

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PANAMÁ

**PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA EQUIDAD Y
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

(PN-L1068)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Frederico Guanais de Aguiar (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Leonardo Pinzón (SCL/SPH); Susan Kolodin (SCL/SPH); Christina Novinsky (SCL/SPH); Diana Pinto (SCL/SPH); Zuleyka Moreno de Pessina (CID/CPN); Sheyla Silveira (SCL/SPH); Juan Carlos Dugand (PDP/CPN); Karina Díaz (PDP/CPN); y Bernadete Buchsbaum (LEG/SGO).

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	1
I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A. Antecedentes, problemas y justificación	2
B. Objetivos, componentes y costo	6
C. Indicadores clave de la matriz de resultados	10
II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS	11
A. Instrumentos del financiamiento.....	11
B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias	11
C. Riesgos fiduciarios.....	11
D. Otros Riesgos.....	12
III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.....	12
A. Resumen del esquema de ejecución	12
B. Resumen para medidas para monitoreo de resultados	15

Anexos	
Anexo I	Resumen Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM)
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

Enlaces Electrónicos	
OBLIGATORIOS	
1.	POA (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 18 meses de implementación) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36154603
2.	Plan de Seguimiento y Evaluación http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36155355
OPCIONALES	
1.	Referencias Bibliográficas http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36167542
2.	Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014 http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36154645
3.	Estrategia de Extensión de Cobertura http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36157602
4.	Análisis Económico Ex ante http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36155291
5.	Taller de gestión de riesgo http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36154612
6.	Presupuesto detallado y programación de desembolsos http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36157644
7.	Manual Operativo General del Programa http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36154668
8.	Reglamento Operativos de la Provisión de PAISS+N y PSPV a través de Giras Institucionales (Octubre 2010) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36154694
9.	Reglamento Operativos de la Provisión de PAISS+N y PSPV a través de Organizaciones Extraintitucionales (Octubre 2010) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36154683
10.	Flujo de desembolsos recursos para el pago per cápita http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36225691
11.	Análisis de focalización del programa http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36157588
12.	<i>Safeguard and Screening Form and Classification of Projects (SSF)</i> http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36168496

ABREVIATURAS

AIN-C	Atención Integral de la Niñez en la Comunidad
ATE	Auditoría Técnica Externa
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CDG	Convenio de Gestión
CODIPRO	Comité Directivo del Programa
CPP	Cartera de Prestaciones Priorizadas
GRP	Gestión de Riesgo de Proyectos
DALY	Años de Vida Ajustados por Discapacidad, según sus siglas en inglés
DRS	Direcciones Regionales de Salud
EEC	Estrategia de Extensión de Cobertura
ES	Establecimiento de Salud
GI	Giras Institucionales
GOP	Gobierno de Panamá
GP	Grupo Poblacional
MINSA	Ministerio de Salud
NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Organizaciones Extrainstitucionales
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAISS	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud
PAISS+N	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud más AIN-C
PIB	Producto Interno Bruto
PMR	Informe de Progreso de Monitoreo, según sus siglas en inglés
PN	Panamá
PPB	Padrón de Población Beneficiaria
PSPV	Protección en Salud para Poblaciones Vulnerables
UBA	Unidad Básica de Atención
UGAF	Unidad de Gestión Administrativa y Financiera

RESUMEN DEL PROYECTO
PANAMÁ
PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA EQUIDAD Y FORTALECIMIENTO DE LOS
SERVICIOS DE SALUD
(PN-L1068)

Términos y Condiciones Financieras ¹				
Prestatario: República de Panamá			Plazo de amortización:	25 años
			Período de gracia:	5 años
Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud (MINS)			Desembolso:	5 años
Fuente	Monto (millones US\$)	%	Tasa de interés:	Basada en LIBOR
BID (CO)	50	71	Comisión de inspección y vigilancia:	*
Local	20	29		
Total	70	100	Comisión de crédito:	*
			Moneda:	Dólares estadounidenses de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco
Esquema del Proyecto				
Objetivo del proyecto: El objetivo general del programa es mejorar la equidad en salud a través del incremento en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en Comarcas Indígenas y sus áreas rurales limítrofes. Se espera que por intermedio del fortalecimiento de la atención primaria, el reforzamiento de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) y la adecuación de las redes de salud, el programa reduzca las tasas de mortalidad materna e infantil, la desnutrición crónica y mejore el estado de salud de la población más pobre del país.				
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) presentación, por parte del prestatario a satisfacción del Banco, de evidencia que: (a) ha aprobado y puesto en vigencia el Manual Operativo del programa; (b) ha aprobado y puesto en vigencia la actualización de los Reglamentos Operativos utilizados en la operación objeto del Contrato de Préstamo 1867/OC-PN para la provisión de servicios de la CPP en las Unidades Básicas de Atención (UBA), a través de Giras Institucionales (GI) y Organizaciones Extraintitucionales (OE); y (c) ha aprobado y puesto en vigencia el Reglamento Operativo para la provisión de servicios por parte de las Direcciones Regionales de Salud (DRS) y de las OE en la red fija de salud (ver ¶3.5); y (ii) ha contratado la auditoría financiera y la Auditoría Técnica Externa (ATE) del programa. (ver ¶3.8). Será condición referente a los desembolsos de los recursos del financiamiento relacionados a los pagos per cápita, posteriores al primer desembolso, el informe de la ATE, determinando que se cumplieron los indicadores de cobertura, desempeño y satisfacción y que no se detectaron prácticas prohibidas. (ver ¶3.9).				
Aspectos especiales: Los desembolsos de los recursos del financiamiento, para los pagos per cápita, se justificarán con base en los informes de la ATE y de la auditoría social. Los desembolsos para los demás componentes se basarán en gastos efectivamente incurridos (ver ¶3.7).				
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna				
El proyecto califica como: SEQ [X] PTI [X] Sector [X] Geográfica [X] % de beneficiarios [X]				

* La comisión de crédito y comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de cargos financieros del Banco, de conformidad con las disposiciones aplicables de la política del Banco sobre metodología para el cálculo de cargos para préstamos del capital ordinario. En ningún caso la comisión de crédito podrá exceder del 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia exceder, en un semestre determinado, lo que resulte de aplicar el 1% al monto del Financiamiento, dividido por el número de semestres comprendido en el plazo original de desembolsos.

I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 **Resultados y retos en salud.** Entre 2004 y 2009, Panamá registró un promedio anual de crecimiento en su Producto Interno Bruto (PIB) de 8,1%, creciendo incluso durante la crisis mundial de 2008¹. Sin embargo, aunque el nivel de pobreza se redujo entre 2003 y 2008 pasando de 36,8% a 32,7%², casi un tercio de la población continúa por debajo de la línea de pobreza.
- 1.2 Adicionalmente, se evidencian importantes rezagos en los resultados de salud, principalmente relacionados con la salud materna, del recién nacido y la desnutrición infantil. Estos rezagos se explican en parte por las desigualdades en el nivel de acceso a las intervenciones básicas de salud pública, así como por el uso y la calidad de los servicios. Panamá enfrenta también una transición epidemiológica caracterizada por una doble carga de enfermedad, en la que las enfermedades no transmisibles y los accidentes cobran progresivamente mayor relevancia que las enfermedades infecciosas³.
- 1.3 En relación con la salud materna, de 1990 hasta 2007 la tasa de mortalidad en el país ha subido de 53,4 a 59,4 muertes por cien mil Nacidos Vivos (NV), muy superior a la meta para 2015 establecida en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), de 13,4 muertes por cien mil NV⁴. En las áreas comarcales y zonas rurales limítrofes, las tasas son aún más elevadas, alcanzando en el año 2006 en la Comarca Ngöbe Buglé, en la Comarca Kuna Yala y en la provincia de Darién, las cifras de 376,4, 584,8 y 292,7 muertes maternas por cien mil NV, respectivamente. Este escenario es explicado por las condiciones presentes en comunidades pobres e indígenas relacionadas con el difícil acceso, la falta de atención de partos por un profesional calificado, y la existencia de barreras culturales y sociales en la utilización de los servicios. Solo el 27,5% de la población indígena usa métodos anticonceptivos modernos, el 64% recibe atención prenatal por parte de un médico, y tan solo el 44% recibe asistencia de un médico en el parto⁵.
- 1.4 A través del tiempo, Panamá ha hecho esfuerzos para reducir la mortalidad infantil y obtuvo éxito parcial. Entre 1990 y 2007, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 18,9 a 14,7 muertes por cada mil nacimientos, lo que aún está lejos de la meta asociada al cuarto ODM de 6,3 muertes por mil NV para el año 2015⁶. Adicionalmente, persisten desigualdades, una vez que datos de 2009 muestran que

¹ *World Development Indicators 2011.*

² Encuesta de Niveles de Vida 2008 (ENV 2008).

³ Para 2002, los años de vida perdidos por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, representan el 38% del total de la carga de enfermedad y las enfermedades no transmisibles (principalmente crónicas), representan el 44% del total de la carga de la enfermedad. Véase: <http://apps.who.int/whosis/data>.

⁴ ODM, III Informe de Panamá, 2009.

⁵ El 36% de las madres tienen la primera visita prenatal antes del cuarto mes de gestación y solamente la mitad de las mujeres indígenas embarazadas dan a luz en un establecimiento de salud (ENV 2008).

⁶ ODM, III Informe de Panamá, 2009.

- en comarcas indígenas la tasa de mortalidad infantil es de 20,3 muertes por mil NV, mientras que el promedio nacional en el mismo año es de 12,2 muertes por mil NV⁷. Parte de estas muertes son prevenibles y ocurren en los primeros días después del nacimiento: entre las muertes de niños menores de un año en 2008, el 34% fueron por causas originadas en el período perinatal; un 11% por neumonía; un 6% por diarreas o desnutrición proteico-calórico; y un 4% por causas externas, lo que puede representar cuidados inadecuados del infante por su familia⁸.
- 1.5 Las desigualdades en la salud de los niños(as) están presentes en el nacimiento y persisten durante toda la infancia. La mayor prevalencia de desnutrición crónica⁹ se presenta en poblaciones indígenas, alcanzando el 62% para niños(as) menores de 5 años; tres veces la prevalencia nacional (19,1%)¹⁰. Asimismo, existen variaciones en relación con la cobertura del esquema completo de vacunación, donde en algunas zonas alcanza solamente el 30%.
- 1.6 En cuanto al sistema de salud, persisten brechas en la disponibilidad de servicios preventivos de atención primaria y de emergencias en salud para comunidades indígenas y no indígenas. La provincia de Panamá concentra cerca de 60% del personal calificado en salud de todo el país. En las áreas más pobres, la infraestructura inadecuada de primer nivel, la escasez de insumos, la ausencia de incentivos para mejorar la calidad de la prestación y la desvinculación entre el primer y segundo nivel de atención, impiden que los servicios de salud mantengan la continuidad y el manejo constante de las enfermedades. Estos son factores esenciales para una adecuada atención prenatal y del parto, para la atención oportuna de emergencias obstétricas y neonatales, para adecuados controles de crecimiento y desarrollo, así como para la prevención de enfermedades crónicas¹¹.
- 1.7 **Respuesta del gobierno.** Los esfuerzos realizados por el Gobierno Nacional, a través del MINSA, apoyados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y por el Banco Mundial (BM)¹², se han enfocado en intervenciones para atender la problemática de salud que se presenta en comunidades indígenas y zonas rurales con mayores problemas de acceso a los servicios de salud. En 1995, el país inició la [Estrategia de Extensión de Cobertura \(EEC\)](#), la cual llegó a tener un modelo de financiamiento combinado de pago per cápita y por desempeño a los proveedores, creando incentivos para aumentar la eficiencia en la entrega de servicios de atención primaria en salud. La EEC establece la provisión de un paquete de Protección en Salud para Poblaciones Vulnerables (PSPV) dirigido a poblaciones rurales, y un Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud fortalecido con Atención Integral de la Niñez en la Comunidad (AIN-C), denominado PAISS+N, dirigido a poblaciones en Comarcas Indígenas. Este conjunto de servicios en salud

⁷ Instituto Nacional de Estadística y Censo 2009.

⁸ ODM, III Informe de Panamá, 2009.

⁹ La desnutrición crónica se define con base en el déficit en la talla esperada para la edad, fundamentada en las curvas de crecimiento publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006).

¹⁰ ENV 2008.

¹¹ Remington et al., 2010.

¹² BID: Programa de Protección Social Fase I (1867/OC-PN). Banco Mundial: Programa de Equidad y Mejor Desempeño en el Sector de la Salud (L7587-PA).

es prestado por [Organizaciones Extraintitucionales \(OE\)](#)¹³ y por profesionales de salud contratados por las Direcciones Regionales de Salud (DRS) del MINSA en la forma de [Giras Institucionales \(GI\)](#). A finales de julio de 2010, la EEC con PAISS+N llegó a englobar 170.326 personas registradas en el Padrón de Población Beneficiaria (PPB) en áreas comarcales, pero de estos solamente 78.349 personas efectivamente recibieron algún tipo de servicio. Respecto a los beneficiarios efectivamente atendidos, según datos administrativos, 43.140 niños menores de 5 años recibieron intervenciones de AIN-C con servicios de promoción de crecimiento y desarrollo, y 74% de las mujeres embarazadas registradas recibieron tres o más controles prenatales y postnatales adecuados.

- 1.8 **Racionalidad de las intervenciones y valor agregado de la presente operación.** En la estrategia de prestación de servicios existente, las redes fija e itinerante están mayormente desvinculadas y no existe un esquema de pago por desempeño en la red fija. La desarticulación entre los dos niveles de servicio (fijo e itinerante), introduce importantes ineficiencias entre las etapas de diagnóstico y atención básica en campo por los equipos itinerantes, y el seguimiento de los pacientes en la red fija. Adicionalmente, la literatura de salud pública y experiencias en otros países¹⁴ registra resultados promisorios de incorporación de pagos per cápita en la red de instalaciones fijas, junto con incentivos para mejorar la calidad y uso de los servicios de salud materna e infantil. Por lo tanto, apoyándose sobre la base de prestación de servicios de salud ya existente, el presente programa introducirá la modalidad de pago por desempeño en redes locales de atención primaria, unificando los servicios de instalaciones fijas y equipos itinerantes (GI y OE) bajo el concepto de Unidad Básica de Atención (UBA), prestando servicios a una población¹⁵ de referencia, con gestión territorial de distintos modelos de atención.
- 1.9 Para que los servicios de las UBA puedan mejorar los indicadores de salud, la cartera priorizada de servicios incluirá intervenciones complementarias que la fortalezcan y apoyen su gestión como redes integradas de atención primaria en salud. El concepto de redes de atención primaria, integrada con los siguientes niveles de atención, fue objeto de evaluaciones positivas en otros países¹⁶.
- 1.10 Los servicios de atención primaria que serán reforzados, abarcan el ciclo de vida de la familia con énfasis en la etapa de la pre-concepción por medio de servicios de planificación familiar; la atención durante el embarazo con reforzamiento de los controles prenatales¹⁷ y atención al recién nacido; y programas de nutrición para la reducción de la desnutrición crónica¹⁸, enfatizando especialmente la

¹³ Las OE son organizaciones de la sociedad civil legalmente establecidas en un país miembro del Banco.

¹⁴ Véase los casos de Argentina con Plan Nacer y otros países (*Basinga et al., 2011; Rusa et al., 2009*).

¹⁵ Los beneficiarios se estiman en 205.000 personas en Comarcas Indígenas y áreas rurales limítrofes.

¹⁶ Véase el Programa Salud de la Familia en Brasil (*Guanais FC et al., 2009; Macinko J et al., 2006*).

¹⁷ La evidencia internacional sugiere que la aceptación de partos institucionales se incrementa cuando las madres reciben información adecuada para los controles prenatales (Nikiema, B. et al., 2009).

¹⁸ La desnutrición crónica infantil ha sido asociada con resultados futuros adversos tales como déficits cognitivos, mayor propensión a la obesidad y factor de riesgo para enfermedades crónicas. (Maurer, J. 2010; Kimani-Murage, E.W., et al. 2010).

- intervención temprana en la fase de 6 a 24 meses de edad con técnicas nutricionales actualizadas¹⁹. El programa también incluye acciones de atención primaria para la prevención y control de enfermedades crónicas, teniendo en cuenta la carga de enfermedades no transmisibles registrada en Panamá.
- 1.11 Para mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud materno-infantil y ampliar la integración de las redes locales, el programa incorpora un componente para mejorar los servicios especializados que requieren atención en el segundo nivel. Se fortalecerán: (i) intervenciones de probada eficacia con énfasis en el incremento de la proporción de partos institucionales²⁰; y (ii) la capacidad de los establecimientos maternos para tratar emergencias obstétricas y complicaciones que son parte de los cuidados obstétricos y neonatales esenciales²¹.
 - 1.12 Con el refuerzo de la cartera de servicios de atención primaria y la alineación de incentivos, se espera generar demanda adicional para la utilización de servicios de salud en el segundo nivel de atención. Para hacer efectivo este nuevo modelo de gestión, se realizará un análisis de redes de salud en función del flujo de la demanda, el acceso y criterios de calidad, así como la redefinición de distritos sanitarios y redes locales. Se introducirán mecanismos de mejor articulación entre el primer y segundo nivel de atención, así como la implementación de modelos de gestión, el reforzamiento de los servicios de diagnóstico y procedimientos médicos, la definición de protocolos de medicina a distancia y el reforzamiento de mecanismos de referencia y contrareferencia.
 - 1.13 Asimismo, el programa pondrá particular énfasis en la adecuación cultural de los servicios de salud. Por el lado de la oferta, se asegurará que tanto la infraestructura como los recursos humanos sean fortalecidos de acuerdo con las prácticas y costumbres de las distintas poblaciones indígenas. Para reducir la “distancia social” entre los proveedores de salud y los pacientes, se pondrá énfasis en la sensibilización y en la capacitación de los profesionales de salud sobre los valores, prácticas, y creencias de los pueblos indígenas en materia de salud y nutrición²².
 - 1.14 **Relación con la estrategia del país en el sector y del Banco.** El [Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014](#), contempla un eje de Inclusión Social que tiene las siguientes metas: (i) la reducción de la desnutrición con especial atención a las mujeres embarazadas; (ii) la ampliación de la cobertura y calidad de servicios básicos de salud con énfasis en atención primaria; y (iii) el fortalecimiento de la red hospitalaria. La presente operación está enmarcada en la Estrategia Institucional

¹⁹ Por ejemplo, la literatura sugiere que suplementos con micronutrientes sobre una base de lípidos, puede tener mayores impactos sobre el retraso de talla por edad (Adu-Afarwuah, S. et al., 2007).

²⁰ En la literatura internacional de salud pública predomina la recomendación de utilización de partos institucionales como medida para evitar la mortalidad materna (Campbell, O. M., et al., 2006).

²¹ Funciones obstétricas y neonatales esenciales son los insumos y recursos humanos recomendados para reducir la mortalidad materna y neonatal (Pagel, C., et al., 2009; Díaz, J. J., & Jaramillo, M. 2009).

²² Se está apoyando el desarrollo de un estudio de barreras socio-culturales en Comarcas Indígenas. La evidencia confirma la importancia de la adaptación de los servicios para incrementar el uso de partos institucionales en grupos tradicionales (Gabrysch, S. et al., 2009; De Broa, S., 2005).

del BID, incluida en el [Informe sobre el Noveno Aumento General de Recursos](#)²³ y está alineada con la [Estrategia para una política social favorable a la igualdad y la productividad](#). A través de la [Estrategia de País 2010-2014](#), el BID busca apoyar al Gobierno de Panamá (GOP) en sus esfuerzos para reducir las brechas de salud en las áreas rurales y comarcas indígenas. Esta operación se alinea con estas estrategias²⁴ y con la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015 (SM2015)²⁵.

B. Objetivos, componentes y costo

- 1.15 **Objetivo.** El objetivo general del programa es mejorar la equidad en salud a través del incremento en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en Comarcas Indígenas y sus áreas rurales limítrofes. Se espera que por intermedio del fortalecimiento de la atención primaria, el reforzamiento de la [Cartera de Prestaciones Priorizadas \(CPP\)](#)²⁶ y la adecuación de las redes de salud, el programa²⁷ reduzca las tasas de mortalidad materna e infantil, la desnutrición crónica y mejore el estado de salud de la población más pobre del país.
- 1.16 **Componente 1. Fortalecimiento de la atención primaria en salud (BID US\$43,3 millones; Local US\$14,0 millones).** El objetivo de este componente es garantizar y fortalecer los servicios de prevención, promoción y atención primaria en salud a nivel comunitario en las UBA de la red fija e itinerante. Se financiará la CPP por medio de mecanismos de pago per cápita y por desempeño a los proveedores de salud.
- 1.17 **Subcomponente 1.1.** Implementación del pago per cápita y por desempeño en la red fija e itinerante de atención primaria en salud (BID US\$40,8 millones; Local US\$12,5 millones). Se financiarán los pagos per cápita, definidos como el monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada individuo incorporado como beneficiario del programa, el cual corresponde al cálculo del costo unitario promedio de recursos monetarios de la provisión de la CPP, asociado a cada beneficiario por un año²⁸. Los pagos per cápita incluirán, en su cálculo: (i) la provisión de servicios por las DRS del MINSA (sea en la forma de GI o de red fija) y por las OE; (ii) los costos de los recursos humanos adicionales

²³ Esta estrategia prioriza el financiamiento para la reducción de la pobreza y el aumento de la equidad. Apoya el alcance de las metas regionales de desarrollo para: la reducción de la tasa de mortalidad materna y de lactantes, la incidencia de enfermedades transmitidas por el agua, el desarrollo de protocolos de salud preventiva, y las medidas tomadas frente a la transición epidemiológica.

²⁴ La Estrategia Social indica la necesidad de fortalecer los sistemas nacionales de salud y hacer énfasis en una atención de salud primaria integral. La Estrategia de País abarca los siguientes indicadores: Reducción de la mortalidad materna e infantil y reducción de la desnutrición crónica.

²⁵ El objetivo es contribuir a la disminución de la muerte materna y la desnutrición crónica mediante el aumento en el uso y la calidad de los servicios de salud materna e infantil para el 20% más pobre.

²⁶ La CPP es el conjunto de prestaciones (servicios de promoción, prevención y atención de la salud) que se otorgarán a los beneficiarios que se encuentran protegidos bajo el presente programa.

²⁷ Las áreas beneficiarias del programa incluyen las Comarcas de Nave Buglé, Bocas del Toro, Kuna Yala, Darién, Panamá, Coclé, Herrera, Los Santos, Panamá Oeste, Veraguas, Chiriquí y Colón.

²⁸ Para las regiones de Ngabe Buglé y Bocas del Toro, el monto es de US\$44,58; Kuna Yala, Darién y Panamá, US\$53,21; Coclé, Chiriquí, Herrera, Los Santos, Panamá Oeste y Veraguas, US\$40,88. Anualmente el MINSA podrá solicitar al BID la modificación de la CPP, proveyendo la debida justificación.

- contratados por las DRS del MINSA o por las OE, incluyendo el equipo de gestión, el equipo básico de salud y el equipo comunitario; (iii) los costos de los insumos, materiales, movilización, bienes y equipos adquiridos por las DRS del MINSA o por las OE, relacionados con la prestación de los servicios de la CPP. Además, los pagos per cápita incluirán, en su cálculo, los costos de pago por desempeño y por satisfacción de los usuarios a las DRS del MINSA y a las OE. En el caso de las DRS del MINSA, éstas deberán reinvertir los recursos de los pagos por desempeño en el fortalecimiento de la red de atención en salud.
- 1.18 Los gastos elegibles en este subcomponente, serán los pagos per cápita que incluirán: (i) el pago en función de las comunidades visitadas, población protegida, población atendida y los días de atención (logros de cobertura); (ii) el pago con base en el cumplimiento de los respectivos indicadores de desempeño y calidad de los servicios; y (iii) el pago en función de la satisfacción de los usuarios. Los pagos referentes a los logros de cobertura representarán hasta el equivalente del 65%, los pagos referentes a los logros de los indicadores de desempeño hasta el equivalente del 30%, y los pagos referentes a la satisfacción de los usuarios hasta el equivalente del 5% de los pagos per cápita. Los pagos a los que hacen referencia los numerales (i) y (ii) serán validados por la Auditoría Técnica Externa (ATE), y los pagos a que hace referencia el numeral (iii) serán validados por la auditoría social. La Dirección de Provisión de Servicios de Salud del MINSA, analizará y realizará el monitoreo de la información relacionada con los pagos per cápita.
- 1.19 **Subcomponente 1.2.** Desarrollo de un modelo de gestión de la atención primaria en salud (BID US\$476 mil; Local US\$118 mil). Con los recursos asignados a este subcomponente, el organismo ejecutor contratará servicios de asistencia técnica y capacitaciones para el diseño y establecimiento de redes de salud en función del flujo de la población beneficiaria y protegida, el acceso, y la redefinición de ámbitos de resolución de los distritos de salud. Para el rediseño de la red se tendrá en cuenta la población asignada, la cartera de servicios, los recursos humanos y el análisis de la inclusión de los costos de mantenimiento.
- 1.20 **Subcomponente 1.3.** Fortalecimiento de la cartera de servicios de atención primaria en salud (BID US\$2,0 millones; Local US\$1,4 millón). Se financiarán intervenciones específicas para mejorar: (i) la calidad de los servicios preventivos y de atención primaria ya incluidos en la CPP, dirigidos a la mujer y a la niñez; y (ii) la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas. Con los recursos del préstamo asignados a este subcomponente el organismo ejecutor contratará las siguientes actividades:
- a. Servicios de salud sexual y reproductiva: (i) servicios de asistencia técnica y capacitación para la introducción de servicios diferenciados de planificación familiar para adolescentes; (ii) la adquisición de métodos anticonceptivos con el fin de garantizar su disponibilidad; y (iv) adquisición de equipos para la toma de exámenes de Papanicolaou y otras pruebas. Con los recursos de la contrapartida local serán financiados incentivos a la demanda para aumentar el uso y calidad de controles prenatales.

- b. Salud de la niñez: (i) servicios de asistencia técnica, capacitación y bienes para la introducción de los servicios de nutrición infantil en la estrategia AIN para la red fija; (ii) capacitación y adquisición de equipos para mejoramiento de la calidad de los controles de crecimiento y desarrollo; (iii) asistencia técnica para el diseño y adquisición de bienes para la implementación gradual de un esquema de alternativas de suplementación alimentaria, especialmente para el período de 6 a 24 meses; y (iv) servicios de asistencia técnica y adquisición de bienes para el fortalecimiento del programa de inmunizaciones, para la revisión de la cadena de frío, y para la capacitación del personal para el manejo del esquema de vacunación.
 - c. Enfermedades crónicas: (i) adquisición de bienes para el tamizaje para detectar factores de riesgo de enfermedades crónicas y equipos de pruebas rápidas; (ii) servicios de asistencia técnica para el manejo de enfermedades crónicas; y (iii) adquisición de medicamentos para el control de este tipo de enfermedades.
 - d. Salud bucal: (i) un conjunto opcional de servicios de promoción y prevención en salud bucal, teniendo en cuenta la demanda en la red itinerante y la red fija.
 - e. Servicios de asistencia técnica de educación para la salud y participación comunitaria: (i) para el desarrollo de una estrategia de promoción y comunicación social en salud integral para la mujer, que incluya capacitación técnica al personal de salud para la identificación temprana de signos de alarma y adecuada referencia; (ii) para la adopción de una estrategia de promoción y comunicación social en planificación familiar, con énfasis en los adolescentes; y (iii) para el desarrollo de instrumentos y alternativas para promoción del crecimiento y la adopción de conductas saludables en el hogar. Con los recursos de la contrapartida local serán financiados incentivos al personal comunitario para una adecuada referencia al parto institucional.
- 1.21 **Componente 2. Mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal (BID US\$922 mil; Local US\$1,0 millón).** El objetivo de este componente es mejorar la calidad y aumentar la demanda de los servicios de salud especializados a nivel institucional, dirigida a la mujer y al recién nacido en poblaciones de mayor rezago en los indicadores de salud materna y neonatal, a través del financiamiento de insumos y adecuaciones físicas que permitan mejorar la capacidad resolutive de establecimientos de salud de la red fija del primer y segundo nivel de atención. Con los recursos del préstamo asignados a este componente el organismo ejecutor contratará las siguientes actividades:
- 1.22 **Subcomponente 2.1. Uso y calidad de los servicios de parto institucional (BID US\$567 mil, Local US\$549 mil):** (i) la adecuación física de salas de parto occidental y salas de parto vertical a través de la provisión de equipos e insumos básicos para unidades de parto y atención al neonato, priorizando áreas de mayor rezago; y (ii) la adquisición de equipamiento y mobiliario para casas maternas y albergues²⁹. Con una parte de los recursos de la contrapartida local se financiarán

²⁹ Los albergues contiguos a las casas maternas son usados por los acompañantes de la mujer embarazada.

- incentivos en forma de viáticos a las madres y sus acompañantes para que utilicen los servicios de parto institucional.
- 1.23 **Subcomponente 2.2.** Atención de emergencias obstétricas y del neonato (BID US\$355 mil; Local US\$499 mil): (i) la asistencia técnica para definir protocolos de referencia, atención y movilización para emergencias obstétricas; (ii) compra de equipos de emergencia obstétrica y neonatal, así como oxitocina y bolsas de sangre; y (iii) servicios de consultoría para el diseño de incentivos para la formación de especialistas en neonatología y anestesiología, y la capacitación del personal de salud en atención de emergencias obstétrica y neonatal.
- 1.24 **Componente 3. Adecuación de las redes del sistema de salud (BID US\$1,6 millón; Local US\$2,3 millón).** Este componente fortalecerá las redes de salud a través de la conexión de los servicios entre el primer y segundo nivel de atención, la implementación de esquemas integrados de gestión operativa que mejoren la capacidad resolutive de los servicios de salud, y garanticen la continuidad y calidad de la atención a las poblaciones objetivo. Con los recursos del préstamo asignados a este componente el organismo ejecutor contratará las siguientes actividades:
- 1.25 **Subcomponente 3.1.** Refuerzo de la red fija en el segundo nivel de atención (BID US\$270 mil; Local US\$118 mil): (i) adquisición de equipos, suministros e insumos básicos para el fortalecimiento de la red fija del segundo nivel de atención; (ii) asistencia técnica para la revisión de tecnologías para pruebas rápidas y adquisición de insumos de laboratorio³⁰ que apoyen el proceso de detección de riesgo y diagnóstico temprano de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como cáncer de mama, cuello uterino y próstata, en comunidades de difícil acceso.
- 1.26 **Subcomponente 3.2.** Gestión del recurso humano (BID US\$160 mil; Local US\$261 mil): (i) asistencia técnica para el diseño de un plan de incentivos para una distribución geográfica más eficiente del personal médico y de enfermería al primer y segundo nivel de atención; y (ii) asistencia técnica al personal de salud para mejorar la provisión de servicios a poblaciones indígenas y campesinas. Con los recursos de la contrapartida local serán financiados los incentivos definidos para el personal médico y de enfermería del primer y segundo nivel.
- 1.27 **Subcomponente 3.3.** Sistema de referencia y contra referencia (BID US\$252 mil; Local US\$1,2 millones): (i) provisión de servicios y equipos informáticos para construir el padrón de población beneficiaria en la red fija; (ii) la dotación y mantenimiento de equipos de comunicación para conectar los distintos niveles del sistema de referencia y contrareferencia, con especial énfasis en la movilización en caso de urgencias; (iii) asistencia técnica para el desarrollo de un modelo de atención preferencial al paciente referido³¹; (iv) asistencia técnica para asegurar la disponibilidad de modalidades de comunicación y transporte para los pacientes

³⁰ Perfil de lípidos, glicemias, micro albúmina; perfil de hemoglobina; sífilis; tamizaje y referencia para cáncer del cuello uterino; tamizaje y tratamiento de anemia, tamizaje para VIH SIDA, entre otros.

³¹ En este modelo, los pacientes con referencias tienen atención preferencial en comparación a los demás pacientes en los hospitales, excepto en los casos de emergencias.

- referidos; y (v) asistencia técnica para la definición del marco regulatorio de la medicina a distancia.
- 1.28 **Subcomponente 3.4** Mejoramiento de la gestión hospitalaria (BID US\$939 mil; Local US\$700 mil): (i) consultorías para la elaboración e implementación de planes de gestión hospitalaria, con énfasis en hospitales de referencia para Comarcas Indígenas y/o zonas rurales limítrofes; (ii) asistencia técnica para el diseño de un sistema integral de información que integre los subsistemas y mejore la calidad de los registros hospitalarios³²; y (iii) asistencia técnica para el fortalecimiento del sistema de gestión de calidad.
- 1.29 **Componente 4. Gestión, auditoría y evaluación del programa (BID US\$4,1 millones; Local US\$2,6 millones).** Este componente fortalecerá la capacidad del MINSA, a nivel central, para la coordinación de sus direcciones nacionales involucradas en la ejecución del programa y a nivel de las DRS. Con los recursos del préstamo asignados a este componente, el organismo ejecutor contratará: (i) asistencia técnica para fortalecer el equipo del MINSA para la supervisión y gestión (administrativa y financiera) del programa; (ii) la contratación y supervisión de la ATE y la auditoría financiera y la auditoría social del programa; (iii) servicios de consultoría para reforzar el esquema de seguimiento y monitoreo del programa; y (iv) servicios de consultoría para el diseño y desarrollo de evaluaciones en el marco del programa. También serán financiados los costos operativos del Comité Directivo del Programa (CODIPRO) del MINSA³³.
- 1.30 **Costo del programa.** El Cuadro I-1 presenta el costo del programa que asciende a US\$70 millones, de los cuales US\$50 millones corresponden a financiamiento del BID proveniente de los recursos del capital ordinario, y US\$20 millones corresponden al aporte local. Ver enlace [presupuesto detallado](#).

Cuadro I-1 Tabla I-1 Costos (US\$)

Descripción de los componentes	BID	Local	Total
1) Fortalecimiento de la atención	43.311.285	14.058.077	57.369.362
2) Mejoramiento de la atención materna	922.000	1.049.540	1.971.540
3) Adecuación de la redes del sistema de	1.620.715	2.303.697	3.924.412
4) Gestión, auditoría y evaluación	4.146.000	2.588.686	6.734.686
TOTAL	50.000.000	20.000.000	70.000.000

C. Indicadores clave de la matriz de resultados

- 1.31 Se prevé que el programa contribuirá a mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de salud y nutrición del país, y a superar las barreras de acceso a los servicios básicos preventivos y de atención primaria para los segmentos más pobres de la población. Los resultados esperados son la reducción de: (i) la mortalidad materna; y (ii) la tasa de mortalidad infantil y de desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

³² Actualmente existe el registro de la causa del egreso pero no está nominalizado de una forma regular.

³³ Participan del CODIPRO: Ministro, Secretario General y Director General de Salud; Directores Nacionales de Planificación y de Provisión de Servicios de Salud; y Director de la UGAF.

- 1.32 A través de las actividades del Componente 1 se espera aumentar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de atención primaria, y con ello aumentar el uso de los servicios de planificación familiar, el porcentaje de mujeres que reciben controles prenatales por personal calificado, y el porcentaje de niños que reciben un esquema de suplementación e inmunización completa. A través de las actividades del Componente 2, se espera aumentar el porcentaje de mujeres con atención de parto institucional, la referencia para emergencias obstétricas y de niños con bajo peso y talla para la edad. A través de las actividades del Componente 3, se espera aumentar el porcentaje de médicos y enfermeras para la atención en las áreas priorizadas, adecuar la oferta en el segundo nivel de atención, y aumentar los servicios de laboratorio para el tratamiento de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles. En la red fija, también se espera la puesta en marcha de nodos de servicio, el refuerzo al sistema de referencia y contrareferencia, y el aumento en el porcentaje de usuarios nominalizados.

II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS

A. Instrumentos del financiamiento

- 2.1 El programa se financiará a través de un préstamo de inversión. Se prevé un plazo de desembolso de 5 años con el siguiente flujo de desembolsos, si el Contrato de Préstamo entrara en vigencia y el primer desembolso ocurriera en el año 2012.

Cuadro II-1 Flujo de desembolsos (US\$)

Fuente	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
BID	4.679.466	10.852.453	10.953.725	11.277.934	12.236.422	50.000.000
Local	1.650.310	4.018.184	3.667.614	4.849.360	5.814.532	20.000.000
TOTAL	6.329.775	14.870.637	14.621.339	16.127.294	18.050.955	70.000.000

B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias

- 2.2 La operación ha sido clasificada como categoría “C”, de acuerdo con la Política de Salvaguardia de Medio Ambiente (OP-703) del Banco. No se ha identificado un impacto ambiental negativo. Por las características del programa, se anticipa que éste no producirá efectos sociales adversos. Entre los principales elementos considerados para promover la pertinencia cultural de los servicios, se destacan los siguientes: (i) coordinación con las autoridades indígenas para la prestación de las intervenciones definidas en las Comarcas; (ii) apoyo directo que se brindará a los hogares y a las comunidades con protocolos de atención culturalmente pertinentes; y (iii) establecimiento de mecanismos de control, monitoreo y vigilancia social con una importante participación de mujeres beneficiarias y representantes indígenas.

C. Riesgos fiduciarios

- 2.3 El BID transferirá los recursos del financiamiento en la forma en que se indica en el párrafo 3.6. Para la mitigación de potenciales riesgos en el manejo financiero,

se reforzarán los controles ejercidos por la ATE y por la auditoría financiera para la definición de los desembolsos y el manejo contable de los recursos.

D. Otros Riesgos

- 2.4 Durante la preparación de la operación, se realizó un [análisis de riesgo del programa](#), aplicando la metodología de Gestión de Riesgo de Proyectos (GRP) y se identificaron los siguientes riesgos y medidas de mitigación:
- 2.5 Sostenibilidad financiera del programa. El GOP ha logrado estabilidad económica y un crecimiento anual del PIB, aún con la crisis financiera global³⁴, y ha sido efectivo en el alineamiento de sus recursos fiscales y compromisos de largo plazo para sus programas en el sector salud. De acuerdo con datos de cuentas nacionales calculados por la OMS, en 2008 el gasto gubernamental en salud fue de US\$1.460 millones. Por lo tanto, el monto del presente programa dividido por el plazo de ejecución representa cerca del 0,68% del presupuesto anual público en salud. Teniendo en cuenta lo anterior, el GOP tiene el espacio fiscal suficiente y se incrementará la proporción de recursos locales en la estructura de financiamiento del programa durante el período de ejecución, lo que permitirá una mayor participación del presupuesto nacional en el financiamiento de la provisión de servicios para las áreas priorizadas.
- 2.6 Los gastos recurrentes en la red fija como la contratación de recursos humanos, la compra de medicamentos y otros insumos médicos básicos como la compra de vacunas, serán asumidos con la contrapartida nacional.
- 2.7 Sostenibilidad de las intervenciones. Las intervenciones del programa (ver ¶1.16 a ¶1.29 producirán beneficios por varios años. De acuerdo con el [Análisis de Costo Beneficio](#), la provisión de servicios incluida en la CPP se considera costo-efectiva, con valores estimados en US\$155,23 por año de vida ajustado por incapacidad (DALY, según sus siglas en inglés) evitada, inferior al consumo per cápita anual en el quintil más pobre de la población, que es US\$480,00 (ENV 2008), o al consumo per cápita anual total, que es US\$2.438,00.

III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

A. Resumen del esquema de ejecución

- 3.1 **Prestatario y organismo ejecutor.** El prestatario será la República de Panamá y el organismo ejecutor del programa será el MINSA a través del siguiente esquema: (i) CODIPRO, como instancia estratégica y de decisión del programa; (ii) Direcciones Nacionales del MINSA, como responsables del apoyo a la ejecución del programa; (iii) la Unidad de Gestión Administrativa y Financiera (UGAF) que depende del Despacho del Ministro, como instancia responsable de la coordinación del programa; y (iv) DRS, como instancias de ejecución del programa.

³⁴ 2009 3,2%, 2010 7,5% y 2011 alrededor del 8%.

- 3.2 **Organización regional y local.** Las DRS gestionarán los recursos provenientes del pago per cápita en la red fija e itinerante. Mantendrán el sistema de estadísticas de salud que permita generar los reportes de la población beneficiaria avalada y certificada, la producción de servicios, las coberturas de atención, y resultados de indicadores. A nivel local, las poblaciones focalizadas conformarán un sector sanitario al cual se asignará una OE o GI para proveer servicios de la CPP y la tutela de la salud de los beneficiarios del programa.
- 3.3 **Poblaciones beneficiarias.** La población objetivo del programa es aquella que habita en las comunidades pobres de Comarcales Indígenas y sus zonas rurales limítrofes. El MINSA ha identificado prioridades para la selección de regiones de salud y comunidades elegibles. El detalle de los criterios, la metodología de focalización así como el listado de las comunidades seleccionadas, constan en el [Análisis de focalización del programa](#).
- 3.4 **Esquema de ejecución.** Las OE y el personal encargado de las GI o las unidades de la red fija participantes del programa se comprometerán a cumplir las condiciones vigentes referidas a la calidad de los servicios, incluyendo el tipo de prestaciones brindadas y los indicadores de cobertura y desempeño asociados. También se comprometerán a entregar bimestralmente a las DRS, un informe que identifique los servicios de salud brindados a cada beneficiario. A su vez, las DRS entregarán cada dos meses a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud del MINSA, un informe en función de las comunidades visitadas, población protegida, población atendida y los días de atención (logros de cobertura), y un informe cuatrimestral sobre los respectivos indicadores de desempeño.
- 3.5 **Será condición contractual previa al primer desembolso del financiamiento la presentación, por parte del prestatario a satisfacción del Banco, de evidencia que: (a) ha aprobado y puesto en vigencia el Manual Operativo del programa; (b) ha aprobado y puesto en vigencia las versiones actualizadas de los Reglamentos Operativos utilizados en el Contrato de Préstamo 1867/OC-PN para la provisión de servicios de la CPP en las Unidades Básicas de Atención (UBA) a través de Giras Institucionales (GI) y Organizaciones Extrainstitucionales (OE); y (c) ha aprobado y puesto en vigencia el Reglamento Operativo para la provisión de servicios por parte de las DRS y de las OE en la red fija de salud.**
- 3.6 **Acuerdos fiduciarios.** El BID transferirá los recursos del financiamiento de la siguiente forma: (i) a una cuenta especial del programa en el Banco Nacional de Panamá para los componentes diferentes al del pago per cápita, con base en anticipos que cubran las necesidades para cuatro (4) meses de ejecución del programa, según el respectivo Plan Financiero; y (ii) a una cuenta especial del programa en el Banco Nacional de Panamá para el manejo de los recursos para el pago per cápita con base en el flujo de desembolsos que abarque las necesidades para seis (6) meses de ejecución del programa, según el respectivo Plan Financiero. Los recursos para el pago per cápita por la prestación de servicios en la forma de GI o de la red fija se transferirán directamente de la cuenta en el Banco Nacional de Panamá a las cuentas especiales del programa en las DRS del MINSA. Los recursos para el pago per cápita por la prestación de servicios por las

OE se transferirán de la cuenta especial en el Banco Nacional de Panamá a las OE. El flujo de desembolsos de recursos para el pago per cápita se explica en el [enlace opcional 10](#).

- 3.7 Para el Subcomponente 1.1 del Componente 1, los pagos per cápita se justificarán: (i) con base en los informes de la ATE que medirá los [logros de cobertura](#) y el cumplimiento de los [indicadores de desempeño](#); y (ii) con base en la [auditoría social](#) que medirá el grado de la satisfacción de los usuarios. Para los componentes 2, 3 y 4 y para los subcomponentes 1.2 y 1.3 del Componente 1, los desembolsos se justificarán con base en los gastos efectivamente incurridos.
- 3.8 **Auditorías.** Habrán tres tipos de auditoría: (i) una auditoría anual de los estados financieros del programa de acuerdo con lo dispuesto en las normas generales del contrato de préstamo, así como la revisión semestral de la efectividad de los controles internos; (ii) una ATE para el programa cuyos informes serán presentados al Banco dentro del plazo de 60 días después del final de cada cuatrimestre, a partir del primer desembolso del financiamiento; y (iii) una auditoría social anual que medirá el grado de la satisfacción de los usuarios llevada a cabo por el organismo ejecutor y cuyos informes serán presentados al Banco dentro del plazo de 60 días de la conclusión de cada año calendario. **Será también condición previa al primer desembolso de los recursos del financiamiento la contratación, por parte del prestatario, de la auditoría financiera y de la ATE.**
- 3.9 La ATE determinará: (i) el cumplimiento de los indicadores de cobertura y desempeño por parte de las DRS del MINSA y de las OE; (ii) la integridad, veracidad y consistencia de la información que consta en los informes presentados por las OE y por los proveedores que integran las GI o las unidades fijas a las DRS y por éstas a la UGAF, sobre los logros de los indicadores de cobertura y desempeño sujetos al pago de la cápita; (iii) la integridad, veracidad y consistencia del PPB; (iv) la conformidad de los servicios de salud prestados con la CPP, los manuales, reglamentos, guías y protocolos; y (v) cualquier acto, hecho, indicio u omisión que pudiera configurarse como una práctica prohibida de acuerdo con las normas generales del contrato de préstamo, y alertará al Banco sobre los mismos. La ATE efectuará también encuestas muestrales en la población beneficiaria, que indaguen sobre los indicadores de desempeño y especialmente sobre los aspectos de promoción, prevención y de consejería. La auditoría social medirá el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios. Para el caso de los servicios provistos por las DRS del MINSA (GI y red fija), la ATE verificará los gastos indicados en el Subcomponente 1.1 del Componente 1. En el caso de los servicios provistos por las OE, la ATE se limitará a la verificación de los gastos relacionados con el pago de honorarios y cuotas patronales de los recursos humanos. **Será condición previa a los desembolsos de los recursos del financiamiento relacionados a los pagos per cápita posteriores al primer desembolso, la presentación por parte del prestatario, a satisfacción del Banco, del informe de la ATE determinando que se cumplieron los indicadores de cobertura, desempeño y satisfacción y que no se detectaron prácticas prohibidas.**

- 3.10 **Adquisiciones y contrataciones.** Se aplicarán las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9) para los Componentes 2, 3 y 4 y para los Subcomponentes 2 y 3 del Componente 1. Con relación al Subcomponente 1.1, del Componente 1, solo se verificará la pertinencia del gasto incluido en el costo per cápita. Se seleccionarán directamente los siguientes servicios: (i) la firma consultora responsable de llevar a cabo la ATE ya que dicha firma ha prestado a satisfacción servicios similares en el marco del Contrato de Préstamo 7587-PA del BM y fue seleccionada competitivamente de acuerdo con las políticas de adquisiciones de dicha institución; (ii) la renovación por continuidad de servicios de tres consultores individuales que realizan el monitoreo y supervisión del Modelo de Fortalecimiento de los servicios de las Regiones de Salud y sus proveedores; y (iii) los servicios de tres (3) OE que fueron seleccionadas competitivamente bajo el Contrato de Préstamo 1867/OC-PN del BID y el Préstamo 7587-PA del BM. El presente préstamo financiaría la renovación del tercer año de cada contrato de dichas OE para llevar a cabo los servicios referentes a este programa. Una vez expirada esta renovación, se llevará a cabo un proceso competitivo para la selección de las OE.

B. Resumen para medidas para monitoreo de resultados

- 3.11 **Seguimiento y monitoreo.** Los informes semestrales de progreso que constan en las normas generales del Contrato de Préstamo incluirán el seguimiento a la Matriz de Resultados del programa (véase Anexo II). Además, los informes semestrales de progreso incluirán: (i) un análisis de los resultados de las encuestas muestrales llevadas a cabo en la EEC, que sirvan como línea de base para el seguimiento de los indicadores del programa; (ii) evidencia del avance en la integración de los sistemas de información que incluyan el número de actividades llevadas a cabo y de los beneficiarios atendidos por los proveedores de servicios de salud de acuerdo con la Cartera de Prestaciones Priorizadas; y (iii) el avance en los ajustes realizados en la metodología de monitoreo de las DRS a los prestadores de salud.
- 3.12 **Evaluación.** El organismo ejecutor también contratará servicios de consultoría para evaluar el impacto del programa. Estos servicios deberán ser contratados a más tardar antes de completado el plazo de un año de la fecha de vigencia del Contrato de Préstamo. La evaluación será basada en tres ejes: (i) evaluación de efectos directos asociados a la expansión del modelo de financiamiento basado en desempeño, con presentación de informes anuales; (ii) evaluación de impacto de diferentes alternativas de suplementos en la desnutrición crónica, con la presentación de resultados antes de finalizar el tercer año contado a partir de la fecha de vigencia del Contrato de Préstamo; y (iii) estudio de caso de la implementación de la adaptación sociocultural de los servicios, con la presentación de resultados antes de finalizar el tercer año contado a partir de la fecha de vigencia del Contrato de Préstamo.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID		Alineado	
Programa de préstamos	La intervención contribuye al programa de préstamos para países pequeños y vulnerables, y a la reducción de pobreza y promoción de la equidad.		
Metas regionales de desarrollo	La intervención contribuye a reducciones en tasas de mortalidad materna e infantil, y al porcentaje de niños bajo 5 años con nacimientos registrados.		
Contribución de los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	La intervención contribuye a los siguientes productos del Banco: Población indígena recibiendo paquete básico de salud e incorporado a un registro civil o de identificación.		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país		Alineado	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2596	Reducción en mortalidad materna y desnutrición crónica.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2617	La intervención no está incluida en el Documento de Programación de País 2011.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad		Altamente Evaluable	Ponderación
		9.5	Puntuación máxima
			10
3. Evaluación basada en pruebas y solución		9.4	25%
4. Análisis económico ex ante		8.5	25%
5. Evaluación y seguimiento		10.0	25%
6. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación		10.0	25%
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*		No disponible	
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		C	
III. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales (criterios de VPC/PDP)	Si	Se utilizan las siguientes sistemas: Tesorería, contables e información, control externo y auditoría interna.	
El proyecto usa otro sistema nacional para ejecutar el programa diferente de los indicados arriba			
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Si		
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Si	Se aprobó un Insumo Operacional (OI) que apoya el diseño analítico y proporcionará los insumos técnicos para el proyecto de Mejoramiento de la equidad en salud a través del incremento en la cobertura y el mejoramiento de la calidad de la oferta de servicios de salud (PN L1068) y desarrollará evidencias y alternativas enfocadas al fortalecimiento de la atención primaria en salud, el desarrollo de un esquema integral de nutrición y el fortalecimiento del sistema y de las Redes en Salud. Los diagnósticos y el análisis para el desarrollo de las propuestas de ajustes en el sector salud tendrán especial énfasis en las siguientes áreas: (i) políticas y normatividad en salud; (ii) focalización; (iii) perfil epidemiológico (enfermedades crónicas-degenerativas principalmente), nutricional y demográfico de la población pobre en zonas rurales (indígenas y no indígenas) y en comarcas indígenas; (iv) factores de la oferta y de la demanda de servicios de salud que afecten los resultados en salud; (v) conjunto de servicios de salud frente a la carga de enfermedad observada en zonas rurales y comarcas indígenas; (vi) nutrición; (vii) factores de riesgo de enfermedades crónicas; y (viii) recursos humanos y gasto público.	
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Si	La evaluación abarca tres pilares relacionados con el modelo de prestación de servicios que se pretende instaurar con el proyecto y sobre intervenciones en salud relacionadas con la desnutrición crónica y la interculturalidad de los servicios: a) Evaluación de impactos asociados a la expansión de financiamiento basado en resultados; b) Evaluación de impactos de diferentes alternativas de micronutrientes en la desnutrición crónica y c) Estudio de caso de la implementación de la adaptación sociocultural de los servicios.	

Este es un préstamo de inversión financiado en dos tercios con capital ordinario y un tercio con fondo Local. El programa apoya al gobierno de Panamá en mejorar la equidad en salud mediante incrementos en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en las Comarcas Indígenas y áreas limítrofes. El préstamo da continuidad a 15 años de esfuerzos del Gobierno Nacional para atender las problemáticas de salud en comunidades indígenas y zonas rurales. La nueva operación principalmente expande el modelo de financiamiento combinado de pago per cápita y pago por desempeño utilizado actualmente para poblaciones de difícil acceso (con equipos itinerantes) a poblaciones servidas por redes fijas.

El programa utiliza el sistema de información de salud del ministerio de salud. Los indicadores de la matriz de resultados tienen línea de base y metas definidas. En la mayoría de los casos estas metas son realistas. El proyecto propone una evaluación de impacto quasi-experimental para identificar el impacto de la expansión del modelo de financiamiento a la red fija de atención primaria de salud, y una evaluación experimental para probar varias alternativas de micronutrientes para combatir la desnutrición crónica. Se realizó un análisis económico para mostrar la costo-efectividad de las intervenciones. El proyecto cuenta con una matriz de riesgos que identifica posibles dificultades para la ejecución, así como medidas de mitigación.

Matriz de Resultados

Objetivo del Proyecto:	El objetivo general del programa es mejorar la equidad en salud a través del incremento en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en Comarcas Indígenas y sus áreas rurales limítrofes. Se espera que por intermedio del fortalecimiento de la atención primaria, el reforzamiento de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) y la adecuación de las redes de salud, el programa reduzca las tasas de mortalidad materna e infantil, la desnutrición crónica y mejore el estado de salud de la población más pobre del país.							
Indicadores de Resultados /Efectos Directos *	Línea de base		Meta final			Medios de verificación	Población objetivo	
Tasa de mortalidad materna en comarcas indígenas y su área de influencia.	2,69 por 1.000 nacidos vivos		2,51 por 1.000 nacidos vivos			Línea de base y meta: Contraloría General de la República – Estadísticas vitales 2008.	Mujeres en edad fértil en el Padrón de Población Beneficiaria Certificada (PPBC) en comarcas indígenas y su área de influencia.	
Reducción de la tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años en comarcas indígenas y su área de influencia.	18,0 por 1.000 nacidos vivos		16,4 por 1.000 nacidos vivos			Línea de base y meta: Contraloría General de la República – Estadísticas vitales 2008.	Niños menores de cinco años del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.	
Reducción de la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en comarcas indígenas y su área de influencia.	62%		58%			Línea de base: ENV 2008 Meta: ENV 2013 o informe de evaluación de impacto.	Niños menores de cinco años del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.	
COMPONENTE 1: Fortalecimiento de la atención primaria en salud								
Indicadores de Producto	Línea Base 2011	2012	2013	2014	2016	Meta acumulada 2016	Medios de verificación	Población objetivo
Subcomponente 1.1 Implementación del pago per cápita en la red de atención primaria en salud								
1. Número de personas beneficiarias de la red de atención primaria (inscritas en el Padrón de Población Beneficiaria- PPB)	170.326	180.000	190.000	195.000	200.000	205.000	Línea de base y meta: Padrón de población beneficiaria certificado por parte de la auditoría técnica externa.	PPB en comarcas indígenas y su área de influencia.
2. Número de personas atendidas de la red de atención primaria (recibieron el servicio).	78.349	90.000	114.000	136.500	160.000	184.000	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.

Indicadores de Producto	Línea Base 2011	2012	2013	2014	2015	Meta acumulada 2016	Medios de verificación	Población objetivo
Subcomponente 1.2 Desarrollo de un modelo de gestión de la atención primaria en salud								
3. Número de Unidades Básicas de Salud (red fija) con modelo de cápita implementado.	0 de 21	5 de 21	10 de 21	16 de 21	18 de 21	21 de 21	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA con base en los convenios de gestión.	PPBC en comarcas indígenas su área de influencia.
Subcomponente 1.3 Fortalecimiento de la cartera de servicios de atención primaria								
4. Centros de Salud abastecidos de acuerdo con el cuadro básico de medicamentos e insumos.	0 de 21	5 de 21	10 de 21	16 de 21	18 de 21	21 de 21	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Dirección de Provisión.	PPBC en comarcas indígenas su área de influencia.
5. Protocolos de los servicios actualizados y adaptados culturalmente.	4 de 28	12 de 28	20 de 28	28 de 28	28 de 28	28 de 28	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Meta binaria.	PPBC en comarcas indígenas su área de influencia.
Indicadores de Resultados Intermedios	Línea Base 2011	2012	2013	2014	2015	Meta acumulada 2016	Medios de verificación	Población objetivo
Subcomponente 1.1 Implementación del pago per cápita de la red de atención primaria en salud								
1. Porcentaje de mujeres embarazadas que al final del tercer trimestre de gestación hayan completado al menos 3 controles prenatales (por lo menos uno por cada trimestre).	74%	76%	77%	78%	79%	82%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	Mujeres en edad fértil de PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.
2. Porcentaje de niños y niñas al cumplir un año con al menos 4 controles de crecimiento y desarrollo.	80%	81%	82%	83%	84%	86%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	Niños menores de un año del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.
Subcomponente 1.2 Desarrollo de un modelo de gestión de la atención primaria en salud								
3. Porcentaje de Unidades Básicas de Salud (red fija) con informes de rendición de cuentas actualizados (uno cada 2 meses)	0%	24%	48%	71%	80%	90%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.

Indicadores de Resultados Intermedios	Línea Base 2011	2012	2013	2014	2015	Meta acumula da 2016	Medios de verificación	Población objetivo
Subcomponente 1.3 Fortalecimiento de la cartera de servicios de atención primaria								
4. Porcentaje de mujeres de 20 años y más a las que se realiza un toma de muestra de citología cérvico-vaginal anual	48%	50%	52%	54%	56%	62%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Mujeres en edad fértil del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia
5. Porcentaje de mujeres embarazadas captadas	83%	83%	84%	84%	85%	86%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Mujeres en edad fértil del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia
6. Porcentaje de mujeres embarazadas con 2da dosis o Refuerzo TT o TD (vacunación adecuada según la norma)	87%	87%	88%	88%	89%	89%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Mujeres en edad fértil del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia
7. Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado.	41%	45%	50%	55%	60%	65%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Mujeres en edad fértil en comarcas indígenas y su área de influencia
8. Porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años que tienen al menos dos controles de crecimiento y desarrollo realizados durante el período de prestación evaluado.	69%	72%	74%	76%	78%	82%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	Niños menores de cinco años del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia
9. Porcentaje de niños menores de 24 meses que acuden a las sesiones mensuales de AIN-C.	60%	65%	70%	75%	80%	82%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	Niños menores de dos años del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia
10. Porcentaje de niños entre 6 y 24 meses que están en los programas de alimentación complementaria.	80%	82%	84%	86%	88%	90%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	Niños menores de dos años del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.
11. Porcentaje de niños entre 6 y 24 meses que están en los programas de suplementación incluyendo micronutrientes.	80%	82%	84%	86%	88%	90%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	Niños menores de dos años del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.

Indicadores de Resultados Intermedios	Línea Base 2011	2012	2013	2014	2015	Meta acumulada a 2016	Medios de verificación	Población objetivo
12. Porcentaje de niños y niñas menor de un año con esquema de vacunación completo para su edad.	81%	82%	84%	86%	88%	90%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Niños menores de un año del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.
13. Porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años con esquema de vacunación completo para su edad.	55%	58%	61%	64%	67%	72%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	Niños menores de cinco años del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.
14. Porcentaje de pacientes hipertensos que han recibido el tratamiento según la norma.	0%	50%	55%	60%	65%	75%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.
15. Porcentaje de pacientes diabéticos que han recibido el tratamiento según la norma.	0%	50%	55%	60%	65%	75%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.
16. Porcentaje de sintomáticos respiratorios tamizados para tuberculosis.	40%	50%	60%	70%	75%	83%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA.	PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.
COMPONENTE 2: Mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal								
Indicadores de Producto	Línea Base 2011	2012	2013	2014	2015	Meta acumulada 2016	Medios de verificación	Población objetivo
Subcomponente 2.1 Uso y calidad de los servicios de parto institucional								
1. Número de instalaciones de salud con salas de parto habilitadas ¹	3 de 21	6 de 21	9 de 21	12 de 21	15 de 21	21 de 21	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Mujeres en edad fértil en el PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes
2. Número de casas maternas adecuadas y vinculadas a instalaciones de salud con salas de parto habilitadas ²	0	1	2	3	4	5	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Mujeres en edad fértil del PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes

¹ Para el cálculo de la información se usó el Sistema de Salud del MINSA. Datos preliminares. Los centros incluidos en la definición de habilitación incluyen las instalaciones de salud que cuentan con cama y área de parto.

² Para el cálculo de la información se usó el Sistema de Salud del MINSA. Datos preliminares.

Indicadores de Producto	Línea Base 2011	2012	2013	2014	2015	Meta acumula -da 2016	Medios de verificación	Población objetivo
Subcomponente 2.2 Atención de emergencias obstétricas y del neonato								
3. Número de instalaciones de salud equipadas para funciones obstétricas y neonatales esenciales ³	0 de 6	1 de 6	2 de 6	3 de 6	4 de 6	6 de 6	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Mujeres en edad fértil en el PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia
Indicadores de Resultados Intermedios	Línea Base 2011	2012	2013	2014	2015	Meta acumula -da 2016	Medios de verificación	Población objetivo
Subcomponente 2.1 Uso y calidad de los servicios de parto institucional								
1. Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado (desagregado por servicios institucionales y tipo de personal)	41%	45%	50%	55%	60%	67%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Mujeres en edad fértil en el PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes
Componente 3: Adecuación de la redes del sistema de salud								
Indicadores de Producto	Línea Base 2011	2012	2013	2014	2015	Meta acumula -da 2016	Medios de verificación	Población objetivo
Subcomponente 3.1 Refuerzo de la red fija en el segundo nivel de atención								
1. Número de centros de segundo nivel salud de la red fija equipados para realización de pruebas diagnósticas básicas ⁴	0	3 de 3				3 de 3	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes
Subcomponente 3.2 Gestión del recurso humano								
2. Plan de incentivos al personal de salud implementado en regiones priorizadas	Plan de Incentivos por fortalecer	1 de 4	2 de 4	3 de 4	3 de 4	4 de 4	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Personal médico y de enfermería asignado a áreas indígenas y su área de influencia

³ Para el cálculo de la información se usó el Sistema de Salud del MINSA. Datos preliminares. Se adopta la definición de funciones obstétricas y neonatales esenciales como las que se refieren a la capacidad de manejar partos distócicos (Díaz J, Jaramillo M. *Evaluating interventions to reduce maternal mortality: evidence from Peru's PARSALUD programme. Journal of Development Effectiveness. Volume 1, Issue 4, December 2009, Pages 387 – 412*)

⁴ Solo existen en la actualidad 3 hospitales de segundo nivel: 2 en la Comarca Kuna Yala y 1 en la Comarca Ngobe Bugle.

Indicadores de Producto	Línea Base 2011	2012	2013	2014	2015	Meta acumula -da 2016	Medios de verificación	Población objetivo
Subcomponente 3.2 Gestión del recurso humano								
2. Plan de incentivos al personal de salud implementado en regiones priorizadas	Plan de Incentivos por fortalecer	1 de 4	2 de 4	3 de 4	3 de 4	4 de 4	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Personal médico y de enfermería asignado a áreas indígenas y su área de influencia
Subcomponente 3.3 Sistema de referencia y contrareferencia								
3. Número de personas nominalizadas en el padrón de la red fija	0	10.000	20.000	25.000	30.000	40.000	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes
Subcomponente 3.4 Mejoramiento de la gestión hospitalaria								
4. Número de hospitales de referencia en comarcas indígenas con planes de gestión hospitalaria formulados	0	1 de 3	2 de 3	3 de 3	3 de 3	3 de 3	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes
Indicadores de Resultados Intermedios	Línea Base 2011	2012	2013	2014	2015	Meta acumula -da 2016	Medios de verificación	Población objetivo
Subcomponente 3.1 Refuerzo de la red fija en el segundo nivel de atención								
1. Porcentaje de exámenes PAP informados en el total tomado	64%	68%	72%	76%	80%	85%	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Mujeres en edad fértil en el PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes
Subcomponente 3.2 Gestión del recurso humano								
2. Brecha estimada del personal médico para las regiones priorizadas ⁵	29	24	19	14	9	6	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes
Subcomponente 3.3 Sistema de referencia y contrareferencia								
3. Número de instalaciones de salud que aplican el modelo de atención preferencial al referido ⁶	0 de 21	6 de 21	9 de 21	12 de 21	15 de 21	18 de 21	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes

⁵ Valor asignado en función de la conversión de sub centros a centros de salud (8 subcentros) y de ampliación de cobertura del centro de salud (21 centros). Valor preliminar.

⁶ De acuerdo con la implementación del modelo de redes de salud.



Acuerdos y Requisitos
Fiduciarios

PN-L 1068

Programa de Mejoramiento
de la Equidad y
Fortalecimiento de los
servicios de salud

Enlace electrónico del POD

Junio, 2011

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Panamá

PROYECTO N°: PN-L1068

NOMBRE: Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud (MINSa)

PREPARADO POR: Karina Díaz Briones; Especialista en Adquisiciones (PDP/CPN) y Juan Carlos Dugand; Especialista en Gestión Financiera (PDP/CPN)

I. Resumen ejecutivo

1. La evaluación de la gestión fiduciaria se realizó sobre la base de las visitas llevadas a cabo por los especialistas fiduciarios de la Representación con ocasión de la preparación del presente préstamo, así como la evaluación del desempeño del MINSa como sub-ejecutor del componente 3 del Contrato de préstamo 1867/OC-PN, actualmente en ejecución. Sobre la base de lo anterior, se estima que el riesgo en materia de adquisiciones es bajo y en materia financiera es medio por la complejidad de los flujos de fondos y la multiplicidad de actores involucrados en el componente 1.
2. En materia de adquisiciones, aun cuando Panamá realizó avances significativos, actualmente se vienen realizando modificaciones sucesivas a la legislación con la finalidad de ampliar el alcance de la licitación por mejor valor y flexibilizar el uso de la contratación directa. El Gobierno se encuentra al inicio de la ejecución de un programa para el fortalecimiento del sistema de contrataciones públicas a ser financiado por Banco Mundial (Project ID: P121492). En cuanto al uso del sistema, el Banco acepta el uso del portal informativo y el convenio marco para compras menores a U\$50.000 a través de un ejercicio piloto realizado con el Banco Mundial. El cuanto a los sistemas nacionales financieros, se está implementando un módulo de proyectos para el SIAFPA que sería utilizado por el proyecto una vez terminen satisfactoriamente las pruebas piloto. La Unidad de Gestión Administrativa y Financiera - UGAF cuenta con experiencia en el manejo de este tipo de proyectos.
3. El proyecto no incluye financiamiento de otros multilaterales. No obstante, cabe advertir que actualmente el MINSa está negociando otro préstamo con el Banco Mundial cuyo objeto de gasto y, por ende, esquema de ejecución es similar al PN-L1068.

II. Contexto fiduciario del Organismo Ejecutor

1. Estructura organizacional y funcional

La estructura del proyecto es similar a la establecida en el contrato de préstamo 1867/OC-PN, con la diferencia que ahora el MINSa será ejecutor y no sub ejecutor. Para ello el MINSa cuenta con una Unidad de Gestión Administrativa y Financiera (UGAF), la que forma parte de su estructura institucional y es la responsable de la gestión de los proyectos especiales financiados por la cooperación internacional.

Dado el carácter de atención descentralizada del proyecto, la UGAF interactuará administrativa, financiera y técnicamente con las Direcciones Regionales de Salud (DRS) de las zonas de intervención del proyecto. Cabe precisar que la UGAF será la responsable del control administrativo y financiero del proyecto mientras que las DRS serán las beneficiarias del mismo con funciones de coordinación y gestión para la atención efectiva de la población beneficiaria.

Específicamente para el caso del subcomponente 1.1 del componente 1, la DRS recibirá pagos per cápita del nivel central para que, a través de sus distintos prestadores de servicios¹ (Giras Institucionales – GI y Red Fija – RF),

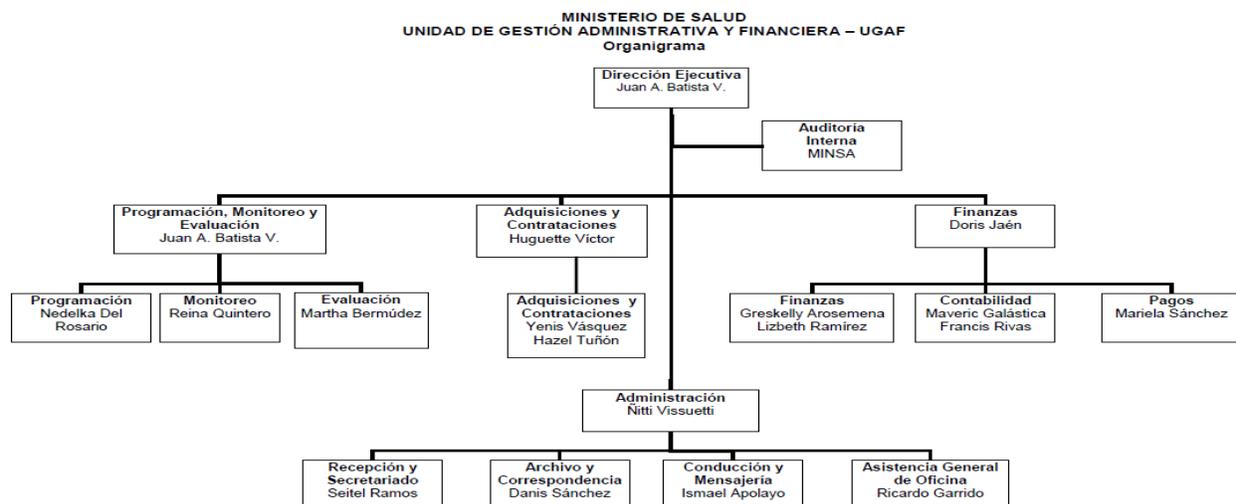
¹ Las Organizaciones Extra institucionales (OE) también son prestadores de salud de las DRS, sin embargo, merecen mención aparte puesto que estas son firmas consultoras que se contratan de acuerdo con las Políticas de Adquisiciones, mientras que las GI y la RF son servicios prestados a través de las DRS.

pueda brindar un paquete de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP). Estos pagos se calculan por individuo incorporado como beneficiario del Programa. Dada la dispersión de las zonas de atención, la dificultad de planificación de los gastos, y la realización de compras menudas y recurrentes adquiridas localmente, en este tipo de programas resulta ser más eficiente el financiamiento de un pago fijo contra un producto y unas metas de gestión determinadas (CPP) en lugar de financiar los insumos que están detrás de este pago per cápita. Con ello se logra: (i) disminuir los costos de transacción; (ii) verificar el cumplimiento de los objetivos de desarrollo lo que no se lograría con el mero financiamiento de insumos dispersos; y (iii) incentivar al MINSA a mejorar la calidad y el contenido de los servicios de atención primaria que brinda en zonas remotas.

Para recibir dichos pagos, se firman convenios de gestión entre la DRS y el nivel central del MINSA donde se establece el alcance de las rondas anuales. A nivel operativo, la DRS debe justificar la realización de las visitas (justificación técnica), la realización de gastos elegibles (justificación administrativa) para ser beneficiario efectivo de la transferencia y el cumplimiento de las metas definidas en cobertura de atención y resultados en salud. Todo ello es supervisado y revisado por la UGAF, asimismo, se cuentan con firmas externas que realizan una Auditoría Técnicas Externa (ATE), una auditoría social y una auditoría financiera. Este esquema de ejecución ha sido recogido en el Manual Operativo del Proyecto. Es importante precisar que dicho manual es utilizado efectivamente en la ejecución del proyecto. Al financiar un costo fijo por persona beneficiaria, los recursos del subcomponente 1.1 del componente 1 para las GI y RF, las adquisiciones relacionadas a los insumos para la producción de los servicios la realizará el MINSA de conformidad con las disposiciones de la Ley de Contrataciones Públicas.

En lo que se refiere a los gastos asociados a los esquemas tradicionales de contratación incluidos en el resto de los componentes, los procesos de contrataciones serán realizados por la UGAF, la misma que cuenta con los instrumentos, personal y soporte administrativo adecuado para cumplir con las políticas fiduciarias del Banco.

2. Equipo de trabajo



3. Planificación de las adquisiciones

Tal como se ha observado en la ejecución del contrato 1867/OC-PN, la UGAF participa activamente en la planificación del proyecto en general y, por ende, el plan de adquisiciones se deriva como un instrumento alineado al proyecto.

4. Ejecución de las adquisiciones

Considerando que la UGAF es la unidad encargada de ejecutar los proyectos de la cooperación internacionales, tiene experiencia en las Políticas de Adquisiciones de los organismos multilaterales y no se han encontrado dificultades en la ejecución.

III. Evaluación del riesgo fiduciario y acciones de mitigación

1. El riesgo determinado para este ejecutor en materia de adquisiciones es bajo.
2. Se identificó como un riesgo para el proyecto no poder contar oportunamente con información financiera confiable, por la complejidad de los flujos de fondos, múltiples actores involucrados, ejecución en áreas remotas y de difícil acceso, entre otros factores y se acordó como acción de mitigación contar con una evaluación periódica de la efectividad de los controles internos implementados para la ejecución del proyecto.

IV. Aspectos a ser considerados en Estipulaciones Especiales a los contratos

A fin de agilizar la negociación del contrato por parte del equipo de proyecto y principalmente de LEG, se incluyen a continuación aquellos Acuerdos y Requisitos que deberán ser considerados en las estipulaciones especiales:

- a. Se aplicarán las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9) para los componentes 2, 3 y 4 y para los subcomponentes 2 y 3 del Componente 1. Con relación al Subcomponente 1, del componente 1, solo se verificará la pertinencia del gasto incluido en el costo per cápita.
- b. Se seleccionarán directamente los siguientes servicios : (i) la firma consultora responsable de llevar a cabo la Auditoría Técnica Externa (ATE); (ii) la renovación por continuidad de servicios de tres consultores individuales que realizan el monitoreo y supervisión del Modelo de Fortalecimiento de los servicios de las Regiones de Salud y sus proveedores; (iii) los servicios de tres (3) OE que fueron seleccionadas competitivamente bajo financiamiento del contrato de préstamo 1867/OC-PN del BID y del préstamo 7587-PA del Banco Mundial. El presente préstamo financiará la renovación del tercer año de cada contrato para llevar a cabo los servicios referentes a este Programa. Una vez expirada esta renovación, se llevará a cabo un proceso competitivo para la selección de las OE.
- c. No se prevé excepciones al uso de las políticas del Banco.
- d. Límites para publicidad internacional en obras, bienes, servicios diferentes de consultoría y servicios de consultoría congruentes con los límites país establecidos por PDP.
- e. Supervisión de adquisiciones en un esquema mixto Ex Ante y Ex post definido de acuerdo a una evaluación de capacidad institucional en materia de adquisiciones realizada al ejecutor y ajustable a criterio del Banco con base a resultados observados.
- f. Plan de Adquisiciones Inicial elaborado en forma conjunta con el Banco y una vez aprobada la operación, el primer Plan de Adquisiciones será elaborado utilizando el Sistema de Ejecución de Planes de Adquisiciones (SEPA).
- g. Como condición previa al primer desembolso, se deberá tener contratada la firma de auditores independientes que realizará la auditoría de los estados financieros y emitirá una opinión semestral sobre la efectividad de los controles internos. Se podrá aceptar a la firma auditora que contrate el MINSa para la auditoría de sus proyectos financiados mediante la cooperación internacional.
- h. Como condición previa al primer desembolso se deberá tener contratada la auditoría técnica externa – ATE. En cuyo contrato se estipule una cláusula donde esta deba alertar al Banco acerca de cualquier acto, hecho, indicio u omisión que pudiera configurarse como una práctica prohibida de acuerdo con las normas generales del contrato de préstamo.
- i. Como condición previa al primer desembolso, se deberá haber aprobado el manual operativo y la actualización de los Reglamentos Operativos de la provisión de servicios de la CPP en Unidades Básicas de Atención (UBA) a través de Giras Institucionales (GI) y Organizaciones Extraintitucionales (OE)
- j. Se solicitarán estados financieros auditados del proyecto anual y una opinión profesional semestral de los auditores sobre la efectividad de los controles internos implementados para la ejecución del proyecto y sobre las evaluaciones administrativas de control que realiza la UGAF sobre los procedimientos para adquisición de insumos y elegibilidad de gastos realizados en forma descentralizada.
- k. El tipo de cambio en el evento que elimine la paridad existente entre el Balboa y el dólar, deberá ser el de la fecha en que se realizan los desembolsos por parte del Banco.

V. Acuerdos y Requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones

Los Acuerdos y Requisitos Fiduciarios en Adquisiciones establecen las disposiciones que aplican para la ejecución de todas las adquisiciones previstas en el proyecto.

1. Ejecución de las Adquisiciones

Las obras que se requieran para este proyecto no serán financiadas con recursos del Banco, serán financiadas íntegramente con aporte local. Las adquisiciones de bienes y servicios se realizarán conforme a las GN 2349-9, de abril 2011 y la selección y contratación de firmas consultoras se llevará a cabo de acuerdo con las GN 2350-9 de abril 2011. Con relación al Subcomponente 1, del componente 1, solo se verificará la pertinencia del gasto incluido en el costo per cápita.

Adquisiciones de, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría: Los Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELS) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) y de comparación de precios se ejecutarán usando Documentos se realizaran utilizando los modelos definidos para esta operación por el Banco.

Selección y Contratación de Consultores: Los contratos de Servicios de Consultoría generados bajo el proyecto se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) emitida por el Banco.

La selección de los consultores individuales: Se hará teniendo en cuenta sus calificaciones para realizar el trabajo, sobre la base de comparación de calificaciones de por lo menos tres (3) candidatos;

Se ha previsto la renovación de los contratos de tres (3) consultores individuales para la Asistencia Técnica del monitoreo y supervisión del Modelo de Fortalecimiento de los servicios de salud de las Regiones de Salud y sus proveedores (centros de salud y equipos móviles). El proceso original fue realizado competitivamente bajo las normas del Banco puesto que estaba financiado por el contrato de préstamo 1867/OC-PN, la vigencia del contrato se encuentra dentro del periodo de ejecución del Programa PN-L1068, el tipo de servicio es similar y el alcance es compatible.

Gastos Operativos: Serán financiados con el aporte local.

Selecciones Directas: Actualmente se cuenta con los servicios de la ATE y de tres (3) OE, las que fueron seleccionadas competitivamente bajo financiamiento del contrato de préstamo 1867/OC-PN y/o del Banco Mundial. Para el caso de la ATE se considera apropiada la selección directa ya que dicha firma ha prestado servicios similares en el marco del Contrato de Préstamo 7587-PA del Banco Mundial y fue seleccionada competitivamente de acuerdo con las políticas de adquisiciones de dicha institución. En el caso de las OE, los procesos originales fueron convocados previendo contratos anuales renovables hasta un periodo máximo de cuatro años. Considerando que los contratos con cada OE fueron firmados por periodos de un año renovables, que los procesos originales fueron convocados de manera competitiva y que, dada la naturaleza de la intervención, es necesaria la continuidad de los servicios de las OE hasta por un mínimo de tres años para asegurar el impacto deseado, se prevé que la presente operación financie el tercer año de cada contrato de las OE para llevar a cabo los servicios referentes a este Programa. Una vez expirada esta renovación, se llevará a cabo un proceso competitivo para la selección de las OE.

Preferencia Nacional: No aplica.

2. Tabla de Montos Límites (miles US\$)

Límites de revisión ex post	
Bienes	Servicios de Consultoría
Licitación Pública Nacional	Firmas Consultoras con un monto inferior a US\$200.000. Consultorías Individuales con un monto inferior a US\$50.000.

Obras			Bienes ²			Consultoría	
Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Publicidad Internacional Consultoría	Lista Corta 100% Nacional
Mayores o iguales a US\$3.000.000	Mayores a US\$250.000 y menores a US\$3.000.000	Menores a US\$250.000	Mayores o iguales a US\$250.000	Mayores a US\$50.000 y menores a US\$250.000	Menores a US\$50.000	Mayores a USD\$200.000	Menores o iguales a US\$200.000

3. Adquisiciones Principales

A continuación se presentan las adquisiciones principales financiadas por el Banco. El plan de adquisiciones completo se encuentra en el siguiente enlace [Plan de adquisiciones](#).

ADQUISICIONES PRINCIPALES FINANCIADAS POR EL BANCO

Descripción de la Adquisición prevista	Monto Estimado 000'US\$	Método de Selección
Bienes		
Adquisición de suplementos nutricionales para niños menores de 2 años. Se realizarán adquisiciones anuales no mayores de US\$25 mil dependiendo del número de beneficiarios y las áreas de intervención	100	CP
Servicios distintos de Consultoría		
Provisión de la cartera de servicios de salud mediante pagos capitados. Se trata de la contratación de Organizaciones Extraintitucionales (privadas) que contratan Equipos Básicos de Salud y cumplen con un Reglamento Operativo aprobado por el MINSA y el Banco para llevar servicios a la población beneficiaria que reside en áreas de difícil acceso	11,000	SD
Firmas Consultoras		
Asistencia Técnica para el diseño e implementación de planes y protocolos para el fortalecimiento de la gestión hospitalaria Se trata de la contratación de servicios de una firma consultora internacional que asista al MINSA en el diseño e implementación de planes y protocolos para el fortalecimiento de la gestión hospitalaria en los hospitales de las Regiones de Salud participantes.	1.131	SBCC
Auditoría Técnica Externa del Modelo de Fortalecimiento de la APS La ATE será la encargada de emitir criterio independiente sobre el cumplimiento de las normas del Programa y su opinión será condición para los desembolsos del Proyecto.	560	SD
Auditoría Financiera del Proyecto Firma Consultora encargada de auditar los Estados Financieros del Proyecto y la verificación de la conciliación de los fondos.	80	SBCC
Consultoría Individual		
Asistencias técnicas para el desarrollo del modelo de fortalecimiento de los servicios. Se trata de la contratación de servicios de consultoría individual nacional e internacional para operacionalizar el Modelo de Fortalecimiento de los Servicios	218	CCII, CCIN
Asistencias técnicas para el fortalecimiento de la cartera de servicios de salud Se trata de la contratación de servicios de consultoría individual internacional para la identificación de oportunidades de fortalecimiento de los servicios de salud priorizados con enfoque intercultural y de género	324	CCII
Asistencias técnicas para el fortalecimiento de los servicios de parto institucional. Se trata de la contratación de servicios de consultoría individual internacional para la identificación de oportunidades de fortalecimiento de los servicios de atención de emergencias obstétricas y atención al neonato y la identificación de necesidades para habilitar las salas de parto, casas maternas y albergues de acuerdo a los protocolos de habilitación	166	CCII
Asistencias técnicas para el fortalecimiento del sistema de referencia. Se trata de la contratación de servicios de consultoría individual internacional para el diseño de protocolos de movilización de pacientes desde la comunidad por urgencias y el diseño del modelo de atención preferencial al referido	134	CCII
Asistencia técnica para el diseño del modelo organizacional de las unidades móviles especializadas Se trata de la contratación de servicios de consultoría internacional individual para asistir al MINSA en la definición del modelo organizacional de las unidades móviles especializadas	32	CCII
Asistencias Técnicas para Monitoreo y Supervisión del Modelo de Fortalecimiento de los servicios de APS Se trata de la renovación de los contratos de consultoría nacional individual de tres consultores que asisten al MINSA en monitoreo, supervisión y evaluación de la gestión de las Regiones de Salud y sus proveedores (centros de salud y equipos móviles) y cuyo proceso de selección previo fue competitivo.	154	SD

² Incluye servicios diferentes a la consultoría.

Descripción de la Adquisición prevista	Monto Estimado 000'US\$	Método de Selección
Asistencia Técnica para la realización de otros estudios de evaluación Se trata de la contratación de servicios de consultor individual internacional para evaluar intervenciones priorizadas del programa	193	CCII

4. Supervisión de Adquisiciones

Los montos límites establecidos para revisión ex-post se aplican en función de la capacidad fiduciaria de ejecución del OE y pueden ser modificados por el Banco en la medida que tal capacidad varíe. Solo pueden ser objeto de revisión posterior los procesos previstos en el Plan de Adquisiciones. Las Contrataciones Directas siempre se revisan de manera ex ante. Las revisiones ex post serán cada 12 meses de acuerdo con el Plan de supervisión del proyecto. Los reportes de revisión ex-post incluirán al menos una visita de inspección física, escogida de los procesos de adquisiciones sujetos a la revisión ex post.

5. Disposiciones especiales

Incluir una clausula en el contrato de la ATE donde se estipule que esta firma alerte al Banco acerca de cualquier acto, hecho, indicio u omisión que pudiera configurarse como una práctica prohibida de acuerdo con las normas generales del contrato de préstamo.

6. Registros y Archivos

La custodia y manejo de expedientes de contratación es responsabilidad de la UGAF, quien deberá nombrar un funcionario específicamente para esta actividad. En el proyecto en ejecución, la auditoría no ha reportado observaciones sobre las tareas y controles que realiza la UGAF:

VI. Gestión Financiera

1. Programación y presupuesto

El Ministerio de Economía y Finanzas – MEF tiene la responsabilidad de formular y controlar el presupuesto. Antes del 31 de julio de cada vigencia debe presentar una propuesta a la Asamblea Nacional – AN quien es la responsable su aprobación, así como de cualquier incremento al mismo. El Presupuesto tiene carácter anual e incluye la totalidad de las inversiones, ingresos y egresos del sector público. Por la anticipación con que es preparado el proyecto de presupuesto, se realizan múltiples y cuantiosas modificaciones al mismo, perdiendo validez como instrumento de planificación. La totalidad de los pagos realizados por el sector público son registrados en el presupuesto. Los gastos a realizarse con el proyecto se encuentran incluidos en el proyecto de presupuesto presentado por el MINSAL al MEF para la vigencia 2012 por USD4,5 millones de fuente BID y USD 2 millones de aporte local. Para efectos del componente 1, los pagos per cápita transferidos a las regiones, se ejecutan presupuestalmente en ese momento.

2. Contabilidad y sistemas de información

El Sistema Integrado de Administración Financiera de Panamá (SIAFPA) fue adoptado desde 2000 como el sistema oficial de registro de la información contable y presupuestal. El SIAFPA incluye los módulos de presupuesto, tesorería, contabilidad y deuda pública. Recientemente se está desarrollando un módulo de proyectos que se encuentra en etapa de pilotos y podría ser utilizado para la gestión financiera del proyecto una vez concluyan las pruebas. El MINSAL cuenta con SIAFPA y reporta y consolida la ejecución presupuestal de sus Direcciones Regionales, que intervendrán en la ejecución del proyecto.

El MINSAL cuenta actualmente con un aplicativo denominado SAFF que es utilizado para la ejecución del préstamo 1867/OC-PN, sin embargo el ejecutor considera que el sistema está al límite de su capacidad y están evaluado la posibilidad de reemplazarlo por el PENTAGON, que es utilizado por el MINSAL para la ejecución de los préstamos 1719/OC-PN y 1719/OC-PN-1. Inicialmente se utilizaría el SAFF o el PENTAGON, posteriormente se llevaría un paralelo con el módulo de proyectos del SIAFPA, para finalmente continuar con la utilización del sistema nacional.

La contabilidad se registrará bajo las normas expedidas por la Contraloría General de la República, cuya base es el devengado, pero no se ajustan a las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público (NICSP). Se requerirán estados financieros del proyecto auditados anualmente.

3. Desembolsos y flujo de de caja

En Panamá no se aplica el concepto de cuenta única del tesoro y existen más de 6.000 cuentas bancarias en el Banco Nacional. Existe paridad entre en Balboa y el Dólar.

El BID transferirá los recursos del financiamiento de la siguiente forma: (i) a una cuenta especial del Programa en el Banco Nacional de Panamá para los componentes diferentes al del pago per cápita con base en anticipos que cubran las necesidades de recursos para 4 meses de ejecución del Programa, según el respectivo Plan Financiero, descontando los recursos disponibles en la cuenta; y (ii) a una cuenta especial del Programa en el Banco Nacional de Panamá para el manejo de los recursos para el pago per cápita con base en el flujo de desembolsos que se especifica en el cuadro 1, que abarque las necesidades de recursos para 6 meses de ejecución del Programa, según el respectivo Plan Financiero, descontando los recursos disponibles en la cuenta.

Los recursos para el pago per cápita por la prestación de servicios en la forma de GI o de la red fija se transferirán directamente de la cuenta en el Banco Nacional de Panamá a las cuentas especiales del Programa en las DRS del MINSA. Los recursos para el pago per cápita por la prestación de servicios por las OE se transferirán de la cuenta especial en el Banco Nacional de Panamá a las OE.

Cuadro 1

Desglose de Cápita										
Pago Inicial 20%	Ronda 1 Pago 15%	Ronda 2 Pago 10%	Indicadores Cuatri - mestrales 10%	Ronda 3 Pago 10%	Ronda 4 Pago 10%	Indicadores Cuatri - mestrales 10%	Ronda 5 Pago 10%	Ronda 6 Pago 10%	Indicadores Cuatri - mestrales 10%	Auditoría Social 5%
Total: 100%										

El pago inicial mostrado en el cuadro 1 se amortizará en los pagos correspondientes a las rondas así:

Cuadro 2

Detalle de Pago	% Pago Bruto	% Amortización	% Pago Neto
Pago Inicial			20%
Ronda 1	15%	25%	10%
Ronda 2	10%	15%	7%
Ronda 3	10%	15%	7%
Ronda 4	10%	15%	7%
Ronda 5	10%	15%	7%
Ronda 6	10%	15%	7%
	65%	100%	65%

Al finalizar los convenios de gestión o los contratos con las OE, el saldo en la cuenta bancaria para pagos capitados debería ser cero y cualquier diferencia deberá ser reintegrada al BID, haciendo los ajustes correspondientes en los registros del banco y del programa.

Para el subcomponente 1 del Componente 1, los pagos per cápita se justificarán (a) con base en los informes de la Auditoría Técnica Externa que refleje los logros de cobertura y el cumplimiento de los indicadores de desempeño y (b) con base en la auditoría social que medirá el grado de la satisfacción de los usuarios. Para los componentes 2, 3 y 4 y para los subcomponentes 2 y 3 del Componente 1, los anticipos se justificarán con base en los gastos efectivamente realizados y será necesario haber justificado el 80% de los gastos realizados con el anticipo antes de solicitar uno nuevo.

El concepto per cápita sobre población protegida, donde no se espera que toda la población sea atendida, hace inaplicable e ineficiente pretender controlar los gastos de este componente sobre la base de insumos.

En el siguiente enlace electrónico se visualiza como serán los [flujos de fondos del proyecto](#).

4. Control Interno y auditoría interna

La UGAF, unidad encargada de la ejecución del proyecto, tiene controles internos adecuados según los reportes de auditoría del préstamo 1867/OC-PN que se encuentra en ejecución. El MINSa debe fortalecer su sistema de control interno, ya que en 2010 se había eliminado el control previo ejercido por la CGR pero recientemente fue establecido nuevamente³, por no contar con un sistema de control interno adecuado.

Dada la complejidad de los flujos de fondos del proyecto, la intervención de múltiples actores, la utilización del concepto per cápita y las debilidades del sistema de control interno del MINSa, es necesario que los auditores externos evalúen semestralmente los controles internos relacionados con la ejecución del proyecto.

5. Control Externo e Informes

La Contraloría General de la República ejerce el control previo por lo cual carece de la independencia requerida para realizar el control externo del proyecto. Por la complejidad del proyecto se requiere que una firma auditora independiente emita una opinión profesional (ISAE 3000) semestral sobre la efectividad de los controles internos implementados para la ejecución y audite anualmente los estados financieros del proyecto. El costo de la auditoría se estima en USD 40.000 anuales para un total de USD 200.000 para los 5 años de ejecución del proyecto y será financiada con los recursos del préstamo. Será condición previa al primer desembolso tener contratada la firma auditora independiente.

Adicionalmente, el programa cuenta con una auditoría técnica externa (ATE), cuya principal función es la revisión de los principales aspectos de la provisión de la cartera de prestaciones priorizadas (CPP) que incluye como mínimo: (i) el cumplimiento por parte de las DRS del MINSa y las OE de los indicadores de cobertura y desempeño, (ii) la integridad, veracidad y consistencia de la información que consta en los informes presentados por las Unidades Básicas de Atención (UBA) (GI, OE o red fija) a las DRS y por éstas al MINSa sobre los logros de los indicadores de cobertura y desempeño sujetos al pago de la cápita; (iii) la integridad, veracidad y consistencia del PPB registrada por las UBA; (iv) la conformidad de los servicios de salud prestados con la CPP, los manuales, guías y protocolos; (v) cualquier acto, hecho, indicio u omisión que pudiera configurarse como una práctica prohibida de acuerdo con las normas generales del contrato de préstamo y alertará el Banco sobre los mismos. Finalmente, el programa también cuenta con una Auditoría social para la evaluación de la satisfacción de los beneficiarios del PAISS+N y PSPV, a través de la participación comunitaria.

También el programa contará con una auditoría social que medirá el grado de la satisfacción de los usuarios.

6. Plan de supervisión financiera

La supervisión financiera estará focalizada en la verificación de los controles internos que permitan concluir razonablemente que los recursos están siendo utilizados para los fines previstos en el proyecto, con especial énfasis en el componente 1. La documentación soporte de los desembolsos será revisada en forma posterior por los auditores o en las visitas de inspección financieras que se realicen, por lo menos una vez al año.

³ Resolución 133 de marzo de 2011.