continuaron con la atención de urgencias, asesoría y docencias odontológicas y participaron en los equipos de trazabilidad y respuesta rápida, en la toma de hisopado intra y extramuro, además del monitoreo de la correcta aplicación de las normas de bioseguridad.

PROGRAMA DE BEBÉ CLÍNICA

Es una estrategia que toma como fundamento el modelo de atención primaria para ofertar servicios oportunos, seguros y de comprobada eficacia mediante una atención odontológica integral basada en la práctica de actividades de educación, promoción, prevención y atención, priorizando la población menor de 6 años. Con la implementación de cada una de estas acciones, no solo se logra disminuir los índices de incidencia y prevalencia de las diferentes patologías dentobucuales, sino también mantener la salud bucal a través de toda la vida del individuo, para alcanzar la visión de personas libres de caries.

O. Gestión de Medicamentos

Es una de las áreas que se percibe como de importancia primordial y su desabastecimiento sin embargo, es un problema de vieja data que ha repercutido en la insatisfacción de la población asegurada y que tiene causas externas e internas de la institución.

Entre las externas tenemos el común incumplimiento en la entrega de los medicamentos e insumos, fallas farmacéuticas, renovación de registro sanitario, resolución administrativa, y renuncia al renglón, revela un informe de gestión de las direcciones nacionales de Compra y Logística.

Los proveedores no participan de los actos y quedan desiertos o no cumplen los requisitos que se solicita en Farmacias y Drogas del MINSA. Adicionalmente muchas proveedoras aplican y después piden prórrogas, porque aplican, ganan la licitación y después no tienen el medicamento. Existe irresponsabilidad por parte de algunos distribuidores y proveedores, los cuales no entregan los productos a tiempo a la entidad y no actualizan sus registros sanitarios en la Dirección de Farmacias y Drogas del MINSA.

Adicionalmente también existe abuso entre los proveedores que presentan reclamos cuando no son favorecidos durante las licitaciones para comprar medicinas, ya que eso retrasa la compra de los medicamentos en la CSS. En ocasiones los distribuidores utilizan hasta las tres prórrogas que les permite la normativa para entregar el producto.

Entre las internas se encuentran los procesos de compras de medicamentos, con excesivos procesos burocráticos, los procesos a través del Trámite Usual y de Precio Único, acto público, los trámites de compra y la ineficiencia de algunos funcionarios.

Sin embargo, el problema es multifactorial, ya que por ejemplo las normas como la Ley 1 de medicamentos [del 10 de enero de 2001] no hace que el proceso sea ágil, parece favorecer al proveedor y por otro lado está el gran negocio que representa el comercio de las medicinas, no solo en Panamá, sino en el mundo:

- Falta de actualización y modificaciones necesarias a la ley que permitan poder comprar directamente a los laboratorios fabricante.
- Poca automatización de los procesos para agilizar la documentación.

- El capital humano no idóneo y sin sentido de pertenencia.
- Tiempo de prorroga que permitan al proveedor solicitar más de dos veces.
- Falta de actualización de registro sanitario, certificados de intercambiabilidad por los proveedores.
- Falta de exposición de históricos de precios por los diferentes tipos de compras en la institución.
- Pocos proveedores en algunos renglones de medicamentos lo que ocasiona que los actos públicos queden desiertos o que las ofertas presentadas sean onerosas y no atractiva para la CSS.
- Falta de modernización y ampliación de los servicios informáticos a los usuarios que faciliten la tramitación con trazabilidad instantánea desde APP o IA.
- Falta de compatibilidad de los softwares adquiridos en diversas administraciones, lo que, dispersa los datos y no haya una fuente única en la cual, se pueda consultar.
- Falta de adquisición de módulos o interfases para los softwares.
- Retraso de pagos a los proveedores por faltas administrativas en el proceso de adquisición de bienes, equipos, inversiones y materiales varios.
- Gasto elevado en productos medicinales y el gran volumen de medicamentos dispensados a nivel nacional, sin una evaluación de la demanda no satisfecha y medicamentos agotados, para así determinar los posibles gastos agregados en los que incide el asegurado al no recibir los medicamentos.

También se evidencia un inadecuado método de recepción física y administrativa de medicamentos, lo que genera demora en los registros de los informes de recepción y la facturación de salida, con información desactualizada de la historia de consumo, precio de referencia, tiempo de abastecimiento, para la generación oportuna de los pedidos, generándose demora en los flujos de trabajo documental.

La falta de premura en la autorización de los asuntos presupuestarios y supervisión en la gestión presupuestaria, para que se realicen en el momento que se requieran las autorizaciones correspondientes, es otro de los factores que limitan una gestión adecuada.

XIV. GESTIÓN DE LA CALIDAD

A. Acreditación de hospitales

El aumento de la población y el consecuente incremento de la demanda dificultan la entrega del servicio a la población asegurada, que en muchas ocasiones debe esperar meses para recibir una atención de hospitalización y quirúrgica. Es por ello que se evidencia la necesidad de realizar importantes cambios en la organización de la red de hospitales de la CSS y es por lo tanto, se ha iniciado un proceso de acreditación que por el momento incluye 8 de los principales hospitales.

La estrategia de lograr acreditar todas las instalaciones sanitarias de la CSS, de acuerdo a los estándares óptimos de funcionamiento, que evalúan las mejores empresas internacionales que se dedican a esta tarea, sin duda constituye un hito en nuestra historia, jamás emprendido desde su fundación en 1941.

La acreditación hospitalaria se promueve como un medio para que los hospitales demuestren calidad y seguridad y como un medio para garantizar que el hospital satisface un conjunto de requerimientos nacionales o internacionales ampliamente aceptados.

Para el desarrollo de la acreditación ha sido necesario definir los perfiles de cada hospital, identificar su diagnóstico situacional mediante el análisis de brechas, entre la situación inicial y la deseada y la ejecución de un estricto cronograma de respuestas y soluciones concretas a las deficiencias y problemas encontrados en el que se encuentran actualmente 8 hospitales de la red de servicios de la CSS, con la participación comprometida y entusiasta de todos los colaboradores que componen cada una de las instalaciones hospitalarias y los equipos responsables de la acreditación de las mismas.

Se organizan en tres áreas esenciales de intervención, la médica, enfermería y administrativa mediante instrumentos objetivos, el perfil de cada hospital, definir su situación inicial en relación con estándares e indicadores previamente establecidos y probados a nivel internacional y nacional, para luego proceder a planear todas las intervenciones de sensibilización, capacitación, normalización y puesta en marcha de los correctivos pertinentes en cada uno de los procesos, en los cuales se ha desarrollado un análisis de brechas.

Mediante estas evaluaciones programadas la instalación se vaya acercando hasta completar el nivel de más del 90% de los indicadores señalados para lograr su óptimo funcionamiento. Todo esto en un período no mayor a 18 meses. Esto sin duda permitirá la satisfacción plena de los usuarios y colaboradores de los diferentes programas fundamentales y el ahorro sustancial de los recursos con los que disponemos para realizar nuestras tareas y actividades, al poder hacerlo, ahora, con una máxima eficiencia, calidad y calidez.

La acreditación se realiza en 8 hospitales que contienen 2,097 camas del total de 2,871 que componen la totalidad institucional, representando un 73.04%. Estos hospitales también contienen 63 de los 90 quirófanos que posee la red de servicios a nivel nacional, representando el 70% de ellos:

1. Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado, Herrera.
2. Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, Panamá.
3. Hospital “Irma De Lourdes Tzanetatos”, Tocumen.
4. Hospital “Dra. Susana Jones”, San Miguelito.
5. Hospital De Esp. Pediátricas “Omar Torrijos Herrera”, Panamá.
6. Hospital De Chepo, Panamá Este.
7. Centro Especializado Rafael Hernández, Chiriquí.
8. Hospital “Dr. Rafael Estévez”, Coclé.

1. DESARROLLO DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

La gestión hospitalaria implica optimizar continuamente lo que ya existe e incorporar cambios que lleven a niveles superiores de calidad. La institución cuenta con 15 hospitales de los cuales 8 se encuentran en diferentes fases de acreditación para evaluar y optimizar:

- El desempeño de todos los profesionales, técnicos y administrativos en sus diversas tareas y funciones.
- Mejorar la accesibilidad funcional, geográfica y temporal a los servicios que se prestan.
- Incrementar la equidad, eficiencia, eficacia y efectividad de todos los sistemas operativos en el área médica-sanitaria, enfermería y administrativos.
- Asegurar la continuidad y sostenibilidad financiera de la institución para asegurar su misión y visión.

Se han contemplado las 4 fases para el desarrollo del proceso de acreditación: Figura 6

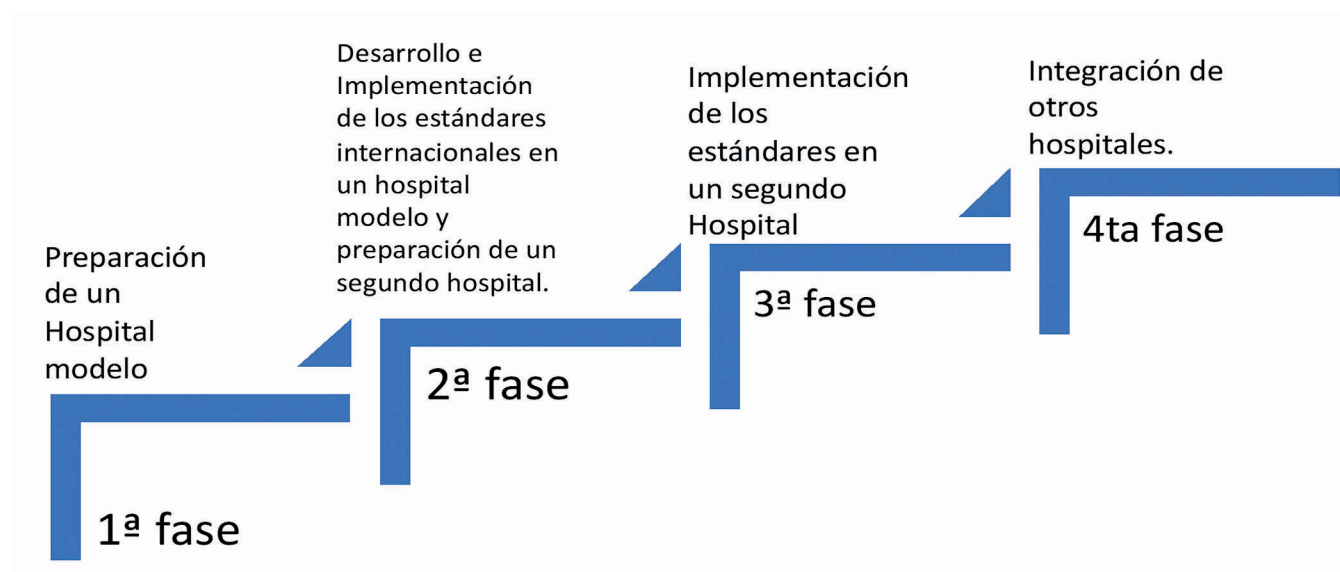
Fase 1: Preparación de un hospital modelo

Fase 2: Desarrollo e implementación de estándares internacionales en el hospital modelo y segundo hospital.

Fase 3: Implementación de estándares internacionales en el segundo hospital.

Fase 4: Integración del resto de los hospitales programados.

FIGURA 6 FASES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN



Fuente: Informes del Proceso de Acreditación de Hospitales, DENSYPS

Las variables que se evalúan el proceso de acreditación de los 8 hospitales son:

- Metas Internacionales.
- Acceso y continuidad de la atención.
- Derechos del paciente y la familia.
- Evaluación del paciente.
- Cuidado del paciente.
- Cuidado de la anestesia y la sedación.
- Manejo y uso de medicamentos.
- Educación del paciente y la familia.
- Calidad y seguridad del paciente.
- Prevención y control de infecciones.
- Gobierno, Liderazgo y Dirección.
- Gestión y seguridad de la instalación.
- Calificación y gestión del personal.
- Manejo de la información.

El desarrollo de la acreditación en los hospitales definidos presenta un avance de entre 5 y 10%, y de un 80% en el Hospital "Dr. Gustavo Nelson Collado.

Inicialmente se realizaron reuniones de motivación con las autoridades directivas y jefes de los diferentes departamentos y secciones de las diferentes áreas y se eligió un coordinador o líder del proceso de acreditación en cada una de las instalaciones hospitalarias y sus tres colaboradores responsables del área médica, enfermería y administrativa.

Se conformaron los diferentes comités de calidad adicionales al ya conformado en el Hospital "Dr. Gustavo Nelson Collado", que fue el primer hospital en desarrollar el proceso de acreditación en Panamá. Todos los comités de calidad fueron evaluados por la empresa FARMA, con el firme propósito de ofrecer a la población instalaciones con altos estándares, garantizando una óptima calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, familiares y funcionarios.

Se definió el perfil de cada hospital, su diagnóstico situacional o análisis de brechas de cada, con relación a los estándares e indicadores que servirán como instrumentos de la evaluación de la entidad internacional para el logro de la acreditación.

B. Satisfacción de los usuarios

La satisfacción del usuario expresa el valor subjetivo de la atención recibida, es un factor de gran impacto para conocer de primera mano, la percepción que la población asegurada tienen sobre los diferentes factores que definen la calidad del servicio, siendo una información relevante a los profesionales, gestores y administradores al momento de tomar decisiones de mejoramiento y eficiencia.

Con la aplicación de las encuestas se evalúa el grado de satisfacción de la atención a la población asegurada, mediante elementos propios tales como: la actitud, atención, servicio y disposición del personal, la cordialidad, competencia, disposición y conocimientos del personal de salud, oportunidad y coherencia en el tiempo de respuesta a la atención, trámites e información, calidad de las instalaciones físicas, equipos médicos y el servicio en general.

Actualmente, para facilitar y extender su aplicación se está desarrollando, un modelo de encuestas de consumo masivo por medio de la utilización del código QR (del inglés Quick Response code, código de respuesta rápida) es la evolución del código de barras. Es un módulo para almacenar información en una matriz de puntos o en un código de barras bidimensional. Presenta tres cuadrados en las esquinas que permiten detectar la posición del código al lector, con lo que el usuario por medio de su celular u otro dispositivo electrónico, podrán contestar las encuestas de satisfacción desde cualquier punto donde se encuentre.

El Código QR se encuentra en la etapa de revisión de formularios y la creación de tablas con variables, una vez finalizado este proceso se procederá a la capacitación de los inspectores, con el uso de esta aplicación se reducirá el tiempo, costos y se tendrá resultados más oportunos para la adecuada toma de decisiones:

- Ahorro de tiempo simplemente necesitas escanear el código QR
- Almacenas la información, para tener una referencia futura
- Garantizas la seguridad de la información
- Evita el intercambio de papeles. Solo necesitas utilizar tu propio dispositivo móvil, a una distancia social segura
- Ahorro de recursos de funcionamiento
- Información que se genera es oportuna, con resultados inmediatos.

1. RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ENCUESTAS POR SERVICIOS

La CSS, realiza regularmente la evaluación de la satisfacción del usuario con diferentes tipos de encuesta según diferentes servicios, y se realiza a la población asegurada que asiste a recibir servicios, con el objetivo medir y evaluar la atención y servicios que ofrece la institución y valorar el desempeño institucional y el cumplimiento de objetivos y metas, los cuales ayudan a identificar la problemática en los servicios que presta la Institución:

1. Laboratorio
2. Cita Única
3. Farmacia
4. Hospitalización
5. Urgencia
6. Consulta Externa
7. APS
8. Hemodiálisis
9. Centro de Contacto
10. Trasplante C.H.D.A.A.M.

A nivel nacional, el grado de insatisfacción de los usuarios tiene un promedio del 87 %, esto indica que los usuarios tienen una visión positiva de la institución. Cuadro 23

CUADRO 23

PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LAS ENCUESTAS APLICADAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2021

ENCUESTAS	Muestra	% de Satisfacción
Encuestas de Satisfacción al Usuario en el Servicio de Hemodiálisis	370	90%
Encuesta de Satisfacción del Programa de Cita Única	1,206	92%
Encuesta de Satisfacción en el Servicio de Laboratorio.	887	90%
Encuesta de Satisfacción en el Servicio de Urgencias	1679	72%
Encuesta a Usuarios de la Consulta Externa.	1760	82%
Encuesta de Satisfacción a los colaboradores que utilizan el transporte que les brinda la Institución	395	100%
Encuestas de Satisfacción al Usuario en el Servicio de Hemodiálisis en Metro 1, Metro 2 y el Hospital Susana Jones cano	278	79%
Encuesta Telefónica a los pacientes que han recibido sus medicamentos por parte del servicio a domicilio que está brindado la CSS	702	91%

Fuente: Informes del Proceso de Acreditación de Hospitales, DENSYPS

Se presentan resultados en dos de los principales servicios que se están realizando y de los cuales la población asegurada mantiene mayor expectativa.

Hemodiálisis: En el 78 % de las unidades de hemodiálisis, los pacientes atendidos se encontraban satisfechos de su atención entre el 88 y el 100%, solo un 21% de las unidades presentaron una atención por debajo del 73%.

Cita única: El modelo de Cita Única es una estrategia nueva, por lo tanto su implantación ameritaba un análisis de satisfacción. El Promedio de Satisfacción en el área Metropolitana fue de muy satisfecho es de 22.67%, de satisfacción de 71.14% y de insatisfacción del 6% en comparación con el Interior que goza de un 11.29% de muy satisfecho, 82.3% de satisfecho y de insatisfacción de 9%.

En el área del Interior el porcentaje de insatisfacción más alto es del 16% proveniente de la Policlínica San Juan de Dios (La Villa), siguiendo la Policlínica Dr. Miguel Cárdenas con un 12% y en el área Metropolitana la Policlínica Don Alejandro De la Guardia con un 12%, que sería bueno buscar cómo mejorar el Programa en estas unidades ejecutoras.

Los pacientes entrevistados, manifiestan que esta iniciativa, se replique en todas la unidades ejecutoras a nivel nacional, para así evitar la mora en la atención.

XV. SITUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN ASEGURADA

A. Enfermedades Crónicas, principal preocupación

Las enfermedades crónicas constituyen la mayor epidemia del siglo XXI y nos imponen la tarea de re direccionar las acciones de salud hacia una prevención primaria efectiva que llegue a los hogares panameños, que puede significar grandes cambios en la dieta y cultura del panameño.

Para la CSS ya es un reto el mejorar el abastecimiento de los medicamentos e insumos para los enfermos crónicos, pero este reto no podría ser superado si no empezamos por disminuir la incidencia, principalmente de las enfermedades crónicas prevenibles, actuando desde la infancia y vigilando los factores de riesgo.

El porcentaje de diagnósticos de enfermedades crónicas por provincia o comarca es preocupante, gran porcentaje de los diagnósticos corresponden a dichos padecimientos, lo que incurre en grandes gastos en atención, medicamentos y manejo de las complicaciones.

El tratamiento efectivo de estas patologías incluye la educación del paciente y de sus familiares para complementar de manera integral todos los servicios brindados por la CSS.

Entre las principales enfermedades crónicas que afectan a los asegurados se pueden destacar: Cuadro 24

- Hipertensión
- Diabetes mellitus
- Dislipidemia
- Obesidad
- Enfermedad renal

CUADRO 24 PORCENTAJE SEGÚN DIAGNÓSTICOS Y REGIÓN

PORCENTAJE SEGÚN DIAGNOSTICO Y REGION						
	HTA	DM	DISLIPIDEMIA	OBESIDAD	ENF RENAL	OTROS/DIAG
PANAMA	26.89%	22.43%	39.63%	48.39%	8.96%	28.11%
BOCAS DEL TORO	17.98%	16.11%	33.00%	45.34%	6.63%	21.22%
CHIRIQUI	26.48%	17.98%	36.01%	43.00%	5.82%	24.36%
PANAMA OESTE	23.57%	15.64%	31.59%	42.36%	5.94%	21.54%
PANAMA ESTE	14.22%	13.40%	19.89%	26.96%	6.36%	19.34%
SAN MIGUELITO	24.65%	17.63%	35.31%	46.33%	7.56%	16.34%
HERRERA	21.32%	14.96%	23.46%	28.63%	4.26%	18.92%
LOS SANTOS	19.24%	13.63%	22.36%	27.56%	3.92%	19.78%
VERAGUAS	22.36%	13.89%	26.87%	31.87%	4.13%	21.35%
COLON	26.57%	16.34%	32.67%	43.58%	6.89%	26.33%
DARIEN	19.60%	11.23%	25.63%	34.65%	4.24%	11.23%
COMARCAS	18.89%	11.48%	24.89%	36.36%	4.33%	12.00%

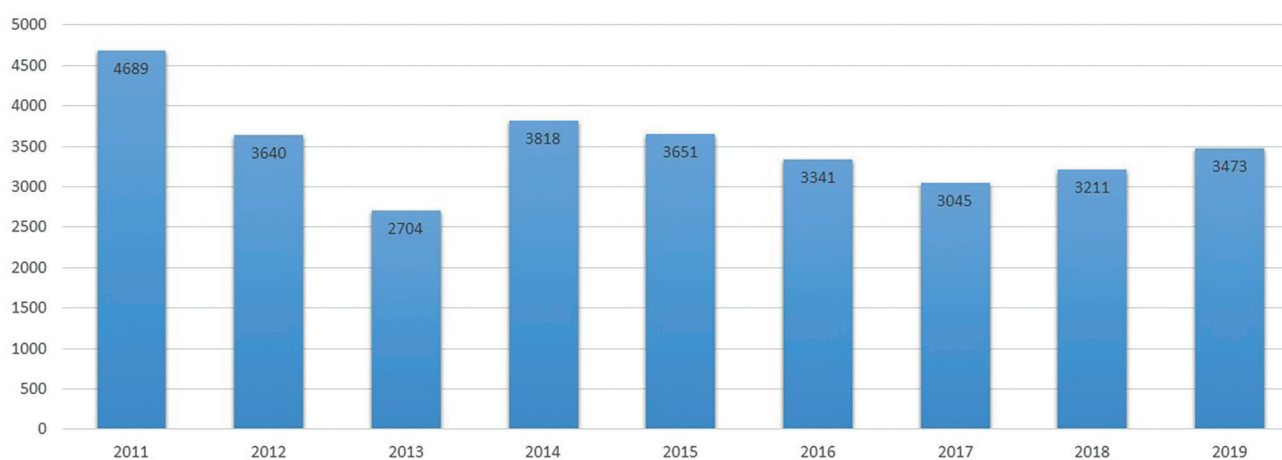
Fuente: Informes de Gestión de Unidades Ejecutoras, DENSYPSS

DIABETES MELLITUS

Cada año en la CSS se diagnostican más de 3 mil casos nuevos de Diabetes Mellitus, predominantemente de sexo femenino. El área metropolitana y cercanías muestran una mayor prevalencia. Desde el 2011 la incidencia de diabetes Mellitus diagnosticada en la CSS ha mantenido una tendencia a la disminución, sin embargo, sigue siendo una de las patologías mayormente demandante de recursos y que desde el punto de vista humano acarrea pérdidas significativas al ocupar un quinto lugar en las principales tasas de mortalidad del país. Gráfica 23

GRÁFICA 23 CASOS NUEVOS DE DIABETES MELLITUS EN LAS INSTALACIONES DE LA CSS POR AÑO: 2011-2019

CASOS NUEVOS DE DIABETES MELLITUS EN LAS INSTALACIONES DE LA CSS POR AÑO: 2011-2019



Fuente: Informes de Gestión de Unidades Ejecutoras, DENSYPSS

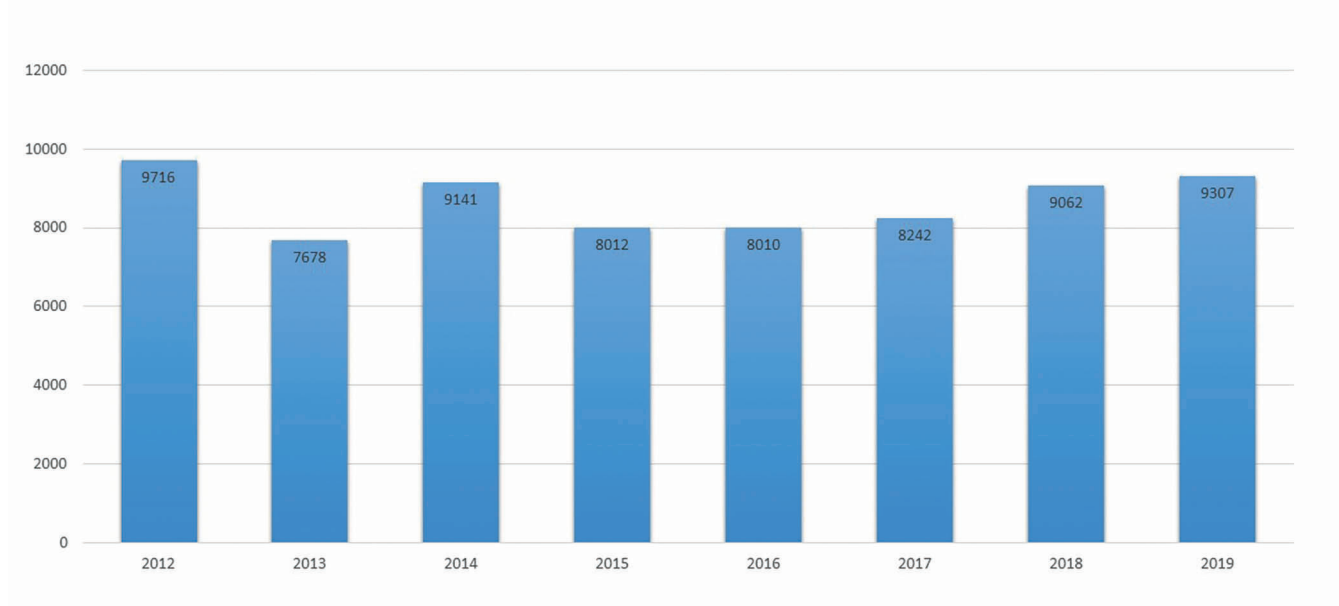
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La demanda de atención causada por la hipertensión arterial tanto directa como indirecta es para la CSS uno de los más grandes retos en la gestión. En el periodo 2012-2019 se diagnosticaron 69,232 a razón de 9 mil pacientes cada año. Datos del 2019, respecto a la atención a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, reflejan que el 75% fueron mujeres.

GRÁFICA 24

CASOS NUEVOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LAS INSTALACIONES DE LA CSS POR AÑO: 2012-2019

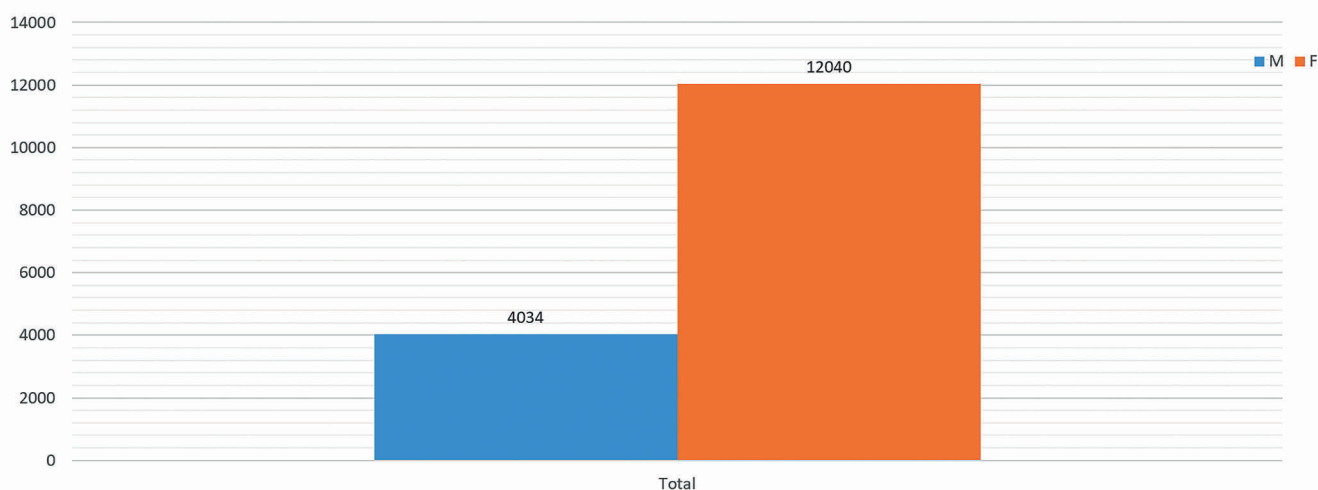
CASOS NUEVOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LAS INSTALACIONES DE LA CSS POR AÑO: 2012-2019



Fuente: Informes de Gestión de Unidades Ejecutoras, DENSYP

El tratamiento de la hipertensión actualmente está pensado para dar respuesta farmacológica a cerca de 175 mil individuos, estos incluyen pacientes asegurados que son atendidos y diagnosticados en otras instituciones pero que al momento de buscar medicamentos lo hacen en la CSS. Adicionalmente, muchos pacientes han mostrado baja adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos y son propensos a sufrir complicaciones que conllevan a deterioro de su estado de salud y acarrea incapacidades, hospitalizaciones, e inclusive pensiones temporales o permanentes aumentando aún más el costo de esta enfermedad. Las estrategias de prevención temprana serán las mejores herramientas para enfrentar una epidemia que no se cura con vacunas. Gráfica 25

Número de Pacientes Asegurados con Diagnósticos de hipertensión arterial por sexo, según Región. 2019



Fuente: Informes de Gestión de Unidades Ejecutoras, DENSYPS

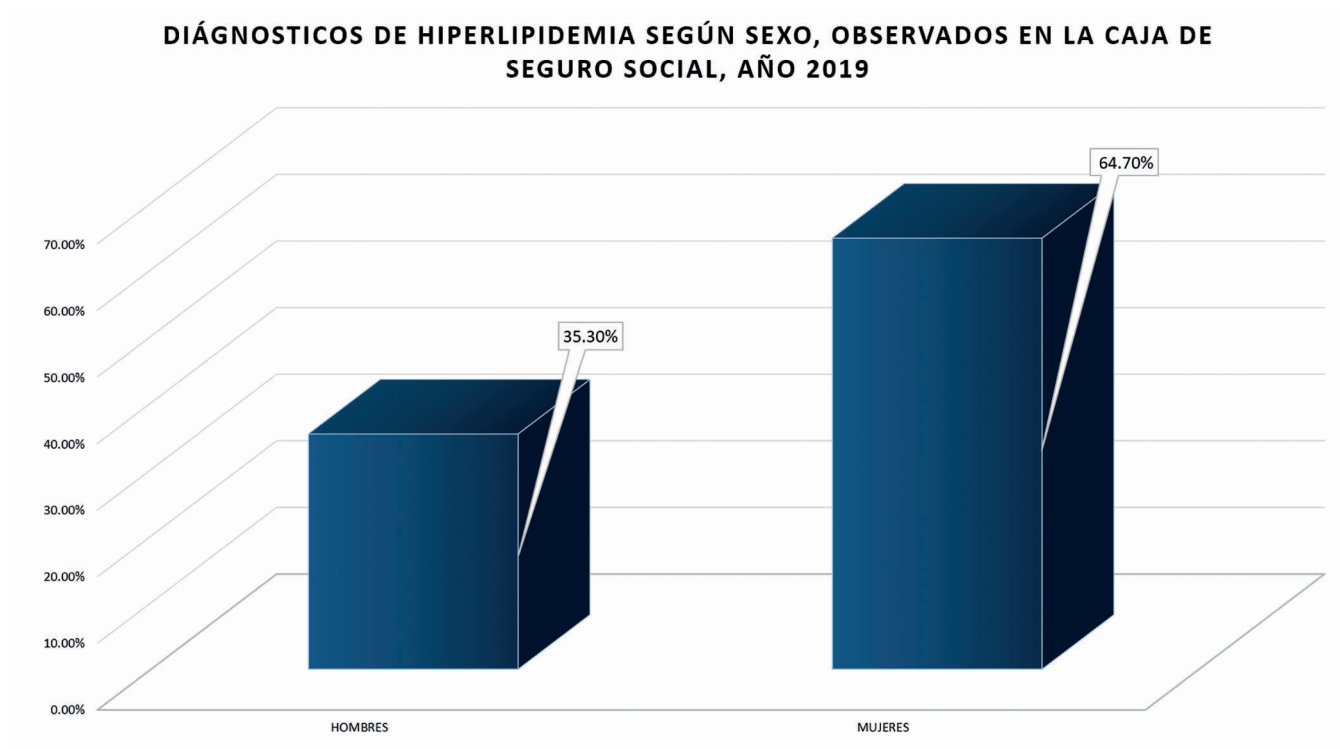
DISLIPIDEMIAS

Los histogramas anexo representan el comportamiento de usuarios según diagnóstico de hiperlipidemia, donde el 64.7% se acentúa en la población de féminas, donde el grupo de edad de mayor incidencia se canaliza en 60 y + representado el 51.89%, seguida del 25.61% en el grupo de 50 a 59 años y un 14.60% en 40 a 49 años, importante enunciar que la población < de 25 años ilustra un crecimiento en este factor.

Entre las categorías del precitado diagnóstico la E78.2 (Hiperlipidemia Mixta) pondera el 58.6%, mayor valor dentro las categorías. Gráfica 26

Las Dislipidemias por sí misma no suelen causar síntomas, pero ocasionan enfermedad vascular a nivel del corazón, del cerebro y de sistema arterial periférico. Las consecuencias de cursar con Dislipidemias son un verdadero problema de salud pública que si se combina con alguna otra enfermedad crónica trae consigo largos periodos de incapacidad hasta desenlaces fatales.

GRAFICA 26 DIAGNÓSTICOS DE HIPERLIPIDEMIAS, SEGÚN SEXO, CSS, 2019



Fuente: Informes de Gestión de Unidades Ejecutoras, DENSYP

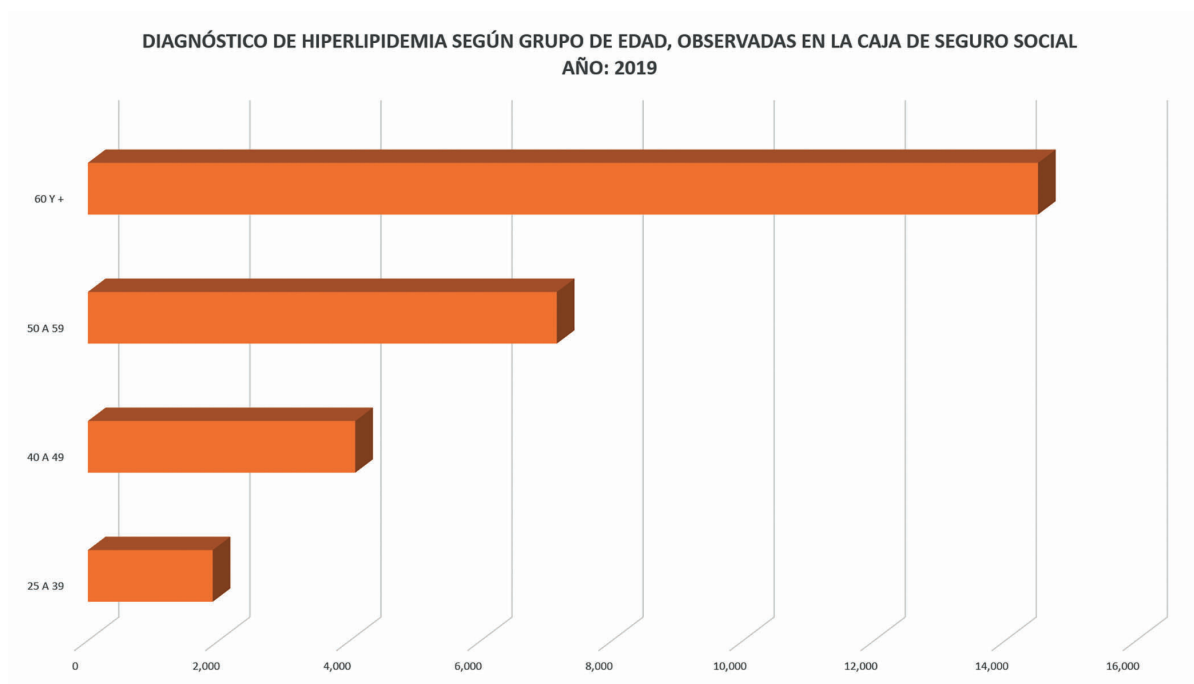
GRAFICA 27 DIAGNÓSTICOS DE HIPERLIPIDEMIAS, SEGÚN TIPO, CSS, 2019



Fuente: Informes de Gestión de Unidades Ejecutoras, DENSYP

Siendo estas condiciones de salud, en su mayoría prevenibles por estar asociadas a estilo de vida y de alimentación, es mandatorio que las intervenciones de la CSS para su control se fortalezcan desde la promoción y sean parte fundamental de los objetivos en la atención primaria de salud.

GRAFICA 28 DIAGNÓSTICOS DE HIPERLIPIDEMIAS, SEGÚN EDAD, CSS, 2019



Fuente: Informes de Gestión, DENSYPS

Las edades en las que se empiezan a detectar las Dislipidemias son cada vez más tempranas y su origen en estos grupos no necesariamente responde a factores genéticos sino a los cambios que la sociedad ha experimentado en los últimos años respecto a la actividad física y la alimentación desde la infancia.

ENFERMEDAD RENAL

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un serio problema de salud pública global, se ha caracterizado por su incidencia y prevalencia creciente en la población general, afectando la calidad de vida y causando discapacidad y dependencia a quien la padece y a sus familiares. Conlleva a incapacidad y pensión por enfermedad a población en edad productiva, elevando el costo de los servicios de salud, la pensión en general permanente y en el peor de los casos, asociada a una mortalidad prematura con consecuentes subsidios a sobrevivientes.

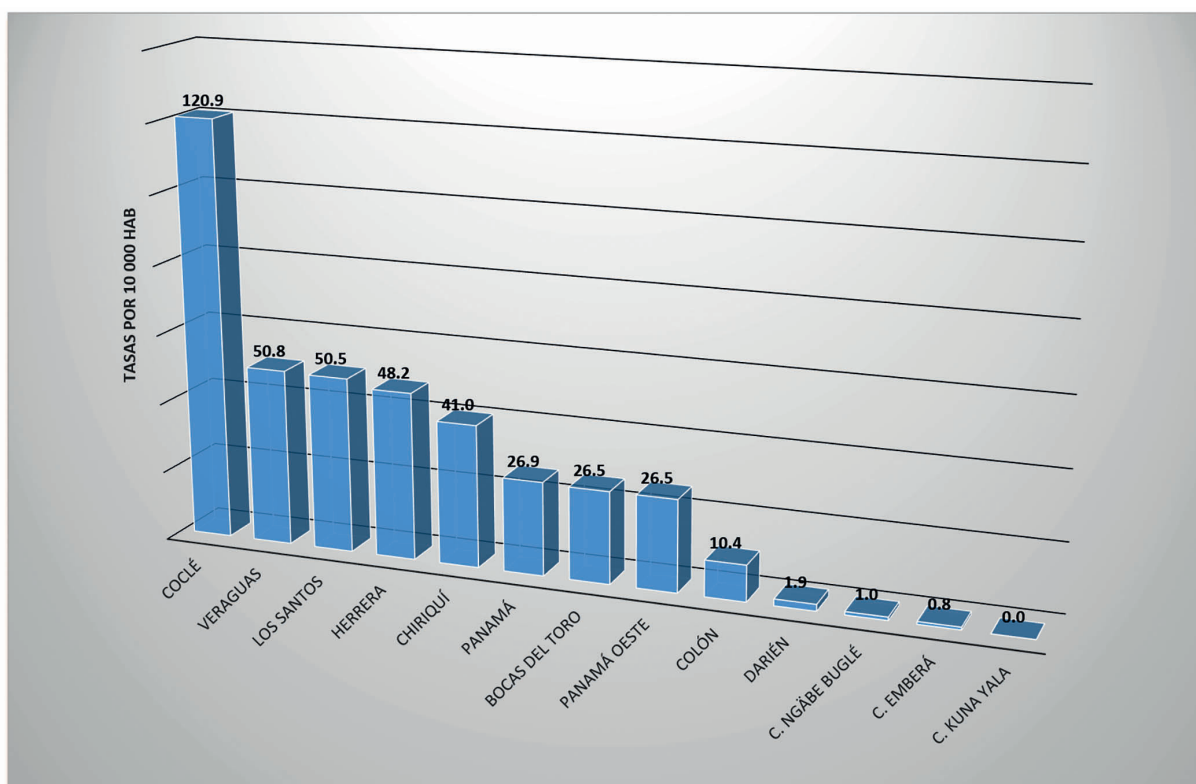
La enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. Siendo una enfermedad progresiva y silenciosa, la detección ocurre en etapas avanzadas con pocas alternativas para el manejo: el trasplante de riñón (altamente invasivo y costoso), la hemodiálisis (menos invasivo pero con cuidado costosos tanto para el paciente como para el sistema de salud) y la diálisis peritoneal (manual o por cicladora).

Los casos se concentran en la costa del Pacífico y se asocian a diversos factores como tóxicos ambientales (probablemente agroquímicos) y ocupacionales (inadecuada higiene laboral en condiciones de altas temperaturas y sin suficiente ingesta de agua), y también hábitos nocivos como la ingesta de polifarmacia no adecuada o medicamentos nefrotóxicos, especialmente de antiinflamatorios no esteroideos (diclofenaco, naproxeno, ibuprofeno, entre otros).

Este aumento trae consigo, que a muchos países se les dificulte enfrentar este problema de salud, algunos carecen de recursos suficientes para adquirir los equipos, otros con la limitante del recurso humano especializado necesario para cubrir las necesidades.

En Panamá, según información presentada en la Reunión del Grupo Interinstitucional de ERCnt, entre los años 2007-2013, prácticamente se ha duplicado la población en diálisis. Estos pacientes están distribuidos en todo el país; especialmente en las provincias centrales, donde se registran focos con alta prevalencia de pacientes renales, haciendo énfasis en la provincia de Coclé.

GRAFICA 29 TASA DE PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA POR PROVINCIAS. CSS, PANAMÁ. 2019



Fuente: Informes de Gestión, DENSYPs

La prevención es posible cuando se atiende de manera oportuna la causa que la desencadena, esto es posible si esta causa es determinada o conocida, por ejemplo: asociada a diabetes e hipertensión, pero es mucho más complicado cuando no se establece relación con alguna enfermedad crónica primaria. En los últimos años se ha encontrado en Centroamérica que el número creciente de casos de enfermedad renal crónica, que no tienen relación con enfermedad crónica, tiene predominio en hombres jóvenes en particular en trabajadores del campo que viven en comunidades agrícolas de menores recursos.

XVI. CONVENIOS QUE MANTIENE LA CSS

A. Con Organismos Internacionales de Seguridad Social

La CSS ha sido participe de los acuerdos de entendimiento con los organismos internacionales en temas de seguridad social, efectuando alianzas que permiten incorporar una dinámica de trabajo enmarcada dentro de las políticas y estrategias de desarrollo del país, dentro del contexto internacional. Por tal razón, se considera necesario contar con un análisis de la relación costo-beneficio con estos organismos, para validar a través del tiempo el valor agregado, esto permitirá precisar información útil para evaluar y determinar el alcance de los resultados generados de las ofertas académicas, de los organismos internacionales ajustados a nuestras necesidades y entorno, que priman en la gestión de esta entidad y que a su vez recomienden dentro de lo posible medidas que favorezcan al país.

Este conjunto de actividades están encaminadas a contribuir con la función principal de la institución, bajo parámetros de eficiencia y eficacia hacia el logro de grandes metas en cuanto a seguridad social.

Hasta el momento la CSS es miembro activo de 4 organismos internacionales de seguridad social, a saber: Cuadro 25

- Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), sede Ginebra, Suiza.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social, (OISS), sede Madrid España.
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS/CIESS), sede México.
- Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana, (CISSCAD), sede Guatemala.

CUADRO 25 MEMBRESÍA ANUAL DE ORGANISMOS INTERNACIONALES AÑO 2021

ORGANISMOS INTERNACIONALES			
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (AISS)	ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL (OISS)	CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL (CISS)	CONSEJO DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA (CISSCAD)
Cuota Anual 2021	Cuota Anual 2021	Cuota Anual 2021	Cuota Anual 2021
B/.16,982.87	B/.5,000.00	B/.10,956.00	B/.3,000.00
TOTAL DE CUOTA ANUAL 2021 A ORGANISMOS INTERNACIONALES			
B/.35,938.87			

Fuente:: DINAP, 2021

En lo relativo a la Cooperación Técnica Internacional, específicamente con organismos especializados en seguridad social, la CSS, inició de manera formal desde el año 1942, cuando se adhirió a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), seguidamente, en 1953, se afilió a la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) y en ese mismo año, a la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). En 1970 es signataria del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), aun cuando el ente regulador en esta materia en el país es el MINSA. Igualmente se une al desarrollo y fortalecimiento de integración subregional, articuló sus acciones al Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centro América y República Dominicana (CISSCAD) en el año 1992; además, ha mantenido relaciones con otros organismos en el ámbito especializado a saber: Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) y el Instituto Interamericano de Estadística (IASI). Figura 7

FIGURA 7 CONVENIOS CON ORGANISMOS INTERNACIONALES



ORGANISMOS INTERNACIONALES			
Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS)	Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)	Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)	Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD)
158	22	37	8
Países	Países	Países	Países
330	20	85	8
Instituciones	Instituciones	Instituciones	Instituciones

Fuente: DINAP, 2021

En tanto que, en materia de extensión o ampliación de relaciones interinstitucionales a nivel interno y externo, se han llevado a cabo acciones con limitadas trascendencia.

La CSS, logró fortalecer las relaciones de cooperación externa con organismos de seguridad social a los que está afiliada; además con aquellos multilaterales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre otros.

Cabe destacar que a principios del año 2021, se dieron acercamientos para asistencia técnica, en materia de Fondo de Pensiones, con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Oficina Regional en San José, Costa Rica, entre los avances de esta asistencia se hizo una revisión y evaluación de los informe Actuariales de la institución, en el marco de la Mesa del Diálogo Nacional por la CSS.

Así mismo, se coordinaron reuniones de asistencia técnica con otros Organismos Internacionales.

Además, apoya la iniciativa de integración del CISSCAD al Sistema de Integración Centroamericana (SICA) a fin de fortalecer los mecanismos para el mejoramiento de la población regional, especialmente entre otros, lograr la compra conjunta de medicamentos, dispositivos médicos y otros bienes de interés sanitario a precios competitivos. Figura 6

B. Con instituciones de servicios de salud

La CSS mantiene relaciones contractuales con otros proveedores de servicios de salud mediante convenios que establecen la regulación y ordenamiento en el intercambio de servicios, determinando las condiciones de éstos, con la finalidad de ofrecer una atención integral, eficaz y oportuna a la población asegurada. Cuadro 26

Los convenios de salud entre la CSS y otros proveedores de servicios, se subdividen en dos grandes grupos: aquellos en los que la CSS recibe servicios para la población asegurada y por ende es el ente pagador y aquellos en los que la CSS ofrece servicios a la población no asegurada y por tanto, es el este proveedor.

El convenio más importante es el orientado a la atención (desde el año 1997) que regula la, separación y compensación de costos que se brinda a pacientes tanto asegurados como no asegurados en las diferentes instalaciones de salud del país, mediante una cartera de servicios y sus costos promedios unitarios convenidos por parte de ambas instituciones, exceptuando las Regiones de Panamá Metro, San Miguelito y Panamá Norte.

Para la formulación de los convenios se toma en cuenta principalmente los servicios que la CSS no puede brindar y que forman parte de la demanda de necesidades de atención; en el evento de que no se puedan adquirir mediante este mecanismo, se realiza gestión con instalaciones privadas e internacionales.

También motiva la constitución de estas relaciones contractuales, la estrategia de obtener una mejor utilización de los recursos del Estado y una coordinación interinstitucional efectiva; en

que, los montos convenidos son el producto de las negociaciones entre las partes, siempre que cuenten con viabilidad presupuestaria.

Se entiende que, una vez cumplido el proceso de perfeccionamiento del Convenio, las partes quedan obligadas al cumplimiento de los compromisos adquiridos.

CUADRO 26 CONVENIOS CON INSTITUCIONES DE PÚBLICAS SALUD

Instituciones	Costo
Instituto Oncológico Nacional "Juan Demóstenes Arosemena"	2,800,000.00
Hospital San Miguel Arcángel	5,000,000.00
Hospital Regional Dr. Nicolás A. Solano	3,000,000.00
	446,000.00
Hospital del Niño, Dr. José Renán Esquivel	4,100,000.00
MINSA	3,000,000.00
Separación y Compensación de Costos	
Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos	
MINSA, Trasplante Renal	En proceso de negociación
MINSA	En proceso de negociación
Laboratorio de Médula Ósea	

Fuente: DENSY, 2021

Se mantienen también convenios de atención a la salud con instalaciones privadas e internacionales cuando los servicios de salud no se prestan en la CSS. Cuadro 27

CUADRO 27 INSTITUCIONES INTERNACIONALES DE SERVICIOS DE SALUD

Instituciones	Objetivo
Carta de Entendimiento Children Hospital of Philadelphia"	Se ha firmado una Carta de Entendimiento con el propósito de contar con el acceso a la telemedicina y a la Teleradiología, así como a la capacitación y adiestramiento en el segundo hospital pediátrico más importante del mundo; siendo beneficiaria la población asegurada, menor de 15 años.
Carta de Acuerdo St. Jude Global Alliance	Mediante Carta de Acuerdo, se busca la posibilidad de capacitar al personal del Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera e investigar en el manejo y tratamiento del cáncer infantil en alianza global con el Hospital St. Jude; dirigido especialmente a los pacientes asegurados pediátricos con cáncer, a nivel Nacional.

Fuente: DENSY, 2021

C. Con otras instituciones

Por otro lado la CSS, también mantiene convenios o acuerdos con proveedores de servicios educativos y universidades, o centros de formación de Recursos Humanos. Cuadro 28

Instituciones	Objetivo
Universidad de Las Américas (UDELAS)	Facilitar la práctica universitaria y profesional de los estudiantes de las carreras que imparte UDELAS
Secretaría Nacional de Discapacidad (SENADIS)	Conformar Juntas Evaluadoras de la Discapacidad para la Expedición de la Certificación de la Discapacidad
Carta de Entendimiento USAID Centro América	Se prepara una Carta de Entendimiento tendiente a fortalecer la capacidad de respuesta al VIH/SIDA, dirigida a la población asegurada que padece de VIH/SIDA a nivel Nacional.

Fuente: DENSY, 2021

XVII. TRANSPARENCIA

El facilitar el acceso a la información que se genera en la CSS relacionada con aspectos relevantes, exponer y someter al escrutinio de la ciudadanía la información relativa al manejo adecuado de los recursos que la sociedad le confía, tal como lo establece la Ley 6 del 22 de enero 2002, representa dentro del Eje 5. Desarrollar un Buen Gobierno Institucional: Transparencia frente al asegurado y rendición de cuentas, uno de los atributos o características, sin las cuales los objetivos y acciones a implementar difícilmente podrán obtener los resultados previstos.

Las acciones administrativas para la publicación de información en el página web de la Institución, Nodo de Transparencia de la CSS, <http://transparencia.css.gob.pa/>, relacionadas con COVID 19, Rendición de Cuentas, Datos Abiertos y Mesa Conjunta de Compras por Pandemia entre otros, son acciones implementadas con éxito, que han permitido a la población asegurada o no, tener información oportuna, actualizada, confiable y medible. También a través de la página web, se brinda un acceso directo a las consultas de los medicamentos <http://cssdigital.gob.pa/Dashboard/Medicamentos>. Se han recibido más de 26,535 visitas al nodo de transparencia.

La CSS cumple también con las Políticas de Gobierno Abierto, la cual es una iniciativa multilateral que busca asegurar compromisos concretos de los gobiernos para promover la transparencia y la rendición de cuentas, capacitar a los ciudadanos, luchar contra la corrupción y aprovechar las nuevas tecnologías para fortalecer la gobernabilidad, establece que los ciudadanos tengan el acceso a los documentos y procedimientos del gobierno con el fin de permitir la vigilancia pública efectiva.

Para su adecuado cumplimiento se creó dentro de la CSS, la norma para la publicación de Datos Abiertos, que tiene como objetivo principal establecer lineamientos generales para los servidores públicos de la CSS, que realizan las actividades de recopilación de los conjuntos de datos, para su publicación en el sitio web oficial de Datos Abiertos de Panamá. Este documento propone un mecanismo para organizar, dentro de la institución, los componentes que participan en los procesos de apertura de datos, además de los procedimientos para la

identificación, tratamiento y publicación de los datos abiertos de gobierno. Como componente final y de gran importancia está la difusión de la liberación de datos en formato abierto. Al respecto, se propone una serie de actividades de divulgación acerca de la apertura de datos en la institución y su colocación en el sitio Web institucional y en el portal nacional.

Otra información muy importante que maneja, es el Programa Cost Panamá, que tiene como objetivo principal ayudar a elevar los estándares de transparencia y rendición de cuentas en los proyectos de infraestructura a nivel internacional. Cost Panamá, proporciona la apertura de datos de infraestructura, que permite a los distintos programas nacionales monitorear y evaluar el progreso de sus obras.

Se realiza adicionalmente, un trabajo en conjunto con la Defensoría del Pueblo, con la finalidad de atender las quejas y necesidades de la población, dando apertura a la participación ciudadana con los asegurados y la población en general.

Se creó una Comisión de Asesores Ad-Honorem, para actualizar y fortalecer continuamente todos aquellos aspectos del Manual de Ética y Conducta de la CSS, que garantice la transparencia de las acciones.

Se obtuvo una colaboración Internacional por parte de The Trust For The Americas quienes le donaron exclusivamente a Transparencia de la CSS un portal de Datos Abiertos, el cual es actualizado con todos los datos de las Diferentes Direcciones Ejecutivas y actualmente tiene un margen de visitas mensuales arriba de los 55 mil usuarios.

De igual forma se obtuvo una asistencia técnica no reembolsable en materia de Integridad de Transparencia en la Gestión Pública, en la búsqueda de mejora continua se evaluaron los riesgos en materia de acceso a la información, considerando que no existen algunos elementos que nos permita suministrar una amplia información para mayor transparencia institucional.

En ese sentido y en coordinación con la Autoridad Nacional de Transparencia y Acceso a la Información se trabaja en armónica colaboración para impulsar e implementar un programa orientado a promover la ética, la probidad, la transparencia y la rendición de cuentas a nivel institucional. El objetivo principal de esta asistencia técnica es implementar una plataforma de datos de manera general a nivel de todas las instalaciones de la CSS.

Este Proyecto persigue un sistema público servicial, de excelencia en su comportamiento y en su funcionamiento, que genere confianza en la ciudadanía y le anime a participar, permitiendo un sistema de control y vigilancia permanente sobre todas sus actividades. De esta manera, la gestión administrativa de la CSS da cuenta a la ciudadanía de su actividad. Se pretende también con ello reforzar la legitimidad de la propia Administración y de los propios servidores públicos.

La Autoridad Nacional de Transparencia y Acceso a la Información dentro de las 193 entidades evaluadas, le hizo un reconocimiento a la CSS, premiándola ya que mediante la Secretaría Técnica de Responsabilidad y Soporte Institucional se cumplió al 100% de manera sostenida y por más de 6 meses, con el puntaje requerido (24) en temas de integridad y transparencia.

Dentro de las acciones se actualizó, el Manual de Procedimiento No.290, denominado “Administración de la Información a Publicar” el cual fundamentalmente sirve de guía de orientación clara que aplica para los Enlaces de Información Pública que suministran la información y el personal de la Secretaría Técnica de Responsabilidad y Soporte Institucional que atienden, maneja, controlan, que ejecutan el proceso de verificación y evaluación del Portal de Transparencia de la CSS.

Se atendieron 6,519 quejas durante el año 2020. Se cuenta adicionalmente con un portal web de transparencia interactivo e inclusivo con elementos para asistir a personas con discapacidad y botones gráficos con lenguaje de señas. Del mes de mayo de 2020 a la fecha se han registrado 39, 099 visitas a la página.

XVIII. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

El Plan Estratégico tiene como visión que la CSS sea la institución líder de la seguridad social panameña, comprometida con una atención de calidad, transparente, sostenible y solidaria a los asegurados.

Seis (6) ejes estratégicos son la base de este plan, que constituyen los pilares fundamentales que orientarán el desarrollo estratégico institucional, son los grandes propósitos que se concretan en seis (6) ejes de cambio, que recogen el sentir de la población asegurada y que buscan orientar el nuevo modelo de gestión hacia el cumplimiento de la Misión y Visión de la CSS, con la finalidad de asegurar una mejor calidad de vida y prestaciones en seguridad social a la población panameña asegurada, sin distingo alguno de condición que ser un ciudadano sujeto de derechos. Figura 8

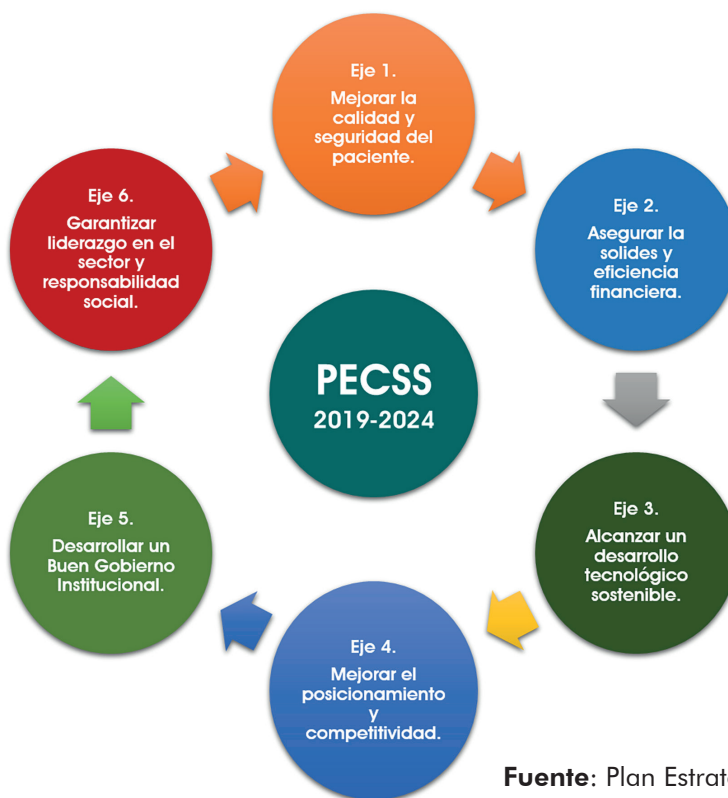


FIGURA 8
EJES ESTRATÉGICOS

Fuente: Plan Estratégico, DINAP

A. Evaluación del Plan estratégico

El desarrollo de cada uno de estos ejes de cambio, exigía el cumplimiento de una serie de atributos o características, sin las cuales los objetivos estratégicos y acciones a implementar en el corto, mediano y largo plazo, difícilmente podrán obtener los resultados previstos, sin embargo, muchas de estas acciones realmente fueron ejecutados durante esta crisis pero para enfrentar la COVID 19.

En el Eje 1, se inició el modelo de atención de Cita Única y la Acreditación de 8 hospitales de la red de servicios de salud, se dio inicio a la Operación Ver la Luz, para disminuir la mora quirúrgica que mantienen los servicios de oftalmología, se implementó la Plataforma Vive Saludable, para promover estilos de vida saludable mediante la actividad física, alimentación saludable y la práctica de buenos hábitos, y el acceso una herramientas que permitan el autocuidado en la población. Se inauguró para mejorar el acceso y la atención de los pacientes, el Centro de Atención Oncológico de Occidente, y se adecuaron las infraestructuras de las instalaciones de Hospital Rafael Hernández (3 Torres), Policlínica de Penonomé, Policlínica de Boquete, Policlínica de Aguadulce, Consulta Externa y Urgencia de Chepo, Policlínica Nuevo San Juan, Hospital Puerto Armuelles, Hospital de Almirante.

Así mismo se inició un sistema de atención médica y colaboración remota, mediante videoconferencias multipuntos y la integración de la plataforma TM al sistema de control de llamadas y monitoreo de terminales. Se desarrolló una mayor capacidad técnica para la gestión clínica para enfrentar la pandemia al desarrollarse los consultorios virtuales para la atención de la población asegurada por la dificultad de una atención directa, debido principalmente a la posibilidad de contagio del COVID 19, también se realizó una reingeniería en la red de hospitales en el área metropolitana de la CSS, este proceso tenía la finalidad de optimizar la atención médica hospitalaria a los asegurados, al igual que mantener la atención a los pacientes afectados por el nuevo COVID-19. (Gestión de camas, personal e insumos). Se prepararon las Guías Clínicas de Programa de Promoción y Prevención. Se implementaron la Clínicas Post COVID 19, para la atención, manejo y seguimiento de los pacientes recuperados de COVID-19, con afecciones no preexistentes, probablemente relacionadas con la infección.

En el Eje 2, una de las primeras acciones claves fue la de dar a conocer los Estados Financieros que no se habían publicado desde el año 2012, como también presentar los respectivos informes actuariales, adicionalmente se llevó a cabo ajustes en el sistema de compras, logística y aprovisionamiento principalmente para pacientes crónicos que no podían atenderse en las instalaciones de salud por el tema de la pandemia.

También se realizó el análisis de costos de los servicios de salud e implementación del sistema PERC, que es una herramienta que facilitará el proceso de evaluación de los costos de producción de los servicios de salud en toda la red de atención y permitirá una mejor negociación en la compensación de costos con el MINSA.

Se eliminó la impresión de la fichas en papel para los jubilados lo que permitió un ahorro económico para la Institución del orden 150,000 dólares mensuales, que a la fecha hemos ahorrado solo, en impresión cerca de 1.5 millones de balboas.

Se desarrolló un proyecto para el fortalecimiento de la sección de pago a proveedores de bienes y servicios para lograr el pago a los proveedores con mayor celeridad (ACH), minimizar la cantidad de cuentas por pagar a proveedores y establecer un Sistema de Seguimiento y Control de pago a Proveedores (SISPAP).

Se implementó la caja virtual, con el objetivo de facilitar el cumplimiento de las responsabilidades obrero-patronales, mediante pagos con tarjetas de crédito. Así mismo se logró el acreditamiento bancario a los más de 122,000 pensionados y jubilados que cobran por cheques y la activación de la plataforma virtual para el trámite de las solicitudes de subsidios de maternidad vía web, para proporcionar a las aseguradas embarazadas del área metropolitana una opción segura para dar inicio al trámite de subsidio por maternidad desde su hogar, sin exponerse a riesgos de contagio por la COVID 19.

En el Eje 3 se realizaron los mayores avances con la modernización de los sistemas informáticos, el desarrollo del consultorio digital (Proyecto desarrollado con AIG), de herramientas como ROSA, Centro de operaciones COVID-19. Consultorio de la CSS el ROVID (Robot Virtual)/ Actualización del APP Móvil, la Plataforma de gestión virtual para la agilización de todo tipo de trámite de los asegurados con la CSS, que estaban contempladas en el Plan Estratégico pero para después de los primeros 18 meses.

Se desarrollaron Plataformas Tecnológicas de verificación de salvoconductos, para un mayor control de la población en por la COVID-19.

Se estableció la atención de consultas médicas mediante el 199 línea gratuita de la CSS ROVID -CSS.

Se Homologó el Certificado de Maternidad Virtual. Guía Atención a Embarazadas, Subsidio y Homologación de Certificados.

Se implementó el Sistema de Trámites para los Asegurados, Sistema de Inventario de Camas / Personal Médico / Ventiladores para COVID19, la Receta electrónica-Consultorio Virtual de médicos-Despacho en Farmacia- Entrega a domicilio a través de varios proveedores de transporte.

En el Eje 4, se desarrolló mediante la Cita Única un modelo de gestión centrado en el asegurado, la Página WEB fue mejorada para fortalecer la atención al asegurado y el programa de seguimiento de quejas, se reestructuró el Call Center, y se desarrolló un programas de Docencia sobre Calidad del Servicio y un plan de mercadeo para fortalecer e incrementar nuevas afiliaciones.

En el Eje 5, se conformó el Comité de Asesores Externos de Ética y Transparencia de la CSS, comisión para enfrentar la corrupción y permitir mayor transparencia frente al asegurado y en la rendición de cuentas. Como parte del desarrollo de un buen gobierno y se presentaron los informes de Rendición de Cuentas y las Memorias Institucionales.

La CSS fue premiada por la Autoridad Nacional de Transparencia y Acceso a la Información (ANTAI), por el cumplimiento al 100 % de manera sostenida.

En el Eje 6, para desarrollar un pacto nacional con el sector empleador para mejorar las condiciones del ambiente laboral y fomentar desarrollo de los planes de salud ocupacional la CSS ha mantenido su liderazgo en el sector y en responsabilidad social, durante este tiempo de pandemia ha desarrollado la Estrategia de la Burbuja Productiva Empresarial Extendida, con el objetivo de habilitar zonas seguras para minimizar o limitar los contactos que pueden tener los colaboradores fuera de su empresa, para que no exista expansión ampliada y que también se evite el aumento la transmisión familiar y comunitaria.

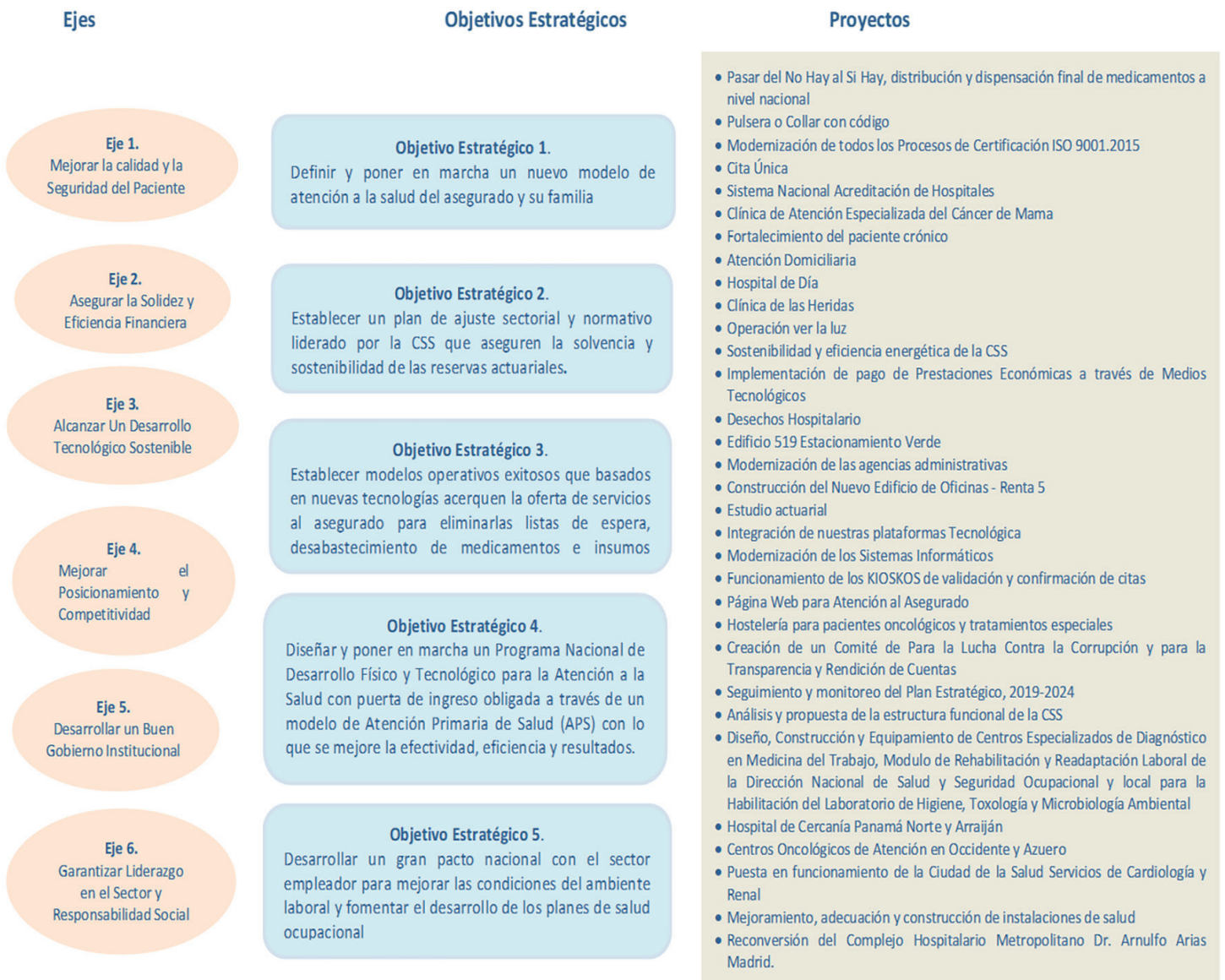
La alta Gerencia de la CSS consiente que un equipo alineado es más efectivo y productivo, ha llevado a cabo una serie de procesos de alineación estratégica que permita que exista una congruencia entre la estrategia planteada en el Plan Estratégico, con la finalidad de que la institución cumpla con sus objetivos propuestos, optimice su rendimiento y logre los resultados esperados, para lo cual todos colaboradores deben tener claro su rol y el impacto que causan las actividades que realizan.

En seguimiento a las acciones que se deben desarrollar para el buen desempeño del plan estratégico de la institución, se han desarrollado talleres de alineamiento con cada una de las regiones nacionales, institucionales y regionales con la finalidad que se cumplan en cada una de las etapas y fases que deben dar como resultado el cumplimiento de los objetivos estratégicos y diferentes ejes del plan. Figura 9

Los resultados esperados responden a las necesidades sentidas de la población asegurada:

- Confianza del asegurado en la institución.
- Finanzas fortalecidas.
- Imagen y percepción institucional fortalecidas.
- Cultura de servicio transformado.
- Infraestructura, organización, gestión y herramientas tecnológicas modernizadas.
- Respuesta institucional en materia de eficiencia y efectividad mejorada.
- Talento institucional profesional de salud, técnico y administrativo fidelizado.
- Oportunidad, calidad, calidez y seguridad de los servicios de salud mejorados.
- Nivel de liderazgo de la CSS fortalecido.

FIGURA 9. ALINEACIÓN ENTRE LAS ACCIONES DEL PECSS 2019-2024



Fuente: Plan Estratégico, DINAP

XIX. CONCLUSIONES

La CSS no termina de resolver todos los problemas que datan con más de 30 años, ya que no han sido enfrentados debidamente y han pasado de administración en administración, conllevando al descontento de la población asegurada con los servicios de prestaciones de económicas y de salud, obstaculizando el logro de sus objetivos y entorpeciendo así el desarrollo de sus operaciones, por lo que se deben resolver gradualmente, concentrando esfuerzos en los más vulnerables e importantes.

Del resultado de este análisis surgen algunas observaciones que indican situaciones de alarma, resultando necesario que sean abordadas:

- La situación socio económica, el desempleo e informalidad de la población económicamente activa y el envejecimiento de la población, condicionan una seguridad social de cobertura amplia y universal, lo que debe promover estudios sobre la sostenibilidad de las prestaciones económicas.
- Alrededor del 40% de la población económicamente activa no cotiza, y los que lo hacen, en su gran mayoría, pagan contribuciones relativamente bajas. A pesar de que Panamá tiene el PIB y el salario mínimo más alto en América Latina, la falta de cotizantes y un bajo ingreso de los que efectivamente pagan a la seguridad social, condicionan la gestión de la CSS.
- La población percibe que la CSS es una institución que provee servicios de salud y además ofrece pensiones y jubilaciones, pero es importante resaltar que la CSS es una empresa financiera, que recibe primas y otorga beneficios de cobertura de enfermedad, pensiones y riesgo profesional y otros.
- El análisis demuestra la necesidad de sensibilizar también a los empleadores y empresarios, para ponerse al día en sus saldos adeudados, mediante el establecimiento de arreglo de pago para recuperar la cartera morosa, ya que la evasión contributiva a la seguridad social, el incumplimiento en el pago, es un tema crítico, afectando los beneficios y en la sostenibilidad financiera de la CSS y en las prestaciones que reciben la población asegurada, por lo tanto también se hace necesario mantener y mejorar el mecanismos de pago en línea para agilizar las recaudaciones.
- El rezago tecnológico se ha identificado como causa raíz de muchos nudos críticos lo que hace impostergable la modernización del sistema tecnológico aprovechando al máximo los recursos instalados (85 programas), sin embargo existen sistemas tecnológicos que no se hablan y cuya comunicación es substituida por trabajo manual (impacto en productividad, puntualidad y confiabilidad de la información), con usabilidad parcial a discreción del funcionario, por lo que es urgente actualizar y readecuar estos sistemas en especial: SIPE, SAFIRO, SIS, LOGOS, Expediente Electrónico, Receta Electrónica, que requieren además de un cambio de actitud y conducta en el equipo humano. Sin embargo es una de las áreas que en esta

administración ha desarrollado una gran actividad, principalmente ligada a resolver problemas en la pandemia del COVID-19.

- El sistema de pensiones panameño es un sistema con muchos beneficios. Esto se sustenta al comparar sus características con las características de sistemas similares en otras latitudes.
- En relación a los cuatro programas: Administración, Enfermedad y Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), y Riesgos Profesionales, la CSS presenta problemas en el de IVM en el Subsistema Exclusivamente de Beneficio Definido, por su condición estructural donde cada día tiene menos cotizantes y más pensionados, lo que afecta sus reservas, por tanto, se necesita incrementar sus ingresos. Los fondos de reserva si bien presentan disminuciones, en el Subsistema Mixto de Pensiones, se mantienen saldos favorables.
- Los estados financieros si bien es cierto son perfectibles, reflejan razonablemente la situación financiera de la entidad y son útiles para tomar decisiones. Los estudios actuariales hechos por los técnicos de la CSS basados en estos estados financieros son adecuados para llegar al diagnóstico de la situación del IVM.
- En la red de servicios se presenta un sistema fragmentado y segmentado lo que conlleva a duplicidad de acciones y aumento del costo indirecto de la atención de salud a pesar de una coordinación conjunta con el MINSA, así mismo, este análisis de la red de servicios permitió evidenciar la necesidad de fortalecer la capacidad de resolución regional para satisfacer las demandas de la población asegurada de un área de responsabilidad específica.
- El análisis permitió evidenciar la necesidad de organizar las Regiones de Salud de la CSS, para una adecuada gestión de la red de servicios de salud, estableciéndose las regiones de Panamá Norte, Metropolitana, San Miguelito, Darién y Comarcas.
- La clasificación de niveles de complejidad y los criterios utilizados para establecer estos, en el análisis realizado en conjunto con los planificadores de las diferentes Regiones de Salud, se encontraron grandes limitantes para cumplir con la cartera de servicios que se ofrece según clasificación, donde muchas veces no responde al nivel de complejidad al cual se clasifica, por lo general están por debajo de criterios establecidos. Por esta razón es recomendable que las clasificaciones deben ser estandarizadas y aplicadas por equipos multidisciplinarios que incluyan al recurso regional y nacional.
- Es necesario la migración del modelo centrado en la enfermedad hacia la atención primaria, promoción de la salud y prevención de enfermedades y la reinserción laboral, estableciendo coordinaciones entre la CSS y las empresas que promueva una cultura empresarial orientada a la prevención, detección temprana y control de factores de riesgo propios del ambiente de trabajo.
- La CSS debe visualizar en forma integral y desde la perspectiva sistémica, a la población asegurada, su entorno y ambiente concibiéndolo como parte importante

para su salud y calidad de vida, y considerar este como un componente táctico operativo necesario dentro de la estructura organizacional de la CSS, coadyuvando con el MINSA en las condiciones generales que permiten a la población a sentirse protegidas frente a los riesgos y las potenciales amenazas de su entorno.

- La promoción y mejora del medio ambiente, no sólo permite un evidente reflejo positivo en las condiciones de vida de la población y, particularmente, en las condiciones laborales del personal productivo, sino que igualmente trae consigo importantes beneficios en términos de eficiencia y rentabilidad al país.
- Los esfuerzos deben estar dirigidos a lograr una efectiva Coordinación entre los Planes Operativos y las metas, objetivos, productos e impactos que pretenden alcanzar la CSS y el MINSA en materia de Salud Integral para toda la población panameña.
- La CSS necesita un proceso de transformación profundo que le permita asegurar la sostenibilidad de sus resultados, estos aspectos permiten que se cuestione la necesidad de transformar la legislación de la CSS alejada del clientelismo político y en estos momentos se realiza un proceso de cambios necesarios en la Mesa del Diálogo por la CSS.
- La CSS cuenta con el apoyo del Ejecutivo y de su Junta Directiva para transformar y rescatar a una de las principales instituciones del país y cuya efectividad es clave para el bienestar y la estabilidad del país.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística y Censo.
- Departamento de Estadísticas, DINAP, CSS.
- Informe actuarial del régimen de invalidez, vejez y muerte de la CSS, 2918- 2019. Departamento de Actuarial, DINAP, CSS, 06/11/2020.
- Departamento de Cooperación Internacional, DINAP, CSS.
- Guía de Elementos a considerar para analizar la situación de la prestación de la salud y económicas de la CSS, Dirección Nacional de Planificación, 2021
- Hacia una nueva visión económica y social de Panamá, Guillermo O. Chapman Jr. Una propuesta para la reflexión, Panamá, 2021.
- Análisis de Situación y la Relación Costo-Beneficio de los Organismos Internacionales con la Caja de Seguro Social, DINAP, 2021.
- Análisis de Situación de Salud, Panamá 2018, Macro Visión Nacional de Salud, MINSA.
- Análisis socioeconómico del impacto del COVID-19 en Panamá, Estudio complementario: escenarios económicos prospectivos y alcance de las opciones de política en Panamá, PNUD, 2020.
- Impacto del COVID-19 en Panamá, Análisis socio económico, Naciones Unidas, Panamá, PNUD, mayo 2020.
- Protección social en América Latina, La desigualdad en el banquillo, Ana Sojo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago, abril de 2017.
- Perfil de Salud de la República de Panamá, MINSA, 2016.
- Brochure de la Semana de la Seguridad Social, 2012, CSS, Dirección Ejecutiva Nacional de Recursos Humanos. Dirección Ejecutiva Nacional de Comunicaciones.
- Sistemas de protección social en América, Latina y el Caribe: Panamá, Alexis Rodríguez Mojica, CEPAL, Colección Documentos de proyectos, febrero 2013.
- Sección: Política Mundial, Panamá: Crisis, Invasión y la Nueva Era de Hegemonía Norteamericana, Cario Nasi L., Investigador, Centro de Estudios Internacionales de la Universidad de los Andes.
- La seguridad social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia, Oscar Cetrángolo (Editor), CEPAL, Colección Documentos de proyectos, mayo 2009.
- Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe, Oficina Internacional del Trabajo, OIT 2018.

- Departamento de Planificación de Salud de la DENSYPS.
- Rendición de Cuentas, Dirección Nacional de Planificación, CSS, 2020 y 2021
- Red institucional de servicios y prestaciones de salud, CSS, DENSYPS, 2019.
- Modelo de Atención de Salud, Ciudad de la Salud – CSS, DENSYPS, Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones de Salud, Subdirección Nacional de Atención Especializada en Salud, Departamento de Planificación de la DENSYPS. Coordinación Nacional de Ciudad de la Salud.
- Seguridad social y sistemas de pensiones en Panamá: Crisis y alternativas sociales, visión de la Universidad de Panamá, Universidad de Panamá, Vicerrectoría de Extensión, marzo 2021.
- Los sistemas de pensiones en América Latina Institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera en tiempos del COVID-19, Alberto Arenas de Mesa, CEPAL, Instrumento regional, Unión Europea para América Latina y el Caribe.
- Cuaderno COVID-19, Gabriela Rivadeneira Burbano, CISS.
- Presentaciones para la Mesa del Dialogo (PowerPoint), 2021.
- Evolución, situación y perspectivas del mercado laboral, René Quevedo, Consultor.
- Pensiones en Panamá, documento Mesa del Dialogo.
- Boletín CONAMED, La inteligencia en salud como medio para el conocimiento de las condiciones de salud, Dra. Sonia B. Fernández Cantón, MPSS Alejandro Alonso Molina1.

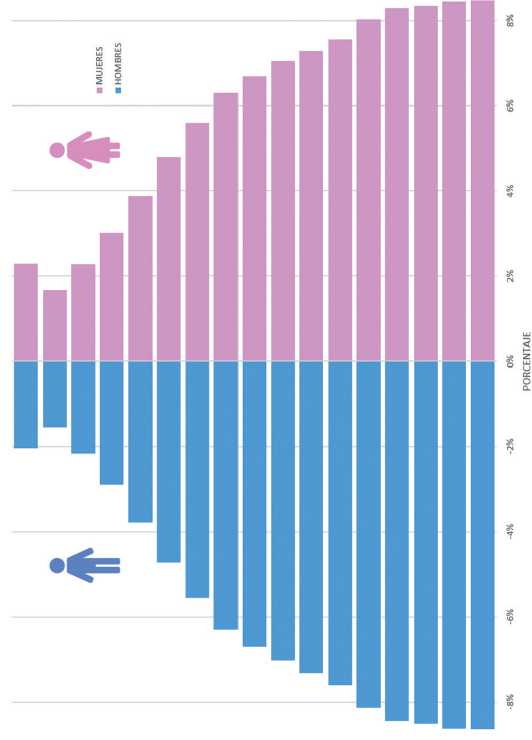
ANEXOS

RESUMEN, REGIONES DE SALUD



COCLÉ

PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA PROVINCIA DE COCLÉ 2020



INDICADORES HOSPITALARIOS 2020

Total de Camas habilitadas (censables y no censables)	2,578
Número de Camas No censables	0
Número de Camas disponibles (censables)	2,578
Días Camas Disponibles	78,608
Días Camas Utilizados	36,789
Número Total de Admisiones	6,789
Número Total de Egresos	6,821
Vivos	6,540
Muertos	281
Porcentaje de Ocupación	46.9%
Giro de Cama	31.7
Total de Días Estancia	36,681
Promedio de Días Estancia	64.6
% Infecciones Nosocomiales en Sala	8.4%
Tasa de Mortalidad Hospitalaria (x 100 egresos)	509.0
Nacimientos	1,623
Vivos	1,618
Muertos	5
Total de Partos	1,614
Abortos	46

Población 2020

276,391 habitantes

Población económicamente activa

Masc	Fem
60,824	25,859

UNIDAD EJECUTORA



HOSPITAL DR. RAFAEL ESTEVEZ



POLICLÍNICA MANUEL P. OCAÑA - PENONOMÉ

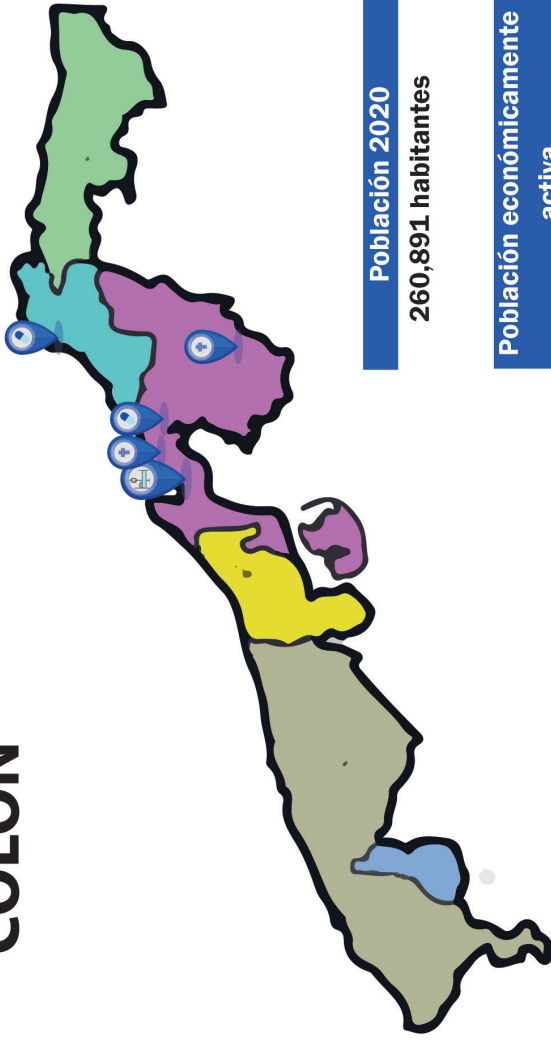
POLICLÍNICA MANUEL DE JESÚS ROJAS - AGUADULCE

POLICLÍNICA SAN JUAN DE DIOS - NATA



CAPPS LA PINTADA

COLÓN

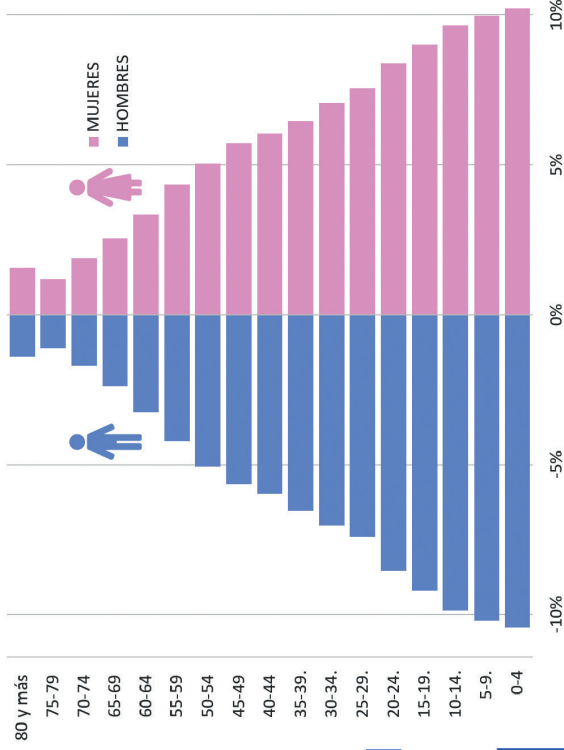


Población 2020
260,891 habitantes

Población económicamente activa

Masc	Fem
111,459	90,565






PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE COLÓN 2020



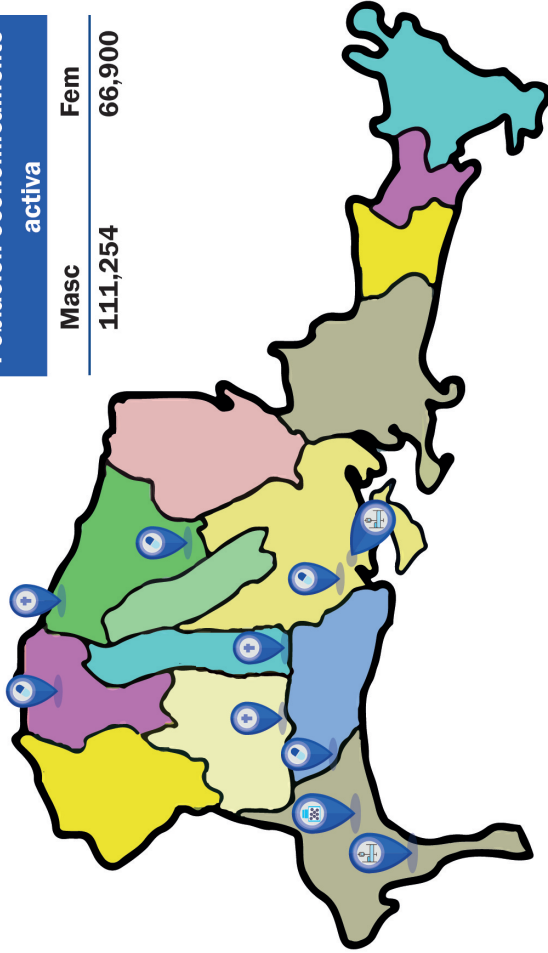
INDICADORES HOSPITALARIOS 2020

Número de camas	420
Días camas disponibles	113,310
Días camas utilizadas	55,773
Número de admisiones	12,565
Números de egresos	11,632
· Vivos	11,024
· Muertos	608
% ocupación	49.2
Giro cama	3.9
Tasa de mortalidad (x 100 egresos)	4.8
Nacimientos	4,006
· Vivos	3,979
· Muertos	27
Partos	4,018
Vaginales	3,157
Cesareos	861

UNIDAD EJECUTORA

	COMPLEJO HOSPITALARIO DR. MANUEL A. GUERRERO
	POLICLÍNICA HUGO SPADAFORA
	POLICLÍNICA LAURENCIO JAEN OCAÑA
	POLICLÍNICA NUEVO SAN JUAN
	ULAPS DE PORTOBELLO

CHIRIQÚ



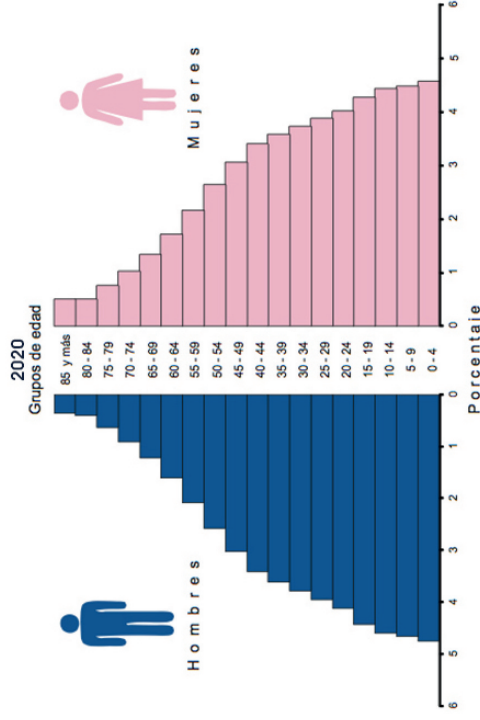
Población 2020

478,834 habitantes

Población económicamente activa

Masc 111,254

Fem 66,900



INDICADORES HOSPITALARIOS 2020

Total de Camas habilitadas (censables y no censables)	456
Número de Camas No censables	13
Número de Camas disponibles (censables)	443
Días Camas Disponibles	162,125
Días Camas Utilizados	102,472
Número Total de Admisiones	10,971
Número Total de Egresos	11,017
Vivos	9,874
Muertos	1,143
Porcentaje de Ocupación	63.2%
Giro de Cama	2.1
Total de Días Estancia	101,264
Promedio de Días Estancia	9.2
% Infecciones Nosocomiales en Sala	2.2%
Tasa de Mortalidad Hospitalaria (x 100 egresos)	10%
Muertes Maternas	0.0
Muertes Perinatales	0.0
Nacimientos	765
Vivos	760
Muertos	5
Total de Partos	772
Abortos	64

UNIDAD EJECUTORA

HOSPITAL DR. DIONISIO ARROCHA

PUERTO ARMUELLES

HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL HERNÁNDEZ

DAVID

POLICLÍNICA DE DIVALÁ

POLICLÍNICA DR. ERNESTO PÉREZ BALLADARES PADRE

BOQUETE

POLICLÍNICA DR. PABLO ESPINOSA

BUGABA

ULAPS DE DOLEGA

ULAPS DE VOLCÁN

ULAPS NUEVO VEDADO

CAPPS DEL BARÚ

HERRERA



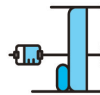
Población 2020

118,982 habitantes

Población económicamente activa

57,850

UNIDAD EJECUTORA



HOSPITAL DR. GUSTAVO NELSON COLLADO RIOS



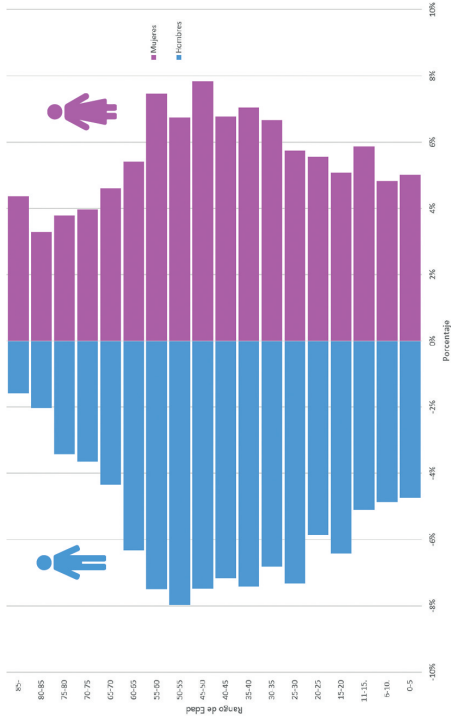
POLICLÍNICA ROBERTO RAMIREZ DE DIEGO



CAPPS LOS POZOS

CAPPS DE SANTA MARÍA

PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA PROVINCIA DE HERRERA, 2020

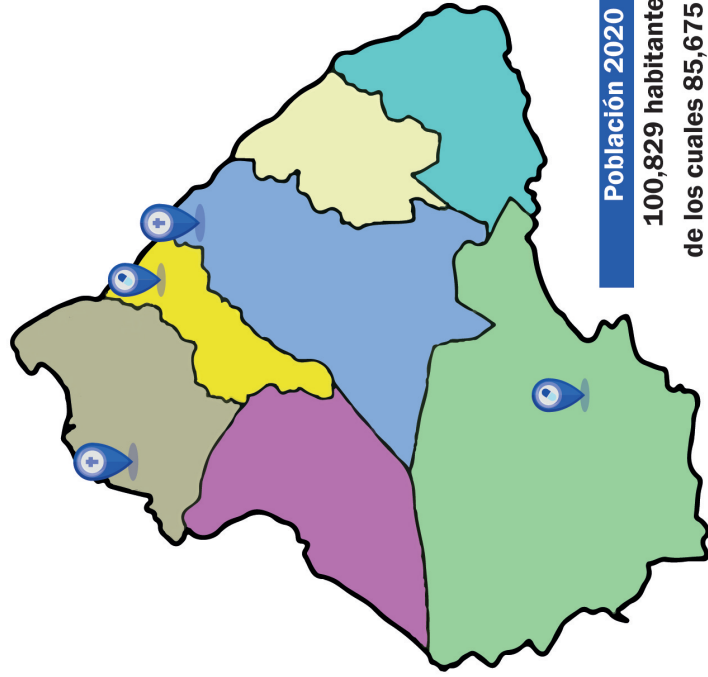


INDICADORES HOSPITALARIOS

2020

Total de Camas habilitadas (censables y no censables)	94
Número de Camas No censables	19
Número de Camas disponibles (censables)	75
Días Camas Disponibles	27,224
Días Camas Utilizados	22,584
Número Total de Admisiones	3,355
Número Total de Egresos	3,418
Vivos	3,315
Muertos	103
Porcentaje de Ocupación	83.0%
Giro de Cama	6.5
Total de Días Estancia	22,125
Promedio de Días Estancia	6.5
% Infecciones Nosocomiales en Sala	0.8
Tasa de Mortalidad Hospitalaria (x 100 egresos)	3.0
Muertes Maternas	N.A.
Muertes Perinatales	N.A.
Nacimientos	N.A.
Vivos	N.A.
Muertos	N.A.
Total de Partos	N.A.
Abortos	N.A.

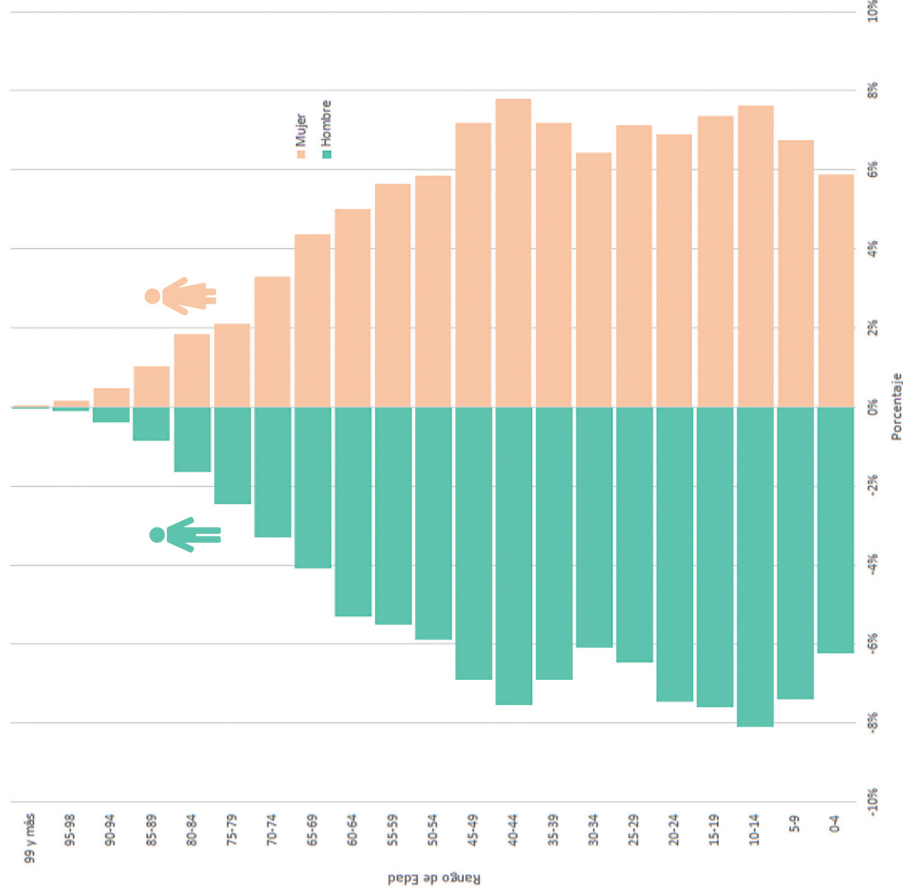
LOS SANTOS



Población 2020
100,829 habitantes
 de los cuales **85,675 son**
asegurados

Población económicamente activa	
Masc.	Fem.
29633	21143

PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA PROVINCIA DE LOS SANTOS 2020



UNIDAD EJECUTORA



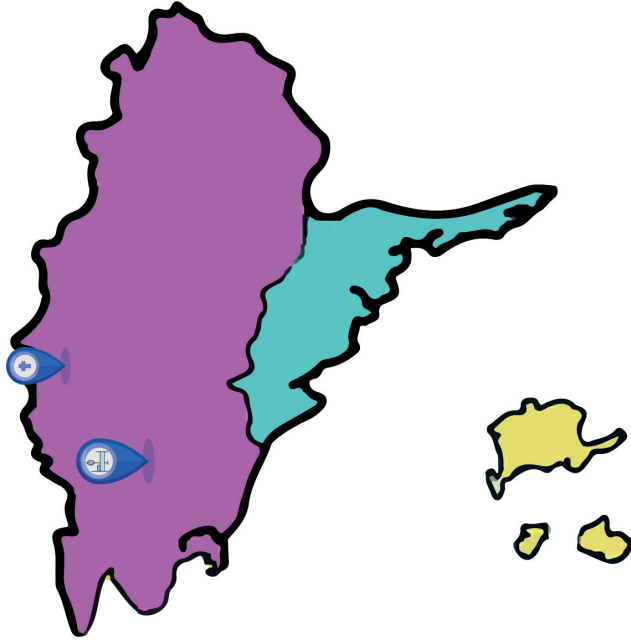
POLICLÍNICA DR. MIGUEL CÁRDENAS BARAHONA
 POLICLÍNICA SAN JUAN DE DIOS



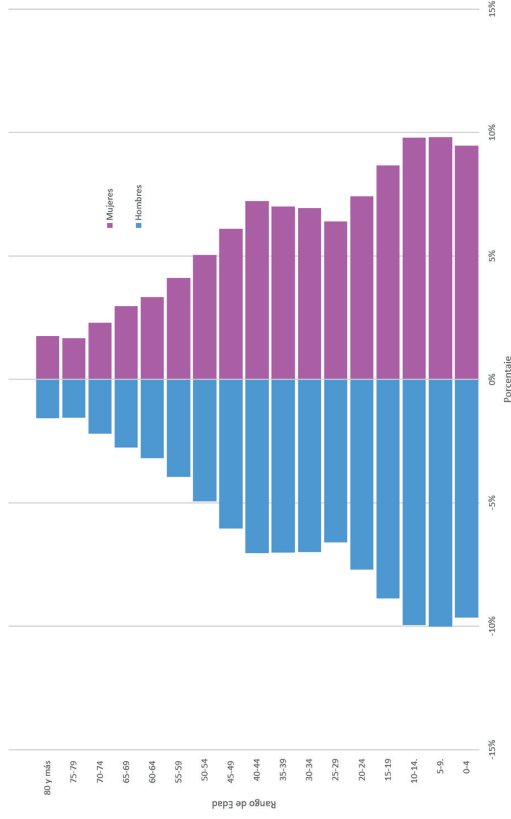
ULAPS DE GUARARÉ
 ULAPS DE TONOSÍ

En esta provincia no hay hospitales de la CSS.

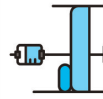
PANAMÁ ESTE



PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ ESTE 2020



UNIDAD EJECUTORA



HOSPITAL REGIONAL DE CHEPO



POLICLÍNICA DE CAÑITAS

DISTRITO

POBLACION

CHEPO 46,139

CHIMÁN 3,343

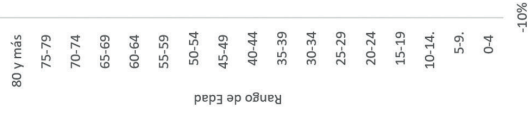
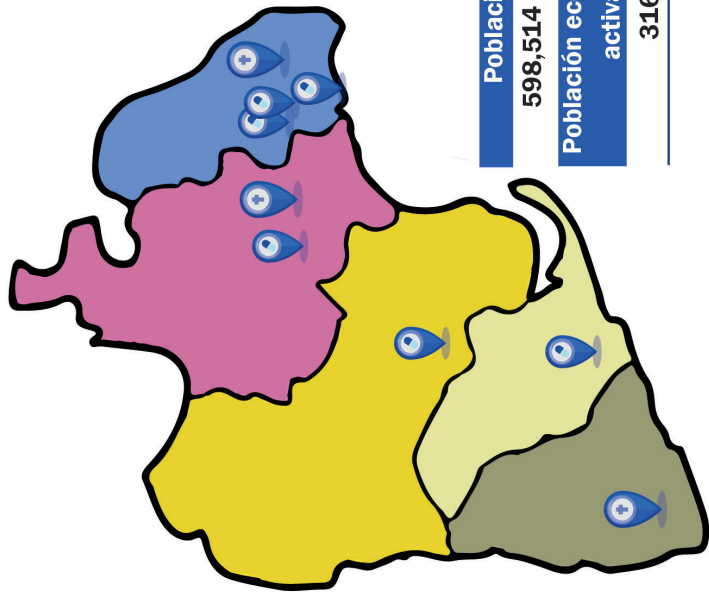
BALBOA 2,721

PACORA 52,494

SAN MARTÍN 4,410

TOTAL 109,107

PANAMÁ OESTE



Población 2020

598,514 habitantes

Población económicamente activa 2019

316,724

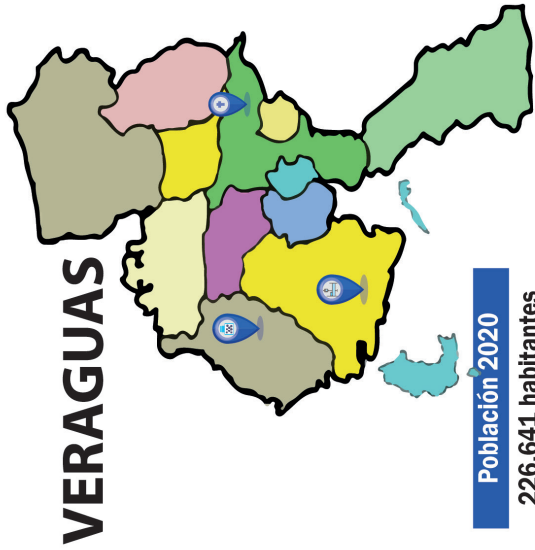
UNIDAD EJECUTORA

- POLICLÍNICA DR. SANTIAGO BARRAZA
- POLICLÍNICA DR. BLAS GÓMEZ CHETIRO
- POLICLÍNICA DR. JUAN VEGA M.

- ULAPS GUADALUPE
- ULAPS VISTA ALEGRE
- ULAPS EL TECAL
- ULAPS SAN JOSÉ
- ULAPS VACAMONTE
- ULAPS DE CAPIRA

INDICADORES HOSPITALARIOS 2020

Total de Camas habilitadas (censables y no censables)	36
Número de Camas No censables	0
Número de Camas disponibles (censables)	33
Días Camas Disponibles	13,169
Días Camas Utilizados	6,228
Número Total de Admisiones	132
Número Total de Egresos	117
Vivos	109
Muertos	8
Porcentaje de Ocupación	47.3%
Giro de Cama	3.5
Total de Días Estancia	5,315
Promedio de Días Estancia	45.4
% Infecciones Nosocomiales en Sala	0.0%
Tasa de Mortalidad Hospitalaria (x 100 egresos)	6.8



VERAGUAS

Población 2020

226,641 habitantes

UNIDAD EJECUTORA



HOSPITAL DR. EZEQUIEL ABADIA

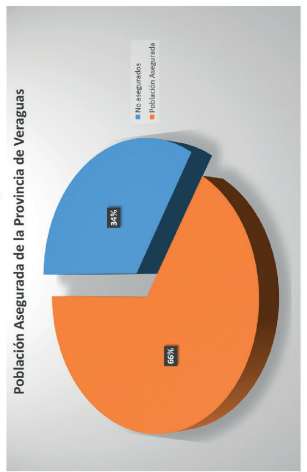
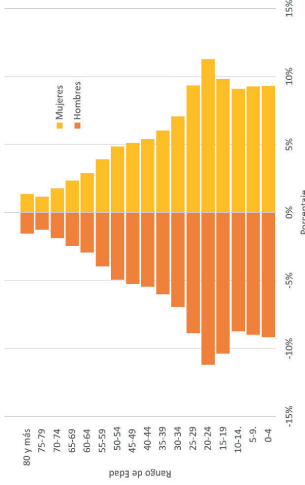


POLICLÍNICA DR. HORACIO DÍAZ GÓMEZ



CAPPS ZAPOTILLO

PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA PROVINCIA DE VERAGUAS 2020



INDICADORES		HOSPITAL DR. EZEQUIEL ABADIA - SONÁ	POLICLÍNICA DR. HORACIO DÍAZ GÓMEZ - SANTIAGO
CONSULTORIOS	INDICADOR DE CONSULTA EXTERNA		
	# Total de consultorios físicos	38	41
DIAS	# Total de consultorios funcionales (suma de consultorios utilizados en turno matutino y vespertino)	40	38
	Total de Días Hábiles del Mes	245	246
MEDICINA GENERAL	Total de Consultas de Medicina General (Consulta Externa regular, Cita Única, Clínicas de Heridas, Prog de Salud y otras)	37,084	79,017
	Promedio diario de consultas de Medicina General (Total de Consultas de Medicina General)	152	322
MEDICINA GENERAL - PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	Número de Consultorios de Medicina General	10	21
	Número de Médicos Generales en Consulta Externa	4	14
	Horas Trabajadas de Medicina General	14,623	39,231
	Horas Dedicadas a la Consulta Externa de Medicina General	6,239	26,919
	Porcentaje de Horas dedicadas a la Consulta Externa	42.7%	68.6%
	Total de Consultas realizadas de Medicina General	27,696	62,488
	Rendimiento de Medicina General	4.4	2.3
	Horas Trabajadas de médicos de Salud Ocupacional	1,006	10,567
	Horas Dedicadas a la Consulta Médica de Salud Ocupacional	222	5,148
	Porcentaje de Horas dedicadas a la Consulta Médica de Salud Ocupacional	22%	49%
	Total de Consultas realizadas de Salud Ocupacional	667	3,703
	Rendimiento de Salud Ocupacional	3.0	0.7
MEDICINA GENERAL - OTROS PROGRAMAS	Número de Médicos Generales en Programas de Salud (excepto Salud Ocupacional)	2	3
	Horas Trabajadas de médicos de Programas de Salud (excepto Salud Ocupacional)	5,024	6,614
	Horas Dedicadas a la Consulta Ext. en Programas de Salud (excepto Salud Ocupacional)	1,340	4,179
	Porcentaje de Horas dedicadas a Programas de Salud (excepto Salud Ocupacional)	27%	63%
MEDICINA GENERAL - CLINICA DE HERIDAS	Total de Consultas realizadas de Medicina General en Programas de Salud (excepto Salud Ocupacional)	5,009	6,794
	Rendimiento de Medicina General en Programas de Salud (excepto Salud Ocupacional)	3.7	1.6
	Horas Dedicadas a la Clínica de Heridas	607	2,785
	Total de Consultas realizadas en Clínica de Heridas	1,001	6,032
MEDICINA ESPECIALIZADA	Total de Consultas de Medicina Especializada (Consulta Externa, Primes de Productividad)	7,112	31,964
	Número de Consultorios de Medicina Especializada	7	20
	Número de Médicos Especialistas en consulta	1	13
	Horas Trabajadas de Medicina Especializada	15,083	40,643
	Horas Dedicadas a la Consulta Ext. de Medicina Especializada	1,687	24,550
	Porcentaje de Horas dedicadas a la Consulta Externa	11%	60%
	Total de Consultas realizadas de Medicina Especializada	7,112	31,964
	Rendimiento de Medicina Especializada	4.2	1.3
	Promedio diario de consultas de Medicina Especializada (Total de Consultas de Especializada / Días hábiles)	29	130
	Número de Sillones Dentales	5	9
ODONTOLOGÍA - CONSULTA EXTERNA	Número de Odontólogos en consulta	1	3
	Número de Odontólogos Internos en consulta	1	1
	Horas Trabajadas de Odontólogos Institucionales	6,344	24,324
	Horas Sillón Dedicadas a la Consulta Externa de Odontólogos Institucionales	1,372	5,972
	Porcentaje de Horas dedicadas a la Consulta	21.6%	24.5%
	Total de Consultas realizadas de Odontología	2,911	11,489
	Consultas realizadas por Odontólogos Institucionales	2,372	9,933
	Consultas realizadas por Odontólogos Internos	539	1,306
	Rendimiento de Odontología	1.7	1.7