

## Documento de Cooperación Técnica

### I. Información Básica de la CT

▪ País:	Panamá
▪ Nombre de la CT:	Apoyo al diseño de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)
▪ Número de CT:	PN-T1179
▪ Jefe de Equipo/Miembros:	Leonardo Pinzón, Jefe de Equipo (SPH/CPN); Carlos Alviar (SPH/CPN); Jennifer Nelson (SCL/SPH); Matilde Neret (SCL/SPH); Claudia Pévere (SCL/SPH); Annie Smith (SPH/CPN); Carolina Freire (SPH/CPN); Ezequiel Cambiasso (VPC/FMP); David Ochoa (VPC/FMP); Monica Lugo (LEG/SGO); y Sobeyda Castillo (CID/CNI)
▪ Indicar si es: Apoyo Operativo, Apoyo al Cliente, o Investigación y Difusión	Apoyo Operativo
▪ Si es Apoyo Operativo, proveer número y nombre de la operación que apoyará la CT:	Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (PN-L1115 / 3615/OC-PN)
▪ Fecha de Autorización del Abstracto de CT:	8 de agosto de 2017
▪ Beneficiario (países o entidades que recibirán la asistencia técnica):	República de Panamá - Ministerio de Salud de Panamá
▪ Agencia Ejecutora y nombre de contacto	Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a través de la División de Protección Social y Salud desde su Representación en Panamá (SPH/CPN), Leonardo Pinzón
▪ Donantes que proveerán financiamiento (Monto y nombre del fondo):	Programa Estratégico para el Desarrollo Social Financiado con Capital Ordinario (SOC)
▪ Financiamiento Solicitado del BID:	US\$200.000.00
▪ Contrapartida Local, si hay:	US\$0.00
▪ Periodo de Desembolso:	24 meses
▪ Fecha de Inicio requerido:	15 de octubre de 2017
▪ Tipos de consultores:	Individuales
▪ Unidad de Preparación:	División de Protección Social y Salud (SCL/SPH)
▪ Unidad Responsable de Desembolso:	Representación Panamá
▪ CT incluida en la Estrategia de País (s/n):	Sí
▪ CT incluida en CPD (s/n):	Sí
▪ Alineación a la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020:	Consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008), se alinea con el desafío de desarrollo de inclusión social e igualdad, y está alineado con el área transversal de igualdad de género y diversidad. Esta CT está debidamente alineada con la Estrategia del Banco con el país y ha sido incluida en el CPD de 2017.

## **II. Descripción del Préstamo/Garantía Asociado**

- 2.1 Esta Cooperación Técnica (CT) proveerá asistencia técnica al Ministerio de Salud (MINSa) para optimizar las intervenciones, los mecanismos y los sistemas de la provisión de los servicios de salud en las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas de Panamá, en el marco del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (FORIS), financiado por el Préstamo 3615/OC-PN (PN-L1115) aprobado el 11 de diciembre de 2015. El conocimiento y los productos generados a través de esta CT apoyarán la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) del MINSa y su implementación en las mencionadas áreas del país.
- 2.2 Desde 2012 el Gobierno de la República de Panamá ha venido implementando la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas (EFC), con el fin de mejorar el acceso, la cobertura y calidad los servicios de salud en las comarcas indígenas y las áreas rurales dispersas del país. La EFC provee una Cartera Priorizada de Prestaciones (CPP) a través de un modelo de financiamiento combinado de pago per cápita y por desempeño a proveedores institucionales y externos de servicios de salud, principalmente, servicios primarios y de salud materno-infantil y nutrición. El BID ha venido apoyando la EFC desde sus inicios por medio de diferentes programas, incluido el préstamo 2563/OC-PN del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PMEFSS) que operó entre 2013 y 2016, y el reciente contrato de préstamo 3615/OC-PN (PN-L1115) para la implementación del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (FORIS) entre 2017 y 2020. Una evaluación realizada sobre la EFC indica que el programa fue exitoso en promover las atenciones de servicios de salud a niños menores de 5 y 2 años. Los valores estimados indican que tras implementar la EFC en los grupos de tratamiento la cantidad de atenciones a niños fue aproximadamente un 10% mayor a la que se observó en el contrafactual estimado. No se observaron efectos significativos en atenciones a mujeres en edad reproductiva, en tomas de muestra de citología cérvico-vaginal y en controles de embarazo. Los ajustes a la CPP incluidos en la estrategia Contigo y financiados con el préstamo 3615/OC-PN (PN-L1115) y las herramientas que se desarrollarán con esta CT buscan aumentar las atenciones en la población donde no se observaron efectos significativos, y mejorar los ya observados.
- 2.3 El préstamo 3615/OC-PN (PN-L1115) busca mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, y contribuir a la reducción de la mortalidad materna, infantil y por enfermedades crónicas a través de una mayor cobertura y calidad de los servicios de salud. El Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (FORIS) financia, con recursos del préstamo 3615/OC-PN (PN-L1115), los siguientes componentes: (i) pagos per cápita de los proveedores institucionales y externos contratados para la provisión de la CPP, siguiendo el modelo de pago por resultados; (ii) consolidación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS); (iii) obras, rehabilitaciones y equipamiento para mejorar la infraestructura básica de centros de salud priorizados; y (iv) apoyo a los sistemas de gestión, monitoreo y evaluación a nivel nacional, regional y local.
- 2.4 A partir de inicio de 2017, el MINSa está realizando esfuerzos por integrar las normas y estrategias y optimizar e integrar las intervenciones, los procesos y los sistemas de la EFC con el fin de preparar el diseño de las RISS y su implementación en las áreas rurales dispersas y comarcas indígenas de Panamá. Se trata de una evolución del modelo de intervención de la EFC a un modelo que integra las plataformas

institucionales y comunitarias del sistema de salud en una estrategia fortalecida y denominada **Contigo: Red de Salud Rural e Indígena**, ahora con recursos del préstamo 3615/OC-PN (PN-L1115).

### III. Objetivos y Justificación de la CT

- 3.1 **Justificación.** En Panamá en el año 2012, la tasa de mortalidad materna se situó en 64,9 muertes por cien mil nacidos vivos. En las comarcas indígenas se presentaron las tasas de mortalidad materna más altas del país, empezando por la de la comarca Ngäbe Buglé con 274,3 muertes por cien mil nacidos vivos, más de cuatro veces superior a la registrada a nivel nacional<sup>1</sup>. Ese mismo año, la tasa nacional de mortalidad infantil se ubicó en 14,3 muertes por cada mil nacimientos vivos. Dicha tasa alcanzó 34,6 muertes por cada mil nacimientos en la Comarca de Guna Yala, casi de dos veces y media más que la presentada a nivel nacional. En 2012 las tasas de mortalidad infantil se ubicaron en 17,9 y 7,5 por cada mil nacidos vivos en las comarcas de Ngäbe Buglé y Emberá Wounaan, respectivamente. Estas brechas se explican en gran parte por las desigualdades en el acceso a las intervenciones básicas de salud pública entre regiones, así como por la calidad insuficiente de dichos servicios en las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas del país<sup>2</sup>.
- 3.2 Esta CT proveerá las bases para el diseño de las RISS con las siguientes actividades: (i) la optimización del modelo de pago por resultados de la EFC, integrando los requerimientos de la Red de Salud Rural e Indígena, Contigo; (ii) el desarrollo, la implementación y la supervisión de las herramientas de la plataforma comunitaria de Contigo; y (iii) la optimización del Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES). Esta TC es el segundo apoyo operacional al préstamo 3615/OC-PN. La CT PN-T1146, aprobada en 2016 (\$750.000 del fondo canadiense), sigue prestando apoyo al mejoramiento del registro civil y cedulação de los beneficiarios del sistema de salud. Los objetivos y resultados de las dos CT son diferentes, pero se complementan al estar orientadas a mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población en situación de pobreza y pobreza extrema de las comarcas indígenas y áreas rurales de Panamá.
- 3.3 **Objetivo.** El objetivo de esta CT es optimizar e integrar las intervenciones, los procesos y sistemas de Contigo, en preparación del diseño de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y su implementación en las áreas rurales dispersas y comarcas indígenas de Panamá. Concretamente, se contratarán servicios de consultoría para: (i) optimizar el modelo de pago por resultados que soportará la Red de Salud Indígena y Rural, Contigo; (ii) integrar e implementar el modelo de servicios comunitarios de Contigo, la Red de Salud Rural e Indígena; y (iii) optimizar e implementar el SIREGES que procesará la ejecución de Contigo.
- 3.4 Primero, al implementar la EFC con su modelo de pago por desempeño a lo largo de los años descritos, se han generado aprendizajes que exigen la revisión y optimización de los indicadores del modelo y su reconceptualización, ajustando los incentivos planteados y analizando la posibilidad de incluir algunos nuevos relacionados con la calidad de la prestación de servicios por parte del personal de salud y el seguimiento a las enfermedades crónicas. Los mencionados ajustes en el modelo de pago por

<sup>1</sup> Fuente: Indicadores Básicos de Salud, Panamá, 2014. Registros y Estadística de Salud. MINSA. 2014.

<sup>2</sup> Fuente: Informe Anual de la Mortalidad en menores de cinco años. INEC. 2014.

desempeño, apoyados por esta CT, y otros generados recientemente en la operación de la EFC deben ser detalladamente integrados en el Reglamento Operativo (RO) de la operación del préstamo 3615/OC-PN, reflejando el mejoramiento de la estrategia, ahora denominada Contigo, Red de Salud Indígena y Rural.

3.5 Segundo, el MINSA está avanzando en la conceptualización de Contigo, la Red de Salud Rural e Indígena, con el fin de mejorar la cobertura y calidad de la provisión de los servicios de salud en las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas del país. Para tal fin, se han desarrollado normas, estrategias, intervenciones y herramientas que hacen posible la entrega de los servicios de Contigo por medio de redes institucionales y comunitarias integradas en el orden local. Estos elementos han sido inventariados de acuerdo con el ciclo de vida, definiendo sus especificaciones técnicas y estableciendo sus usuarios en los diferentes niveles de la estructura del MINSA, desde el orden nacional hasta el local y comunitario. El inventario hace posible la concreción de planes específicos para: (i) la programación de la compra de bienes y servicios requeridos; (ii) los procesos de formación que se deben llevar a cabo en diferentes momentos, estableciendo las audiencias y los materiales de formación necesarios; (iii) los sistemas de información requeridos para la provisión de los servicios y las necesidades de registro, procesamiento y reporte de los mismos. Estos planes se resumen en un plan estratégico con hitos claramente definidos que aseguran la adecuada implementación de todas las actividades en el terreno. En los Convenios de Gestión (CdG), firmados entre el MINSA Central y cada Región de Salud para la provisión de los servicios de la CPP, se han asegurado los recursos financieros para la implementación de cada una de las intervenciones de Contigo. Éstas son: las Consejerías de Cambio de Comportamiento, Planificación Familiar y Salud Sexual y Reproductiva, el Plan de Parto, el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno-Infantil (PACO), las Casas Maternas, NutriVidas y los Planes de Agua. Esta CT contempla la contratación de servicios necesarios para consolidar el diseño de las herramientas de Contigo y asegurar su debida implementación en las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas del país, incluido el acompañamiento. Los recursos del préstamo 3615/OC-PN financian la provisión misma de los servicios de Contigo.

3.6 Finalmente, el SIREGES empleado hasta el momento para el registro de la provisión de la CPP, la evaluación y el pago de la misma, ha presentado varias limitaciones. La principal de ellas es la carencia de una base de datos consolidada y la coexistencia de más de cien bases de datos locales fragmentadas. Después de haber realizado trabajos que buscaban la consolidación de datos en 2015, en 2016 se tomó la decisión de desarrollar un nuevo sistema con el fin de: (i) facilitar la obtención oportuna de un padrón unificado de beneficiarios; (ii) automatizar la depuración de la base de datos central de beneficiarios; (iii) automatizar y mejorar la fiabilidad del cálculo de indicadores de evaluación; (iv) visualizar la información para mejorar la gestión; y (vi) mejorar la protección de los datos de los beneficiarios. Con apoyo de esta CT, se desarrollará la primera fase del SIREGES, la cual incluye pruebas reales y exitosas del sistema y la entrega de la documentación de respaldo con códigos fuente, las guías de usuario y el diccionario completo de la base de datos con sus funcionalidades.

3.7 **Sostenibilidad.** Esta CT provee las bases para el diseño de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de Contigo, la Red de Salud Indígena y Rural de Panamá. Los elementos producidos por esta CT son la base de la ejecución del préstamo de inversión 3615/OC-PN y aseguran la obtención de resultados del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (FORIS) hasta el año 2020.

Dichos elementos serán absorbidos por el MINSA y contribuirán significativamente a su fortalecimiento para mejorar la cobertura y calidad de la provisión de servicios de salud en las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas del país.

**3.8 Alineamiento Estratégico.** La CT es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008) y se alinea con el desafío de desarrollo de inclusión social e igualdad de manera directa por medio de: (i) incremento de la cobertura y la calidad de los servicios de la CPP en las comarcas indígenas y las áreas rurales del país; (ii) aumento en la demanda y el uso de dichos servicios; y (iii) integración de los servicios de Contigo, la Red de Salud Rural e Indígena de Panamá. El programa también se alinea con el área transversal de igualdad de género y diversidad por medio de mejoras en la oferta de servicios de salud materno-infantil, de nutrición y de enfermedades crónicas en comarcas indígenas y áreas rurales dispersas, lo que puede contribuir a reducir en el mediano plazo, la morbilidad y mortalidad en dichas áreas. Asimismo, los objetivos de esta operación contribuyen al Marco de Resultados Corporativos 2016-19 (GN-2727-6) por medio del indicador “Tasas de morbi-mortalidad materno-infantil y reducción en la desnutrición crónica de menores de cinco años” incluido en la Matriz de Resultados. Finalmente, el programa es consistente con la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4) y con el Documento de Marco de Protección Social y Pobreza (GN-2784-3), al apoyar a las mujeres embarazadas de las comunidades indígenas y áreas rurales dispersas del país para que accedan a los servicios de salud materno-infantil y se mejoren las condiciones de nutrición de niños menores de dos y cinco años. Finalmente, la TC se alinea con los de SOC, de acuerdo al documento GN-2819-1, al buscar fortalecer los esfuerzos del MINSA para ser más eficaz y eficiente en el diseño y la implementación de las intervenciones de Contigo, focalizadas hacia la población indígena del país. Los indicadores incluidos en la matriz de resultados implican un mejoramiento en: (i) la utilización de herramientas actualizadas para la provisión de servicios de salud de Contigo; (ii) la utilización de herramientas optimizadas para el pago de resultados; y (iii) la utilización de sistemas informáticos para la producción de reportes técnicos y de rendición de cuentas.

**3.9** La operación está alineada con la estrategia social y económica del país establecida en el Plan Estratégico de Gobierno (PEG) 2015-2019, que está dirigida a mejorar la cobertura de las necesidades y servicios básicos (PEG, sección 5.4) y el desarrollo de las capacidades humanas (PEG, sección 5.6). Además, es consistente con el pilar de equidad, igualdad e inclusión del Plan Estratégico 2014-2019 del MINSA. La operación también está alineada con el “objetivo estratégico” de mejorar la prestación de servicios básicos a la población en situación de pobreza, incluido en la Estrategia de País con Panamá 2015-2019 (GN-2838), a través de la mejora de la eficiencia de los programas sociales. Finalmente, la operación ha sido incluida en el *Country Program Document* (CPD) de Panamá para 2016 (GN-2849).

#### **IV. Descripción de las actividades/componentes y presupuesto**

**4.1 Componente 1. Optimización del modelo de pago por resultados de Contigo (\$95.000.00).** El objetivo de este componente es optimizar el modelo de pago por resultados que soportará la Red de Salud Indígena y Rural, Contigo. Se financiarán servicios de consultoría y asistencia técnica para: (i) el ajuste de los indicadores de cobertura y desempeño y de los incentivos existentes del modelo de pago por resultados; (ii) la actualización de los costos per cápita de la CPP y el levantamiento

los servicios de salud de Contigo no incluidos hasta el momento; y (iii) la actualización del RO de Provisión de los Servicios de Salud de Contigo: la Red de Salud Indígena y Rural con los ajustes de diseño y optimización del modelo de pago por resultados y otros identificados recientemente. **Productos:** (i) Modelo de pago por resultados de Contigo optimizado; (ii) Estudio de actualización de los costos per cápita de Contigo aprobado; y (iii) RO de Contigo actualizado. **Resultados:** porcentaje de prestadores de salud empleando las herramientas optimizadas del modelo de pago por resultados de Contigo.

**4.2 Componente 2. Desarrollo, implementación y supervisión de las herramientas integradas de Contigo (US\$76.000).** El objetivo del componente es terminar el proceso de integración de las normas, estrategias, intervenciones y herramientas de Contigo iniciado por el MINSA con apoyo del BID. Se financiarán servicios de consultoría y asistencia técnica para la integración de las normas, estrategias, intervenciones y herramientas de Contigo y la definición de su Plan Estratégico de Implementación y de sus respectivos Planes Específicos de Bienes y Servicios, Procesos de Formación y Sistemas de Información. Los recursos del préstamo PN-L1115 / 3615/OC-PN financian la provisión misma de los servicios de Contigo. **Productos:** (i) normas, estrategias, intervenciones y herramientas de Contigo completas e integradas en un modelo único de provisión de servicios para comarcas indígenas y áreas rurales dispersas del país; y (ii) Plan Estratégico de Implementación de Contigo con sus respectivos Planes Específicos de Bienes y Servicios, Procesos de Formación y Sistemas de Información ejecutados y supervisados. **Resultados:** porcentaje de regiones con personal capacitado e implementando Contigo.

**4.3 Componente 3. Optimización del Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES) (US\$29.000.00).** El objetivo es desarrollar la primera fase de un nuevo sistema de información para la provisión de servicios de Contigo. Se financiarán servicios de consultoría para el desarrollo de: (i) una base de datos central; (ii) bases de datos locales y aplicación móvil con mecanismos de sincronización sistemática con la base de datos central integrada; y (iii) funcionalidad web que facilita el acceso y la sincronización de todas las bases de datos. **Productos:** (i) SIREGES probado, aprobado y en funcionamiento a nivel central, regional y local (en al menos 40 centros de salud y hospitales regionales) junto con la documentación de respaldo con códigos fuente, guías de usuario y el diccionario completo de la base de datos con sus funcionalidades; y (ii) aplicación móvil del SIREGES integrada con la base de datos central probada, aprobada y apoyando el registro de la provisión de servicios de Contigo a nivel local y comunitario, además de la documentación de respaldo con códigos fuente, guías de usuario y el diccionario completo de la base de datos con sus funcionalidades. **Resultados:** (i) porcentaje de prestadores empleando el SIREGES para producir los reportes requeridos para el registro y la rendición de cuentas; y (ii) porcentaje de agentes comunitarios empleando la aplicación móvil del SIREGES para el registro de la provisión de servicios de Contigo.

**Presupuesto Indicativo**

Actividad / Componente	Descripción	BID/SOC (en US\$)	Total
<b>Componente 1. Optimización del modelo de pago por resultados de Contigo</b>			
Modelo de pago por resultados de Contigo optimizado	Optimizar el modelo de pago por resultados de Contigo e	10.000.00	10.000.00

Estudio de actualización de los costos per cápita de Contigo aprobado	Realizar el estudio de actualización de los costos per cápita de Contigo	75.000.00	75.000.00
Reglamento Operativo de Contigo actualizado	Actualizar el Reglamento Operativo de Contigo	10.000.00	10.000.00
<b>Componente 2. Desarrollo, implementación y supervisión de las herramientas integradas de Contigo</b>			
Asistencia técnica para gestionar la integración de normas, estrategias, intervenciones y herramientas, y para desarrollar y aprobar el Plan Estratégico de Implementación de Contigo con sus respectivos Planes de Bienes y Servicios, Procesos de Formación y Sistemas de Información aprobados	Gestionar integración de normas, estrategias, intervenciones y herramientas; desarrollar y aprobar el Plan Estratégico de Implementación de Contigo con sus respectivos Planes de Bienes y Servicios, Procesos de Formación y Sistemas de Información.	76.000.00	76.000.00
<b>Componente 3. Optimización del Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES)</b>			
Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES) optimizado	Desarrollar y programar el software del SIREGES y la documentación de respaldo con guías y manuales de usuario y diccionario de bases de datos	29.000.00	29.000.00
<b>Total</b>		<b>200.000.00</b>	<b>200.000.00</b>

4.4 La CT será supervisada por la Representación del Banco en Panamá teniendo como punto focal y especialista sectorial responsable a Leonardo Pinzón (SPH/CPN).

4.5 Para monitorear la ejecución de esta CT, se establecerán planes de trabajo con reuniones frecuentes de seguimiento para cada uno de los componentes. La División de Protección Social y Salud (SPH/CPN) en Panamá sostiene reuniones semanalmente con los entes responsables del diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de Contigo, como son: la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF), el Departamento de Monitoreo y Evaluación (DME) de la Dirección de Provisión y el Departamento de Salud Nutricional (DSN) del MINSA. Adicionalmente, se ha acordado la realización de al menos cuatro visitas de supervisión y monitoreo al año en el terreno con reuniones formales subsiguientes para analizar los avances en las actividades programadas y el cumplimiento de metas y tomar decisiones sobre correctivos y pasos a seguir. En las visitas de supervisión y monitoreo trimestrales se presentarán informes de avance y finales de las consultorías de cada componente de esta TC. Los informes quedarán registrados también en los documentos de Ayuda Memoria de dichas reuniones trimestrales. Los informes y documentos de Ayuda Memoria deberán reflejar los avances y resultados, así como las metas logradas y las lecciones aprendidas y darán seguimiento a los acuerdos de monitoreo y sobre ajustes a realizar a los productos de la CT.

## **V. Agencia Ejecutora y estructura de ejecución**

5.1 El Gobierno de Panamá ha solicitado que el BID sea el organismo ejecutor de la operación debido a: (i) la necesidad de tener una visión multisectorial para gestionar una implementación coordinada de las actividades previstas; (ii) el interés del gobierno de disponer del conocimiento técnico del Banco, adquirido a través de su

participación en operaciones de préstamo y de CT; y (iii) la capacidad del Banco de complementar su apoyo al sector de salud en Panamá.

- 5.2 El BID coordinará la supervisión de las consultorías y la aprobación de los productos de las consultorías con el Ministerio de Salud (MINSA). La CT financiará consultorías individuales siguiendo las normas de contratación del BID establecidas para ello. El BID contratará los servicios de consultores individuales, firmas consultoras y servicios diferentes de consultoría de conformidad con las políticas y procedimientos vigentes en el Banco.

## **VI. Riesgos importantes**

- 6.1 La TC se enfrenta a riesgos relacionados con la capacidad institucional del MINSA para asimilar e implementar el modelo y los sistemas optimizados de Contigo a nivel nacional, regional, local y comunitario. Estos riesgos están siendo mitigados con la definición de detallados planes de formación sobre las normas, estrategias, intervenciones y herramientas de la Red Indígena y Rural, Contigo, en acuerdo entre el BID y el MINSA. El esquema de mitigación de este riesgo incluye el desarrollo y la implementación de estrategias de sensibilización de alto nivel en el Gobierno Nacional, al interior del sistema de salud y con las autoridades y comunidades de las comarcas indígenas y las áreas rurales dispersas del país.

## **VII. Excepciones a las políticas del Banco**

- 7.1 Ninguna

## **VIII. Salvaguardias Ambientales**

- 8.1 El proyecto no tendrá impactos medioambientales o sociales negativos. De acuerdo con la Política de Salvaguardias y Medio Ambiente (OP-703), poblaciones indígenas (OP-765) e igualdad de género (OP-270), al igual que el préstamo 3615/OC-PN esta operación de CT se clasifica como categoría “B” de nivel medio (ver [Filtros Ambientales](#)). Sólo se anticipan posibles riesgos ambientales de nivel medio por el manejo de desechos en las instalaciones de salud a ser intervenidas o reconstruidas.

### **Anexos Requeridos:**

- [Solicitud del Cliente](#)
- [Matriz de Resultados](#)
- [Términos de Referencia](#)
- [Plan de Adquisiciones](#)



*República de Panamá*  
*Ministerio de Economía y Finanzas*  
*Despacho del Viceministro de Economía*

5 de julio de 2017  
DdFP/NRI/MEF-2017-36465

Señora  
Gina Montiel  
Representante  
Banco Interamericano de Desarrollo - BID  
Ciudad

Respetada señora Montiel:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para manifestar No Objeción a la Cooperación Técnica No Reembolsable para llevar a cabo el Programa de Gestión de Redes Integradas de Salud, presentada por el Ministerio de Salud (MINSA), mediante nota 0716/DMS/UGSAF de 5 de junio de 2017, por el monto total de hasta doscientos mil dólares de los Estados Unidos de América con 00/100 (US\$200,000.00).

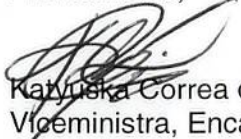
Esta iniciativa permitirá apoyar la implementación del Programa de Redes Integradas de Servicios de Salud, que busca fortalecer la atención primaria de salud, adecuar las redes de salud en las áreas rurales y comarcas indígenas del país, buscando disminuir las brechas de cobertura y calidad de la prestación en los servicios de salud.

A su vez, proveerá asistencia técnica al MINSA con el fin de optimizar y avanzar en el desarrollo de las estrategias, intervenciones y sistemas, enmarcadas en la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas (EFC), iniciando de esta manera la preparación para la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y su futura implementación.

Por este medio solicitamos al Banco, fungir como organismo ejecutor dada la vasta experiencia en los temas antes mencionados.

En virtud de lo anterior, dejamos a su consideración la viabilidad de dicha solicitud.

Atentamente,

  
Naylis Corra de Jiménez  
Viceministra, Encargada

KCdeJ/CT/MMV/ymn



JUL 17 PM 1:38 CDF CPN





Operation Number: **PN-T1179**  
TCM Cycle: **TCM Period 2017**  
Last Update: **8/18/2017**

Result Matrix

Outcomes

Outcome:	1 Health Regions with personnel trained and implementing Contigo tools									
Indicators	Flags*	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of verification		2017	2018	2019	EOP
1.1 Percentage of Health Regions with personnel trained and implementing Contigo tools		%	0.00	2017	Biannual supervision reports, training assistance lists	P	0.00	40.00	80.00	80.00
						P(a)	0.00	40.00	80.00	80.00
						A	0.00			0.00
Outcome:	2 Health providers using optimized pay for performance Contigo tools									
Indicators	Flags*	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of verification		2017	2018	2019	EOP
2.1 Percentage of health providers using optimized pay for performance Contigo tools		%	0.00	2017	Biannual supervision reports, external technical audit reports, contracts and and agreement documents with providers	P	0.00	100.00	100.00	100.00
						P(a)	0.00	100.00	100.00	
						A	0.00			
Outcome:	3 Health providers using SIREGES to produce reports required for provision of services and accounting									
Indicators	Flags*	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of verification		2017	2018	2019	EOP
3.1 Percentage of health providers using SIREGES to produce reports required for provision of services and accounting		%	0.00	2017	Biannual supervision reports, external technical audit reports, contracts and and agreement documents with providers	P	0.00	80.00	80.00	80.00
						P(a)	0.00	80.00	80.00	80.00
						A	0.00			



RF - Contribution

Outputs: Annual Physical and Financial Progress

1 Optimization of the Contigo pay for performance model						Physical Progress				Financial Progress					
Outputs	Fund Indicator	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of Verification	2017	2018	2019	EOP	2017	2018	2019	EOP		
1.1 Methodologies designed/strengthened	Other(SOC) Pay for performance Contigo model optimized	Methodologies (#)	0	2017	Pay for performance model document	P	0	1	0	1	P	8000	2000	0	10000
						P(a)	0	1	0	1	P(a)	8000	2000	0	2000
						A	0			0	A	0			0
1.2 Methodologies designed/strengthened	Other(SOC) Updated per capita costs of Contigo approved	Methodologies (#)	0	2017	Tool for updated per capita cost calculation	P	0	1	0	1	P	20000	55000	0	75000
						P(a)	0	1	0	1	P(a)	20000	55000	0	55000
						A	0			0	A	0			0
1.3 Operational manuals developed	Other(SOC) Updated Operational Manual for Contigo	Manuals (#)	0	2017	Updated Operational Manual	P	0	1	0	1	P	8000	2000	0	10000

Please note that the Overall Stage represents the stage of the operation at the time of this report’s publication, which might not necessarily match the stage of the operation during the PMR Cycle to which the report pertains.

						P(a)	0	1	0	1	P(a)	8000	2000	0	2000
						A	0			0	A	0			0
2 Development, implementation, and supervision of Contigo supervision tools						Physical Progress					Financial Progress				
Outputs	Fund Indicator	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of Verification		2017	2018	2019	EOP		2017	2018	2019	EOP
2.1 Strategies designed	Other(SOC) Contigo integrated strategy designed	Strategies (#)	0	2017	Integrated Contigo Documents	P	0	1	0	1	P	20000	15000	0	35000
						P(a)	0	1	0	1	P(a)	20000	15000	0	15000
						A	0			0	A	0			0
2.2 Tools designed/strengthened	Other(SOC) Strategic Contigo implementation plan (includes plan for acquisition of goods and services, training plans, and approval of information systems)	Tools (#)	0	2017	Contigo implementation plan	P	0	1	0	1	P	15000	26000	0	41000
						P(a)	0	1	0	1	P(a)	15000	26000	0	26000
						A	0			0	A	0			0
3 Information System for Registry of Health Statistics (SIREGES) optimized						Physical Progress					Financial Progress				
Outputs	Fund Indicator	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of Verification		2017	2018	2019	EOP		2017	2018	2019	EOP
3.1 Virtual platforms designed	Other(SOC) Optimized SIREGES designed	Platforms (#)	0	2017	SIREGES design document	P	0	1	0	1	P	8000	2000	0	10000
						P(a)	0	1	0	1	P(a)	8000	2000	0	2000
						A	0			0	A	0			0
3.2 New databases created	Other(SOC) Unified SIREGES database created, with automatic synchronization functional	Databases (#)	0	2017	SIREGES database	P	0	1	0	1	P	5000	14000	0	19000
						P(a)	0	1	0	1	P(a)	5000	14000	0	14000
						A	0			0	A	0			0

Other Cost




Total Cost

	2017	2018	2019	Total Cost
P	\$84,000.00	\$116,000.00		\$200,000.00
P(a)	\$84,000.00	\$116,000.00		\$116,000.00
A				


 CRF Indicator  Standard Output Indicator

Please note that the Overall Stage represents the stage of the operation at the time of this report’s publication, which might not necessarily match the stage of the operation during the PMR Cycle to which the report pertains.



Theme		
Flags		
Social Development		
Social Development		
Social Development		

Please note that the Overall Stage represents the stage of the operation at the time of this report’s publication, which might not necessarily match the stage of the operation during the PMR Cycle to which the report pertains.

Theme	Flags
Social Development	
Social Development	
Theme	Flags
Social Development	
Social Development	

Please note that the Overall Stage represents the stage of the operation at the time of this report’s publication, which might not necessarily match the stage of the operation during the PMR Cycle to which the report pertains.

## **ANEXO A**

### **PANAMÁ**

#### **DIVISIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD**

##### **TERMINOS DE REFERENCIA – ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL AJUSTE Y LA OPTIMIZACIÓN DEL MODELO DE PAGO POR RESULTADOS DE CONTIGO**

###### **1. Antecedentes**

El Gobierno de Panamá ha venido desarrollando acciones destinadas a reducir la pobreza y promover el desarrollo humano, potenciando capacidades y creando las oportunidades para generar la equidad y reducir la exclusión social en el país. En este contexto, el Ministerio de Salud (MINSA) diseñó la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas (EFC) que se ha venido implementando desde 2012 con el fin de mejorar el acceso, la cobertura y calidad los servicios de salud en las comarcas indígenas y las áreas rurales dispersas del país. La EFC provee una Cartera Priorizada de Prestaciones (CPP) a través de un modelo de financiamiento combinado de pago per cápita y por desempeño a través de proveedores institucionales y externos de servicios de salud. El modelo se basa en la estimación del monto promedio de la provisión de los servicios de la CPP para cubrir los costos de asegurar el acceso para cada individuo de la población beneficiaria de la región de salud correspondiente durante un año. El modelo de pago por resultados se basa emplea indicadores de desempeño y un costo per cápita de la provisión de servicios que sirven para el cálculo de los pagos que el MINSA debe realizar a los proveedores por la población adscrita contractualmente. Tanto el costo, como los indicadores han sido revisados en diferentes oportunidades en función de la inclusión o exclusión de ciertas intervenciones en la cartera de servicios cubierta por el MINSA.

El BID ha venido apoyando la EFC desde sus inicios por medio de diferentes programas, incluido el préstamo N°2563/OC-PN del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PMEFSS) que operó entre 2013 y 2016, y el reciente préstamo N°3615/OC-PN para la implementación del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (FORIS) entre 2017 y 2020. El FORIS busca mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, y contribuir a la reducción de la mortalidad materna, infantil y por enfermedades crónicas a través de una mayor cobertura y calidad de los servicios de salud. El préstamo financia, entre otros aspectos, los siguientes: i) Pagos per cápita y costos de recursos humanos, insumos, materiales y equipos requeridos por los equipos institucionales del MINSA y de los proveedores externos contratados para la provisión de la CPP, siguiendo el modelo de pago por resultados de la EFC; ii) Consolidación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) e integración de servicios comunitarios de salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil y nutrición, entre otros; iii) Obras, rehabilitaciones y equipamiento para mejorar la infraestructura básica de centros de salud priorizados para la atención de salud materna e infantil de las comarcas indígenas y las áreas

rurales dispersas del país; y iv) Apoyo a los sistemas de gestión, monitoreo y evaluación a nivel nacional, regional y local.

Durante la implementación de la EFC con su modelo de pago por desempeño por más de 5 años, se han generado aprendizajes que exigen la revisión y optimización de los indicadores del modelo y su reconceptualización, ajustando los incentivos planteados y analizando la posibilidad de incluir algunos nuevos relacionados con la calidad de la prestación de servicios por parte del personal de salud y el seguimiento a las enfermedades crónicas. En este momento, se prepara la realización de un nuevo estudio de actualización del costo per cápita de la provisión de servicios. El ejercicio de optimización, exige también la calibración de las bases fija y variable empleadas en el modelo de acuerdo con el estudio de actualización de los costos de la cápita de la CPP.

Teniendo en cuenta lo anterior, se solicitan servicios de asistencia técnica para ajustar y optimizar el modelo de pago por resultados de acuerdo con los mencionados aprendizajes. Los productos de esta consultoría servirán de base para actualizar el financiamiento de los Convenios de Gestión y los contratos suscritos entre el MINSA y los prestadores de la CPP (institucionales y extra-institucionales).

## **2. Objetivos de la Consultoría**

### **3.1 Objetivo General**

El objetivo de esta consultoría es optimizar el modelo de pago por resultados que soportará la provisión de servicios de la CPP.

### **3.2. Objetivos Específicos**

- Revisar, optimizar y redefinir conceptualmente los indicadores del modelo de pago por resultados.
- Ajustar los incentivos planteados hasta el momento y analizar la posibilidad de incluir algunos nuevos relacionados con la calidad de la prestación de servicios por parte del personal de salud y el seguimiento a las enfermedades crónicas.
- Calibrar las bases fija y variable empleadas en el modelo de pago por resultados de acuerdo con el estudio de actualización de los costos per cápita de la provisión de servicios de Contigo
- Integrar los ajustes al modelo en el Reglamento Operativo (RO) de la operación de Contigo, la Red de Salud Indígena y Rural.

## **3. Actividades Principales**

4.1 Acordar los alcances de la revisión del modelo y los resultados y productos esperados con el responsable de la consultoría.

4.2 Revisar el diseño de los indicadores de cobertura y evaluar en qué medida los indicadores actuales están reflejando las siguientes dimensiones:

- Población protegida
- Población cubierta
- Población en seguimiento (trazabilidad de la atención)
- Margen de población nueva cubierta

Se deben tener en cuenta consideraciones relacionadas con la carga y la dificultad relativa de la provisión de servicios para los diferentes proveedores, independientemente de la cantidad de población a atender. En este momento, los umbrales mínimos de cumplimiento de los indicadores de cobertura están llevando a los proveedores con una gran población a cargo a tener menos sustento en los valores reportados. Se debe buscar una aproximación a estándares internacionales para la provisión de servicios de salud.

4.3 Proponer un esquema concreto y puntual para que el modelo de financiamiento basado en resultados pueda ser gestionado a nivel de los centros de salud y definir las reglas para la transferencia de fondos de las regiones de salud a los proveedores. Se trata de llegar a un nivel inferior al de los Grupos Poblacionales e intentar definir el modelo y las transferencias en función del desempeño de los centros de salud. Se debe tener en cuenta los costos de gestión de las regiones de salud.

4.4 Definir un esquema y definir lineamientos para el uso de los fondos en los centros de salud. Establecer los gastos elegibles que favorezcan inversiones que permitan avanzar en la dirección que promueve la EFC.

4.5 Calibrar el modelo de incentivos y verificar las bases fija y variable, así como establecer las ponderaciones de los indicadores en el modelo y definir los valores según los incentivos que se promueven equilibrando el peso de los de cobertura y los de desempeño.

4.6 Identificar indicadores para medir el desempeño las regiones de salud como meso-gestión.

4.7 Enviar documentos preliminares y acordar con el responsable de la consultoría su terminación hasta la entrega final a satisfacción.

#### **4. Informes / Entregables**

##### **5.1 PRODUCTO 1. MODELO DE PAGO POR RESULTADOS DE CONTIOGO OPTIMIZADO.**

El informe debe ser entregado al Banco en un archivo electrónico. El informe debe incluir una carátula, documento principal, y todos los anexos.

## 5. Cronograma de Pagos

La remuneración de esta consultoría está ligada a la realización de 2 viajes a Ciudad de Panamá para acordar el avance y la terminación del modelo y los documentos de soporte.

## 6. Calificaciones

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Profesional de las ciencias sociales y económicas con grado mínimo de maestría. Ocho (8) años de experiencia en el diseño, gestión y/o evaluación de estrategias y mecanismos de gestión del sector social, principalmente de salud.
- Idiomas: Español
- Áreas de Especialización: Ciencias sociales y económicas, economía de la salud, evaluación y/o costeo de intervenciones en el sector salud y en sistema de pago

## 7. Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada
- Duración del Contrato: 45 días no continuos en un plazo de 3 meses
- Lugar(es) de trabajo: Consultoría Externa con dos viajes de 5 días a Panamá
- Líder de División o Coordinador: Leonardo Pinzón, Especialista en Protección Social y Salud

**Pago y Condiciones:** La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

**Consanguinidad:** De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

**Diversidad:** El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

## **ANEXO A**

### **PANAMÁ**

#### **DIVISIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD**

##### **PN-T1146: Derecho a la Identidad- Registro Civil en Comarcas Indígenas y Áreas Rurales de Difícil Acceso**

#### **TERMINOS DE REFERENCIA – COORDINADOR DEL EQUIPO DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA CÁPITA**

##### **1. Antecedentes**

Establecido en 1959, el Banco Interamericano de Desarrollo (" BID " o " Banco") es la principal fuente de financiamiento para el desarrollo económico, social e institucional en América Latina y el Caribe. Proporciona préstamos, subvenciones, garantías, asesoramiento sobre políticas y asistencia técnica a los sectores público y privado de sus países prestatarios.

La literatura reciente presenta amplia evidencia sobre la importancia de que todos los ciudadanos cuenten con un registro civil de nacimiento<sup>1</sup>. [El Banco Interamericano de Desarrollo](#) (BID) ha destacado que en América Latina y el Caribe, cerca del 9% de los niños menores de 4 años no se encuentran registrados. Este subregistro alcanza 230 millones de niños en el mundo, lo que equivale a que 1 de cada 3 niños no posean ningún tipo de identificación. Un registro civil eficaz y universal permite contar con estadísticas vitales confiables y sienta las bases para la implementación de políticas sociales inclusivas, permitiendo otorgar identidad legal a todos los ciudadanos y facilitando su acceso a derechos y prestaciones básicas como la inscripción escolar, la atención en salud, el sufragio o las herencias. En Panamá el subregistro en áreas indígenas, en niños menores de 5 años alcanza el 7%, cifra muy superior al 3% de registrado nivel nacional para niños en el mismo rango de edad. Las causas del subregistro son varias y entre ellas están: las barreras geográficas, los altos índices de pobreza, la falta de oportunidades de educación, la resistencia cultural y étnica y la falta de sensibilización y prioridad política de las autoridades correspondientes.

El Gobierno de Panamá ha venido desarrollando acciones destinadas a reducir la pobreza y promover el desarrollo humano, potenciando capacidades y creando las oportunidades para generar la equidad y reducir la exclusión social en el país. En este contexto, el Ministerio de Salud (MINSa) ha diseñado una Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas de Atención Primaria en Salud (EFC-APS). Esta Estrategia consiste en un conjunto de mecanismos basados en la atención primaria en salud (APS), a través del cual se busca mejorar la accesibilidad de la población rural pobre a los servicios de salud y nutrición reduciendo las inequidades y favoreciendo a los grupos más vulnerables.

---

<sup>1</sup> Ver [Naciones Unidas](#), [Instituto Internacional de Registro y Estadísticas Vitales](#), [Organización Mundial de la Salud](#) y [UNICEF](#)

A finales del 2012 y con miras a seguir mejorando 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, el MINSA con apoyo del BID inicia el Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (2563/OC-PN) que incorpora, principalmente, el modelo de financiamiento capitado vinculado al de gestión por resultados y el de atención nominalizada. LA EFC-APS contempla la provisión de una Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) en áreas rurales dispersas y comarcas indígenas, prestado por equipos básicos de salud extrainstitucionales contratados por Organizaciones Extraintitucionales (OE) o Giras Itinerante Institucionales que forman la Red Itinerante, y por equipos básico de salud institucionales contratados por las Direcciones Regionales Salud (DRS) del MINSA que forma la Red Fija.

La CPP está consolidada en servicios de promoción, prevención y atención, mediante un esquema de nominalización de la atención de la población beneficiaria que propicie la protección social en salud de cada uno de los beneficiarios

## **2. Definiciones empleadas:**

### **2.1 Población Beneficiaria:**

La EFC-APS tiene la finalidad de ampliar la cobertura de servicios básicos de salud y nutrición, acercando de manera sistemática e integral los servicios de salud a la población pobre rural que enfrenta barreras geográficas que dificultan el acceso de la población a la red fija, por medio de la provisión de la CPP. La población beneficiara es determinada mediante una metodología científica, adecuada, que garantiza la correcta inclusión de beneficiarios. Se realiza siguiendo tres pasos fundamentales: focalización, sectorización y adscripción. La focalización consiste en la selección de comunidades, dentro de una región de salud; basada en elementos de caracterización de sus poblaciones, siendo éstos: (i) condición de pobreza, (ii) área con población mayormente indígena, y (iii) los con accesibilidad mayor de una hora a centros de atención de la red fija del MINSA. La sectorización agrupa comunidades previamente focalizadas que mantienen características de accesibilidad y vías de comunicación en común, llamando cada conjunto de comunidad un Grupo Poblacional (GP). La adscripción asigna una Unidad Básica de Atención (UBA) para cada GP, la cual es responsable de la provisión de la CPP y tutela de la salud de los beneficiarios. La UBA puede ser compuesta por distintos tipos de proveedores de servicios de la estrategia de extensión de cobertura: (i) red itinerante: OE o GI encargados de proveer la cartera de prestaciones priorizadas (CPP) a la población beneficiaria; y (ii) red fija: centros de salud, subcentros de salud y puestos de salud.

Una vez completada la selección de la población beneficiaria, se da paso a su nominalización a fin de acceder al conocimiento acabado de toda la población para el seguimiento continuo de cada beneficiario y su condición de salud en tanto que se parte, para cada año de prestación con un padrón inicial de beneficiarios. El Padrón de Población Beneficiaria (PPB) de la EFC-APS está gestionado por las DRS en el caso de la Red Fija e Itinerante institucional y en otro caso la misma

OE (en coordinación con las DRS). Como mínimo una vez cada semestre, el PBB está certificado por un Auditoría Técnica Externa, aprobado por la Dirección de Provisión de Servicios (DPSS), y remitido a la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) para actualizar la población beneficiaria de cada GP establecido.

## **2.2 La Cartera de Prestaciones Priorizadas**

La CPP es el conjunto de prestaciones que se otorga a los beneficiarios del EFC-APS y que se encuentran cubiertas por el costo per cápita. La CPP fue diseñada para reducir la carga de enfermedades de los grupos más pobres de la población panameña. El menú de intervenciones estaba compuesto utilizando la experiencia e información acumulado en los años pasados por el MINSA durante la implementación de la provisión de PAISS+N y PSPV. No se incluyen servicios de manera exhaustiva, sino que el equipo básico de salud trabaja según las normas del MINSA contenidas en guías y protocolos que definen los alcances de cada una de las actividades que la componen. Sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres modalidades de atención establecidas por el MINSA: promoción, prevención y atención. Véanse el Anexo II para la CPP actual.

## **2.3 Mecanismos de Organización, Planificación y Gestión de la prestación de la CPP**

La provisión del CPP se basa en un modelo de gestión por resultados que integra diez ejes estratégicos:

1. Diagnóstico situacional de salud del grupo poblacional
2. Coordinación regional
3. La programación de actividades en base a resultados (informe inicial)
4. La programación de las rondas / bimestre
5. La organización de la atención en la comunidad y el sistema de logística
6. Manejo ambiental
7. Adaptación cultural
8. Sistema de referencia y contra referencia
9. La gestión de la programación (cumplimiento de los planes)
10. Sistema de información e informes

## **2.4 Programación de Rondas de Salud.**

El Equipo de Gestión de la UBA programa las rondas del grupo poblacional bajo su responsabilidad con base en la nominalización de la población beneficiaria adscrita, el análisis de situación del grupo poblacional, los planes contenidos en el Informe Inicial y los resultados esperados (indicadores de proceso de la CPP, coberturas de ronda e indicadores de desempeño). El cronograma de rondas constituye el instrumento de gestión a través del cual se materializa la programación, por lo cual el prestador debe entregarlo a la DPSS. El prestador debe cumplir con realizar seis (6) rondas al año, para lo cual debe realizar una (1) ronda por bimestre.

## **2.5 Sistema de Información.**

Cada Equipo de Gestión lleva el registro de actividades, haciendo uso de los instrumentos primarios del MINSA. La captación y registro se lleva a cabo en el lugar donde se preste el servicio de atención. El prestador es responsable de sistematizar la información captada durante la atención en el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) y en el sistema de estadística de salud (SIES), ambos entregados por el MINSA. Presentan cinco tipos de informes: (i) Informe inicial; (ii) Informes mensuales; (iii) Informes de ronda (SIREGES); (iv) Informes semestral (SIREGES), e (v) Informes anuales.

## **2.6 Sistema de Monitoreo.**

Conocido también como supervisión indirecta, toda vez que se lleva a cabo en el escritorio de los técnicos responsables del seguimiento de la ejecución de la EFC-APS, basándose en la información que regularmente llega de las DRS. El sistema de seguimiento consiste en el ordenamiento de la información para analizar el curso de los acontecimientos y en qué medida se acercan a las metas fijadas durante la programación. Se basa en el análisis de indicadores (de procesos y resultados) y, como es conocido, los indicadores señalan, pero no explican. Por tanto, el Equipo Técnico de la DRS y de la DPSS teoriza en base a su experiencia y conocimiento de la realidad las posibles explicaciones de un problema y da paso al sistema de supervisión directa para que verifique lo que realmente esté sucediendo. El sistema de seguimiento tiene como fuente principal de información los informes mensuales y por ronda producidos por las UBAs.

## **2.7 Sistema de Supervisión.**

Para la supervisión del MINSA, en general, hay como mínimo una supervisión por ronda de prestación. Para la supervisión de la Red Itinerante y la Red Fija, es responsabilidad de la DRS, a través del Equipo de Gestión, supervisar la provisión del CPP por medio de sus equipos básicos de salud, de tal forma que se establezcan mecanismo de control de calidad de la prestación, en pro de la mejora continua de la provisión de servicios.

## **2.8 Sistema de Auditoría Técnica y Social**

El Sistema de Auditoría Técnica y Social consiste en dos tipos de auditoría: (i) Auditoría Técnica (ATE) y (ii) Auditoría Social. La ATE constituye el mecanismo a través del cual el MINSA busca la verificación y emisión de una opinión profesional independiente sobre la ejecución de la EFC-APS, a través de la provisión de la CPP por prestadores de la Red Fija y Red Itinerante. La Auditoría Social constituye el mecanismo a través del cual el MINSA busca la opinión de los líderes y representantes de grupos formales de las comunidades, acerca de la calidad y tipo de servicio que brindan las UBA. Estas opiniones están obtenidas de acuerdo con la metodología e

instrumentos de auditoría social que constan en el Manual de Auditoría Social aprobado por el MINSA.

## **2.9 Sistema de pago per cápita y desempeño**

La EFC-APS está basada en un modelo de gestión por resultados y un modelo de financiamiento capitado, por lo cual su sistema de evaluación integra ambos modelos y busca cuantificar el logro de las coberturas por ronda e indicadores de evaluación. Ambos modelos incorporan la nominalización de los beneficiarios como base de cálculo de los logros de la cobertura por ronda e indicadores de evaluación, así como la población beneficiaria establecida en los convenios a suscribir con las DRS y prestadores.

## **2.10 Financiamiento**

La EFS-APS se fundamenta en un modelo de financiamiento per cápita. La cápita es el estimado del monto promedio necesario para cubrir los costos de asegurar el acceso a la CPP para cada individuo de la población beneficiaria de la región de salud correspondiente durante un año. Este per cápita sirve para el cálculo de los pagos que el MINSA realiza a los proveedores a la población adscrita contractualmente.

## **2.11 Cápita.**

La cápita es diferenciada por Región de Salud dado los requerimientos adicionales que se presentan en cada una como lo son transporte en bote, animales de carga, helicópteros u otros. Para la determinación del monto de los convenios con las DRS prestadoras u OEs, la cápita de referencia se multiplica por el número de población beneficiaria para cada grupo poblacional. Al término de cada semestre se actualizará la población beneficiaria de acuerdo al Padrón de Población Certificado por la ATE. Los ajustes que conlleven estas actualizaciones al monto del contrato o convenio, de población beneficiaria y/o cápita, se realizarán mediante liquidación de contratos y convenios.

El monto de la cápita fue revisado en diferentes oportunidades en función de la inclusión o exclusión de ciertas intervenciones en la cartera de servicios cubierta por el MINSA. Dichas revisiones toman como referencia la metodología desarrollada en 2001 por una firma consultora internacional<sup>2</sup> y revisada posteriormente por servicios de consultoría individual internacional. El monto de la cápita se determinó mediante un macro-costeo tomando en cuenta los presupuestos causados por región y los siguientes rubros: (i) costos indirectos fijos; (ii) costos indirectos variables; (iii) costos directos fijos; (iv) costos directos variables; (v) inversión inicial; y (vi) estimación de los gastos de contratación.

---

<sup>2</sup> Bitrán & Asociados

- i. En esta categoría se consideraron las remuneraciones y gastos de funcionamiento del Ministerio de Salud, de la Unidad Administradora del Proyecto, y la Supervisión, evaluación y monitoreo por organización externa.
- ii. En esta categoría se incluyen los costos de viáticos y capacitación para las personas que trabajan en los niveles administrativos que gestionarán los equipos básicos de salud (EBS) y el personal asistencial de los EBS.
- iii. Se consideran como costos fijos las remuneraciones del personal médico. Se diferencia entre el personal de salud a ser contratado por organizaciones extra institucionales (OE) y los voluntarios de la comunidad.
- iv. Los costos directos variables incluyen los costos de los recursos definidos en el manual de operación para realizar las actividades y varían según la cantidad de atenciones prestadas. En esta categoría están los materiales e insumos médicos, medicamentos y otros (incluyen exámenes de laboratorio, registros médicos y material gráfico para educación de las personas).
- v. En esta categoría se incluye el recurso físico necesario para que el EBS itinerante pueda proveer los servicios (vehículos, equipos médicos, etc.).
- vi. Para estimar los recursos financieros necesarios para que los proveedores contratados realicen sus actividades se estimó como gastos de administración un 10% del costo de prestación del Paquete.

A inicios de 2009, el costo de la cápita fue actualizado a través de un ejercicio de indexación y este valor sirvió de base para la determinación de la cápita utilizada en el marco de la tercera etapa de la EFC-APS. Esta revisión del costo de la cápita tuvo en cuenta el tamaño de los grupos poblacionales, ya que a partir de la tercera etapa de la EFC-APS se esperaban grupos en un rango de 5,200 a 7,600 beneficiarios. Esta actualización también tomó en cuenta la incorporación del programa comunitaria de nutrición Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C) en la estructura de costos de la Estrategia, los ajustes salariales de los profesionales y técnicos del equipo básico de salud, y los ajustes a los costos de transporte, insumos y medicamentos, y equipos.

En 2012, se realizó un análisis de la variación y de la fiabilidad del costo de la cápita, cuyas conclusiones recomendaba la incorporación de una cápita actualizado al marco normativo de la EFC-APS, fundamentado en:

- i. Variaciones en los tamaños de los grupos poblacionales con tendencia a disminuir
- ii. Variaciones en el componente de salarios, viáticos y cuotas patronales anuales
- iii. Variaciones en el componente de transporte con tendencia creciente

- iv. Variaciones en el componente de medicamentos, insumos y equipos sanitarios con incrementos de precios agravados por la depreciación acelerada de los equipos al someterse a constantes movimientos por las giras
- v. Fortalecimiento de los controles para mejorar el seguimiento de los beneficiarios priorizados, conllevando aumento en la producción de servicios según la CPP
- vi. Incremento gradual de las metas de los indicadores de desempeño que requieren la generación de estrategias de campo para mantener e incrementar el contacto entre oferta y demanda sin descuidar la calidad de la atención
- vii. Incremento de los costos financieros por retrasos en el flujo de pago (independiente de su causa: disponibilidad presupuestaria, dilación de las evaluaciones, doble trámite de pago-región-prestador, autorización y refrendo de pagos, flujo de las auditorias, cierre de contrato o convenio, entre otras)
- viii. Curva de aprendizaje con fluctuaciones en su pendiente (+ o -) a través del tiempo, basada en la rotación de personal con conocimiento del área geográfica y el trabajo de campo que conlleva repercusiones financieras (descuentos, multas, penalidades)
- ix. Sistema de incentivos vía transferencias complementarias variables que son utilizadas para financiar costos operativos reduciendo los impulsos para la mejora continua de los equipos
- x. La estrategia contempla cambios de comportamiento en la población beneficiaria y adaptaciones culturales de los equipos de salud que constituyen inversiones a largo plazo para obtener resultados significativos, por lo cual, la inversión debe ser sostenible para proscribir conductas que generen desviaciones del objetivo establecido e incrementen los costos de monitoreo, supervisión y auditoria.

Adicional a las recomendaciones arrojadas en el estudio de 2012, se recomienda que los ajustes a la cápita incorporen las siguientes variables:

- i. Ajustes a las estructuras fijos y variables del costo de la cápita
- ii. Actualizaciones al valor de la cápita en función a variables actuales, y variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza, entre otros
- iii. La incorporación de las actividades de apoyo y supervisión de la Plataforma Comunitaria

- iv. El fortalecimiento de los sistemas de reporte, ingreso, y envío de información de beneficiarios
- v. Ajustes a la Cartera de Prestaciones Priorizadas, y la implementación de la Estrategia de Cuidados Obstétricas y Neonatales Esenciales
- vi. Un análisis del desempeño de los proveedores, incluyendo los indicadores de cobertura y desempeño y su desempeño según la auditoría social, para incentivar el mejoramiento de los proveedores con referencia a dichos indicadores
- vii. Un análisis de costos según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
- viii. Un análisis de costos según intervención
- ix. La cuantificación de costos de servicios odontológicos
- x. Requerimientos de Gestión Ambiental y Social

Se solicita los servicios de consultoría para permitir la incorporación de una cápita actualizada al marco normativo de la EFC-APS, de acuerdo a las recomendaciones que han sido mencionadas en el apartado anterior. La consultoría debe coordinar un equipo de consultores que proveerán insumos para la actualización de la cápita, incluyendo el desarrollo de una metodología para la recopilación y análisis de datos, la recopilación y análisis de datos relevantes, la formulación de recomendaciones y justificaciones a ajustes de la cápita, y el desarrollo de una aplicación en MS Excel junto con un Manual Operativo para la actualización periódica de la cápita.

Los productos de esta consultoría servirán de base para actualizar el financiamiento de los convenios de gestión y/o contratos suscritos entre el MINSA y los prestadores de la CPP (institucionales y extrainstitucionales) y, por ende, debe proponer ajustes a la cápita y desarrollar una aplicación que permite la actualización periódica. Los productos deben permitir la desagregación de información de la siguiente manera:

- (i) CPP actualiza todo el Ciclo de Vida
- (ii) Según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
- (iii) Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.

Existe un Mecanismo de pago que se describe en el Reglamento Operativo y que se entregará como insumo para el desarrollo de la consultoría.

### **3. Objetivo(s) de la Consultoría**

### **3.1 Objetivos Generales:**

- Coordinar al equipo de consultores que le proveerán insumos para la actualización de la cápita.
- Desarrollar una metodología para el calculo de la cápita, definir los datos que deben ser recabados y elaborar un plan de análisis de la información, desarrollar escenarios de impacto financiero con la aplicación de la cápita ajustada, formular recomendaciones para su aplicación.
- Dar directrices a los informáticos del MINSA- UGSAF para el desarrollo de una aplicación en MS Excel junto con un Manual Operativo para la actualización periódica de la cápita.
- Entregar la consolidación del valor de la cápita, para que se incorpore al marco normativo de la EFC-APS, de acuerdo a las recomendaciones arrojados en estudios previos de la cápita, las recomendaciones del Ministerio de Salud y la experiencia práctica de la utilización del pago por cápita en atención primaria.
- Los productos de esta consultoría servirán de base para actualizar el financiamiento de los convenios de gestión y/o contratos suscritos entre el MINSA y los prestadores de la CPP (institucionales y extrainstitucionales) y este ejercicio debe dar respuesta a las siguientes preguntas:
  - ¿A cuánto asciende la provisión de la CPP?
    - Según prestador (institucionales y extrainstitucionales),
    - Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
    - Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
    - Según Cartera de prestaciones
    - Según servicios conexos

### **3.2 Objetivos Específicos:**

- 3.2.1 Coordinar, y dirigir el desarrollo del trabajo de todo el equipo de consultores a partir de la metodología propuesta por el consultor y en función de la información, que este defina como necesaria, para asignar un nuevo valor a la cápita.
- 3.2.2 Asegurar coherencia, revisar, y compilar los productos del equipo de consultores que proporcionaran insumos para la actualización de la cápita.
- 3.2.3 Proponer y consensuar con el consultor económico las nuevas variables para actualizar el costo de la CPP que tenemos hoy y lo que costaría la nueva CPP propuesta, tomando en consideración, pero no limitado a, las siguientes variables:

- Variaciones en el componente de medicamentos, insumos y equipos sanitarios con incrementos de precios agravados por la depreciación acelerada de los equipos al someterse a constantes movimientos por las giras
- Fortalecimiento de los controles para mejorar el seguimiento de los beneficiarios priorizados, conllevando aumento en la producción de servicios según la CPP
- Incremento gradual de las metas de los indicadores de desempeño que requieren la generación de estrategias de campo para mantener e incrementar el contacto entre oferta y demanda sin descuidar la calidad de la atención ídem anterior
- La estrategia contempla cambios de comportamiento en la población beneficiaria y adaptaciones culturales de los equipos de salud que constituyen inversiones a largo plazo para obtener resultados significativos, por lo cual, la inversión debe ser sostenible para proscribir conductas que generen desviaciones del objetivo establecido e incrementen los costos de monitoreo, supervisión y auditoría. Esto es un estudio para medir cambios de comportamiento y no cabe aquí, ni es el propósito ni hay tiempo para hacer esto.
- La incorporación de las actividades de apoyo y supervisión de la Plataforma Comunitaria
- Ajustes a la Cartera de Prestaciones Priorizadas, y la implementación de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, tomando en cuenta los servicios o prestaciones que se quieren incluir
- Un análisis del desempeño de los proveedores, incluyendo los indicadores de cobertura y desempeño y su desempeño según la auditoría social, para incentivar el mejoramiento de los proveedores con referencia a dichos indicadores
- Un análisis de costos según intervención
- La cuantificación de costos de servicios odontológicos para tener claridad en cuánto representa su inclusión en la Cartera de servicios
- Variaciones en los tamaños de los grupos poblacionales con tendencia a disminuir
- Variaciones en el componente de transporte con tendencia creciente
- Actualizaciones al valor de la cápita en función a variables actuales, y variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza, entre otros
- Considerar los ajustes a la Cartera de Prestaciones en base a el perfil epidemiológico, la carga de enfermedad y el Ciclo de vida.
- Ajustes a las estructuras fijos y variables del costo de la cápita
- Un análisis de costos según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
- Requerimientos de Gestión Ambiental y Social como insumo para el análisis
- Variaciones en el componente de salarios, viáticos y cuotas patronales anuales

3.2.4 Coordinar, asegurar coherencia, revisar, y compilar los productos del equipo de consultores respecto al análisis exhaustivo del costeo de cada componente mencionado en el punto 3.2.3, que permita conocer el costo de la CPP según las siguientes características:

- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?
  - Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
  - Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
  - Según la Cartera de Prestaciones
  - Según servicios conexos
- 3.2.5 Coordinar, asegurar coherencia, revisar, y compilar los productos del equipo de consultores respecto a la metodología e instrumentos para la captura de información, el ejercicio de cuantificación, y la actualización periódica de la cápita
- 3.2.6 Coordinar, asegurar coherencia, revisar, y compilar los productos del equipo de consultores respecto al desarrollo y capacitación del personal de MINSA en: la metodología para el estudio del costo de la CPP, el cálculo de la cápita y su aplicación práctica, y el uso de una aplicación en MS Excel que le permita al MINSA actualizar y modelar la estructura de costos, que permite la desagregación de información de la siguiente manera:
- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?
  - Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
  - Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
  - Según la Cartera de Prestaciones
  - Según servicios conexos
- 3.2.7 Coordinar, asegurar coherencia, revisar, y compilar los productos del equipo de consultores en la actualización los resultados de la estimación de costos de la provisión de la CPP.

#### **4. Actividades Principales**

#### **Etapas N°1,2,3, y 4: Organización, Preparación, análisis y propuestas de cápita**

- 4.1 Liderar, Coordinar al grupo de consultores para asegurar coherencia, revisar, y compilar los productos del equipo de consultores del plan de trabajo, metodología y cronograma de la consultoría.
- 4.2 Coordinar, revisar y compilar los productos que elaboren el equipo de consultores
- 4.3 Determinar cuáles son los elementos clave para poder calcular cual es el costo por cápita teniendo en cuenta: la información relativa a la demografía de las regiones a implantar, incluyendo variables de estructura etaria, dispersión geográfica, y otras variables relacionadas con la asistencia sanitaria
- 4.4 Determinar los factores de ajuste de los elementos que intervendrán en los costes a asignar a la atención primaria de salud

- 4.5 Coordinar el ajuste de los elementos de la cartera de servicios que serán claves para implantar la parte variable del pago caputivo
- 4.6 Coordinar y elaborar críticamente cual es el método de ajuste de las cápit as según los diferentes factores que harán singulares las capitas territoriales.
- 4.7 Coordinar y analizar críticamente las simulaciones conjuntamente con el MINSA a fin de determinar la fiabilidad de las capitas para poder aplicarla en los territorios
- 4.8 Revisar los documentos de referencia básicos, con visión constructiva, como mínimo, los siguientes documentos técnicos de referencia básica:
- Manual Operativo del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud.
  - Reglamento Operativo para proveedores de la CPP.
  - Convenios de Gestión y Contratos con Proveedores de Organizaciones Extrainstitucionales
  - Informes de Desempeño y de Cobertura de Proveedores de la EFC-APS
  - Informes de la Auditoría Técnica Externa y Auditoría Social
  - Informe de Gestión Ambiental y Social del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud
  - Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales CONE
  - Documento de rediseño del Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud
  - Escalas de salario que aplican en el MINSA y las variaciones programadas por acuerdos gremiales pactados con el Gobierno a la fecha
  - Estrategias de la Plataforma Comunitaria
    - Estrategia de Cambio de Comportamiento
    - Estrategia de Planificación Familiar y Anticoncepción
    - Estrategia de Plan de Parto
    - Manual del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil PACO
    - Manual del Programa de Consejería Nutricional Nutrividas
    - Plan de Agua
  - Bases de Datos del Ministerio de Salud, incluyendo, pero no limitado al, Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES), Sistema de Información de Estadística de Salud (SIES), Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS)
  - Informe de Resultados del Estudio de Costos per Cápit a de la Provisión del PAISS+N y PSPV. MINSA, UGAF. Diciembre, 2012.
  - Documento Estrategia de extensión de cobertura que incluye la actualización del costo del PAISS+N y la PSPV. MINSA, UGAF. Marzo, 2009.
  - Productos de la consultoría individual internacional para la “Evaluación de la metodología de costos e impacto fiscal de la provisión de paquetes de atención integral de servicios de salud (PAISS+N) empleada por el MINSA y recomendaciones de ajuste. Noviembre, 2008.
  - Estimación de Costos del PAISS mediante OEs y mediante FOGIs Documento de discusión. Gesaworld. Panamá, Junio, 2008.

- Programa de Modernización del Ministerio de Salud – MINSA. Banco Interamericano de Desarrollo. Diseño, Costeo, Análisis de Costo-Efectividad y de Impacto Fiscal del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud. Informe Final. Agosto 2001.
- Informes administrativos del PAISS+N y la PSPV (Regiones de Salud y Organizaciones Extrainstitucionales – OE).

4.9 Coordinar, asegurar coherencia, revisar, y compilar los productos del equipo de consultores de propuesta metodológica para la recolección de datos primarios y secundarios, detallando como mínimo la estrategia de selección de centros para visitar y personas para entrevistar, así como el guion de las entrevistas, y el diseño de instrumentos de captura de información y la identificación de las fuentes. La metodología propuesta debe permitir la actualización del valor de la cápita, un análisis de costo por intervención, y debe permitir el desarrollo de una aplicación para actualización periódica, incluyendo, pero no limitado a las siguientes variables:

- Variaciones en el componente de medicamentos, insumos y equipos sanitarios con incrementos de precios agravados por la depreciación acelerada de los equipos al someterse a constantes movimientos por las giras
- Fortalecimiento de los controles para mejorar el seguimiento de los beneficiarios priorizados, conllevando aumento en la producción de servicios según la CPP
- Incremento gradual de las metas de los indicadores de desempeño que requieren la generación de estrategias de campo para mantener e incrementar el contacto entre oferta y demanda sin descuidar la calidad de la atención
- La estrategia contempla cambios de comportamiento en la población beneficiaria y adaptaciones culturales de los equipos de salud que constituyen inversiones a largo plazo para obtener resultados significativos, por lo cual, la inversión debe ser sostenible para proscribir conductas que generen desviaciones del objetivo establecido e incrementen los costos de monitoreo, supervisión y auditoría.
- La incorporación de las actividades de apoyo y supervisión de la Plataforma Comunitaria
- Ajustes a la Cartera de Prestaciones Priorizadas, y la implementación de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
- Un análisis del desempeño de los proveedores, incluyendo los indicadores de cobertura y desempeño y su desempeño según la auditoría social, para incentivar el mejoramiento de los proveedores con referencia a dichos indicadores
- Un análisis de costos según intervención
- La cuantificación de costos de servicios odontológicos
- Variaciones en los tamaños de los grupos poblacionales con tendencia a disminuir

- Variaciones en el componente de transporte con tendencia creciente
- Actualizaciones al valor de la cápita en función a variables actuales, y variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza, entre otros
- Ajustes a las estructuras fijos y variables del costo de la cápita
- Un análisis de costos según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
- Requerimientos de Gestión Ambiental y Social
- Variaciones en el componente de salarios, viáticos y cuotas patronales anuales

4.10 Coordinar, asegurar coherencia, revisar, y compilar los productos del equipo de consultores de elaboración y presentación de la propuesta metodológica para la cuantificación y recomendación de ajustes a costos, que incluye como mínimo: (i) estructura de costos, (ii) categorías y componentes; (iii) supuestos, (iv) factores de ponderación, y (v) estructura de la aplicación en MS Excel. La cuantificación de costos debe incluir una justificación de ajustes propuestas a costos (incluyendo, por ejemplo, actualizaciones basados en cambios en costos, incorporación de nuevas actividades como los de la supervisión y apoyo a la Plataforma Comunitaria en la EFC-APS, ajustes para incentivar mejoras en los indicadores de cobertura y desempeño, etc.) y debe permitir como mínimo la desagregación de información de la siguiente manera:

- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?
- Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
- Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
- Según Cartera de Prestaciones
- Según Servicios conexos

4.11 Coordinar con el equipo de consultores del estudio de la cápita para garantizar la coherencia y compatibilidad de las metodologías y productos elaborados.

## **Etapas N°2: Captura inicial y aproximación del costo per cápita**

4.12 Coordinar, asegurar coherencia, revisar, y compilar los productos del equipo de consultores de aplicación de los instrumentos de captura de información en campo (fuentes primarias y secundarias). Aquí se incluye la recopilación de toda la información requerida para realizar el análisis, incluyendo información de los propios prestadores y de fuentes alternas del mercado local, para validar tendencias o identificar posibles desviaciones.

4.13 Coordinar, asegurar coherencia, revisar, y compilar los productos del equipo de consultores de sistematización y presentación de los resultados preliminares de la cuantificación y recomendación de ajustes preliminares al costo per cápita, que incluye como mínimo: (i) estructura de costos, (ii) categorías y componentes; (iii) supuestos, (iv) factores de

ponderación, y (v) estructura de la aplicación en MS Excel. La cuantificación de costos debe incluir una justificación de ajustes propuestas a costos (incluyendo, por ejemplo, actualizaciones basados en cambios en costos, incorporación de nuevas actividades como los de la supervisión y apoyo a la Plataforma Comunitaria en la EFC-APS, ajustes para incentivar mejoras en los indicadores de cobertura y desempeño, etc.) y debe permitir como mínimo la desagregación de información de la siguiente manera:

- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?
- Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
- Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
- Según la Cartera de prestaciones
- Según los servicios conexos

4.14 Sistematizar y presentar la aplicación preliminar para la actualización periódica de la cápita

4.15 Coordinar con el equipo de consultores del estudio de la cápita para garantizar la coherencia y compatibilidad de las metodologías y productos elaborados.

### **Etapas N°3: Análisis de los datos y cuantificación del costo per cápita**

4.16 Coordinar, asegurar coherencia, revisar, y compilar los productos del equipo de consultores de sistematización y presentación de los resultados finales de la cuantificación y recomendación de ajustes preliminares al costo per cápita, que incluye como mínimo: (i) estructura de costos, (ii) categorías y componentes; (iii) supuestos, (iv) factores de ponderación, y (v) estructura de la aplicación en MS Excel. La cuantificación de costos debe incluir una justificación de ajustes propuestas a costos (incluyendo, por ejemplo, actualizaciones basados en cambios en costos, incorporación de nuevas actividades como los de la supervisión y apoyo a la Plataforma Comunitaria en la EFC-APS, ajustes para incentivar mejoras en los indicadores de cobertura y desempeño, etc.) y debe permitir como mínimo la desagregación de información de la siguiente manera:

- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?
- Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
- Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
- Según Cartera de Prestaciones
- Según servicios conexos

4.17 Sistematizar y presentar la aplicación final para la actualización periódica de la cápita

- 4.18 Coordinar con el equipo de consultores del estudio de la cápita para garantizar la coherencia y compatibilidad de las metodologías y productos elaborados.
- 4.19 Realizar los ajustes acordados con el MINSA y los Bancos y presentar los resultados finales de la cuantificación del costo per cápita de la provisión de la EFC-APS y CPP, y de forma separada el costo per cápita de los servicios odontológicos.

## **5. Informes / Entregables**

**5.1 PRODUCTO 1. PLAN, METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA CONSOLIDADO DEL EQUIPO DE TRABAJO.** Establece los resultados que se propone lograr durante el plazo de ejecución de la consultoría, incluyendo la propuesta metodológica para la recolección, análisis, y cuantificación de ajustes de datos primarios y secundarios, y una propuesta de estructura de la aplicación en MS Excel.

**5.2 PRODUCTO 2: INFORME DE RESULTADO DEL ESTUDIO DE LA BIBLIOGRAFÍA** previa y las propuestas para poder aplicar con fiabilidad del costo por cápita

**5.3 PRODUCTO 3: ESTUDIO CRÍTICO SOBRE LA CPP y servicios conexos.**

**5.4 PRODUCTO 4: INFORME DE RESULTADOS INICIALES DE LA APLICACIÓN DE FACTORES** que se relacionan directamente con la determinación del costo per cápita

**5.5 PRODUCTO 5. INFORME PRELIMINAR DEL EQUIPO DE TRABAJO CONSOLIDADO SOBRE LA ESTIMACIÓN DEL COSTO PER CÁPITA DE LA PROVISIÓN DE LA CPP, INCLUYENDO APLICACIÓN MS EXCEL PRELIMINAR Y MANUAL DE USO.** Conforme lo indicado en las actividades de estos términos de referencia. Este producto incluye, de forma separada, la estimación preliminar del costo per cápita de los servicios odontológicos. El informe incluye como mínimo: (i) estructura de costos, (ii) categorías y componentes; (iii) supuestos, (iv) factores de ponderación, y (v) estructura de la aplicación en MS Excel. La cuantificación de costos debe incluir una justificación de ajustes propuestas a costos (incluyendo, por ejemplo, actualizaciones basados en cambios en costos, incorporación de nuevas actividades como los de la supervisión y apoyo a la Plataforma Comunitaria en la EFC-APS, ajustes para incentivar mejoras en los indicadores de cobertura y desempeño, etc.) y debe permitir como mínimo la desagregación de información.

**5.6 PRODUCTO 6. INFORME FINAL DEL EQUIPO CONSOLIDADO SOBRE LA ESTIMACIÓN FINAL DEL COSTO PER CÁPITA DE LA PROVISIÓN DE LA CPP, INCLUYENDO APLICACIÓN MS EXCEL FINAL y MANUAL DE USO.** Este producto incluye, de forma separada, la estimación final del costo per cápita de los servicios odontológicos.

Todo informe debe ser sometido al Banco en un archivo electrónico. El informe debe incluir una carátula, documento principal, y todos los anexos. Archivos en formato Zip no serán aceptados como informes finales debido a los reglamentos de la Sección de Administración de Archivos.

## 6. Cronograma de Pagos

Producto	Porcentaje
Producto 1	10%
Producto 2	15%
Producto 3	15%
Producto 4	15%
Producto 5	15%
Producto 6	30%

## 7. Calificaciones

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Profesional de las ciencias económicas con grado mínimo de maestría y de preferencia con formación específica en Economía de la Salud y Sistemas de pagos. mínimo de cinco (5) años de experiencia general en temas relacionados con la evaluación y costeo de acciones o programas sociales y/o experiencia en sistemas de pago. mínimo de dos (2) experiencias específicas en consultorías o asistencias técnicas en los últimos años (2005 a la fecha) orientadas a la evaluación y/o costeo de intervenciones en el sector salud y en sistemas de pago.
- Idiomas: Español
- Áreas de Especialización: Ciencias económicas, economía de la salud, evaluación y/o costeo de intervenciones en el sector salud y en sistema de pago

## 8. Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada
- Duración del Contrato: 45 días no continuos entre en un plazo de 5 meses
- Lugar(es) de trabajo: Consultoría Externa con dos viajes de 5 días a Panamá
- Líder de División o Coordinador: Leonardo Pinzón, Especialista en Protección Social y Salud

**Pago y Condiciones:** La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

**Consanguinidad:** De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo

conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

**Diversidad:** El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

## **ANEXO A**

### **PANAMÁ**

#### **DIVISIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD**

##### **PN-T1146: Derecho a la Identidad- Registro Civil en Comarcas Indígenas y Áreas Rurales de Difícil Acceso**

#### **TERMINOS DE REFERENCIA -INSUMOS ECONOMICOS PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CÁPITA**

##### **1. Antecedentes**

Establecido en 1959, el Banco Interamericano de Desarrollo (" BID " o " Banco") es la principal fuente de financiamiento para el desarrollo económico, social e institucional en América Latina y el Caribe. Proporciona préstamos, subvenciones, garantías, asesoramiento sobre políticas y asistencia técnica a los sectores público y privado de sus países prestatarios.

La literatura reciente presenta amplia evidencia sobre la importancia de que todos los ciudadanos cuenten con un registro civil de nacimiento<sup>1</sup>. [El Banco Interamericano de Desarrollo](#) (BID) ha destacado que en América Latina y el Caribe, cerca del 9% de los niños menores de 4 años no se encuentran registrados. Este subregistro alcanza 230 millones de niños en el mundo, lo que equivale a que 1 de cada 3 niños no posean ningún tipo de identificación. Un registro civil eficaz y universal permite contar con estadísticas vitales confiables y sienta las bases para la implementación de políticas sociales inclusivas, permitiendo otorgar identidad legal a todos los ciudadanos y facilitando su acceso a derechos y prestaciones básicas como la inscripción escolar, la atención en salud, el sufragio o las herencias. En Panamá el subregistro en áreas indígenas, en niños menores de 5 años alcanza el 7%, cifra muy superior al 3% de registrado nivel nacional para niños en el mismo rango de edad. Las causas del subregistro son varias y entre ellas están: las barreras geográficas, los altos índices de pobreza, la falta de oportunidades de educación, la resistencia cultural y étnica y la falta de sensibilización y prioridad política de las autoridades correspondientes.

El Gobierno de Panamá ha venido desarrollando acciones destinadas a reducir la pobreza y promover el desarrollo humano, potenciando capacidades y creando las oportunidades para generar la equidad y reducir la exclusión social en el país. En este contexto, el Ministerio de Salud (MINSA) ha diseñado una Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas de Atención Primaria en Salud (EFC-APS). Esta Estrategia consiste en un conjunto de mecanismos basados en la atención primaria en salud (APS), a través del cual se busca mejorar la accesibilidad de la población rural pobre a los servicios de salud y nutrición reduciendo las inequidades y favoreciendo a los grupos más vulnerables.

A finales del 2012 y con miras a seguir mejorando 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, el MINSA con apoyo del BID inicia el Programa de Mejoramiento de la Equidad y

---

<sup>1</sup> Ver [Naciones Unidas](#), [Instituto Internacional de Registro y Estadísticas Vitales](#), [Organización Mundial de la Salud](#) y [UNICEF](#)

Fortalecimiento de los Servicios de Salud (2563/OC-PN) que incorpora, principalmente, el modelo de financiamiento capitado vinculado al de gestión por resultados y el de atención nominalizada. LA EFC-APS contempla la provisión de una Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) en áreas rurales dispersas y comarcas indígenas, prestado por equipos básicos de salud extrainstitucionales contratados por Organizaciones Extraintitucionales (OE) o Giras Itinerante Institucionales que forman la Red Itinerante, y por equipos básico de salud institucionales contratados por las Direcciones Regionales Salud (DRS) del MINSA que forma la Red Fija.

La CPP está consolidada en servicios de promoción, prevención y atención, mediante un esquema de nominalización de la atención de la población beneficiaria que propicie la protección social en salud de cada uno de los beneficiarios

## **2. Definiciones empleadas:**

### **2.1 Población Beneficiaria:**

La EFC-APS tiene la finalidad de ampliar la cobertura de servicios básicos de salud y nutrición, acercando de manera sistemática e integral los servicios de salud a la población pobre rural que enfrenta barreras geográficas que dificultan el acceso de la población a la red fija, por medio de la provisión de la CPP. La población beneficiaria es determinada mediante una metodología científica, adecuada, que garantiza la correcta inclusión de beneficiarios. Se realiza siguiendo tres pasos fundamentales: focalización, sectorización y adscripción. La focalización consiste en la selección de comunidades, dentro de una región de salud; basada en elementos de caracterización de sus poblaciones, siendo éstos: (i) condición de pobreza, (ii) área con población mayormente indígena, y (iii) los con accesibilidad mayor de una hora a centros de atención de la red fija del MINSA. La sectorización agrupa comunidades previamente focalizadas que mantienen características de accesibilidad y vías de comunicación en común, llamando cada conjunto de comunidad un Grupo Poblacional (GP). La adscripción asigna una Unidad Básica de Atención (UBA) para cada GP, la cual es responsable de la provisión de la CPP y tutela de la salud de los beneficiarios. La UBA puede ser compuesta por distintos tipos de proveedores de servicios de la estrategia de extensión de cobertura: (i) red itinerante: OE o GI encargados de proveer la cartera de prestaciones priorizadas (CPP) a la población beneficiaria; y (ii) red fija: centros de salud, subcentros de salud y puestos de salud.

Una vez completada la selección de la población beneficiaria, se da paso a su nominalización a fin de acceder al conocimiento acabado de toda la población para el seguimiento continuo de cada beneficiario y su condición de salud en tanto que se parte, para cada año de prestación con un padrón inicial de beneficiarios. El Padrón de Población Beneficiaria (PPB) de la EFC-APS está gestionado por las DRS en el caso de la Red Fija e Itinerante institucional y en otro caso la misma OE (en coordinación con las DRS). Como mínimo una vez cada semestre, el PBB está certificado por un Auditoría Técnica Externa, aprobado por la Dirección de Provisión de Servicios (DPSS), y remitido a la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) para actualizar la población beneficiaria de cada GP establecido.

### **2.2 La Cartera de Prestaciones Priorizadas**

La CPP es el conjunto de prestaciones que se otorga a los beneficiarios del EFC-APS y que se encuentran cubiertas por el costo per cápita. La CPP fue diseñada para reducir la carga de enfermedades de los grupos más pobres de la población panameña. El menú de intervenciones

estaba compuesto utilizando la experiencia e información acumulado en los años pasados por el MINSA durante la implementación de la provisión de PAISS+N y PSPV. No se incluyen servicios de manera exhaustiva, sino que el equipo básico de salud trabaja según las normas del MINSA contenidas en guías y protocolos que definen los alcances de cada una de las actividades que la componen. Sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres modalidades de atención establecidas por el MINSA: promoción, prevención y atención. Véanse el Anexo II para la CPP actual.

### **2.3 Mecanismos de Organización, Planificación y Gestión de la prestación de la CPP**

La provisión del CPP se basa en un modelo de gestión por resultados que integra diez ejes estratégicos:

1. Diagnóstico situacional de salud del grupo poblacional
2. Coordinación regional
3. La programación de actividades en base a resultados (informe inicial)
4. La programación de las rondas / bimestre
5. La organización de la atención en la comunidad y el sistema de logística
6. Manejo ambiental
7. Adaptación cultural
8. Sistema de referencia y contra referencia
9. La gestión de la programación (cumplimiento de los planes)
10. Sistema de información e informes

### **2.4 Programación de Rondas de Salud.**

El Equipo de Gestión de la UBA programa las rondas del grupo poblacional bajo su responsabilidad con base en la nominalización de la población beneficiaria adscrita, el análisis de situación del grupo poblacional, los planes contenidos en el Informe Inicial y los resultados esperados (indicadores de proceso de la CPP, coberturas de ronda e indicadores de desempeño). El cronograma de rondas constituye el instrumento de gestión a través del cual se materializa la programación, por lo cual el prestador debe entregarlo a la DPSS. El prestador debe cumplir con realizar seis (6) rondas al año, para lo cual debe realizar una (1) ronda por bimestre.

### **2.5 Sistema de Información.**

Cada Equipo de Gestión lleva el registro de actividades, haciendo uso de los instrumentos primarios del MINSA. La captación y registro se lleva a cabo en el lugar donde se preste el servicio de atención. El prestador es responsable de sistematizar la información captada durante la atención en el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) y en el sistema de estadística de salud (SIES), ambos entregados por el MINSA. Presentan cinco tipos de informes: (i) Informe inicial; (ii) Informes mensuales; (iii) Informes de ronda (SIREGES); (iv) Informes semestral (SIREGES), e (v) Informes anuales.

### **2.6 Sistema de Monitoreo.**

Conocido también como supervisión indirecta, toda vez que se lleva a cabo en el escritorio de los técnicos responsables del seguimiento de la ejecución de la EFC-APS, basándose en la información que regularmente llega de las DRS. El sistema de seguimiento consiste en el ordenamiento de la información para analizar el curso de los acontecimientos y en qué medida se acercan a las metas fijadas durante la programación. Se basa en el análisis de indicadores (de procesos y resultados) y, como es conocido, los indicadores señalan, pero no explican. Por tanto, el Equipo Técnico de la DRS y de la DPSS teoriza en base a su experiencia y conocimiento de la realidad las posibles explicaciones de un problema y da paso al sistema de supervisión directa para que verifique lo que realmente esté sucediendo. El sistema de seguimiento tiene como fuente principal de información los informes mensuales y por ronda producidos por las UBAs.

## **2.7 Sistema de Supervisión.**

Para la supervisión del MINSA, en general, hay como mínimo una supervisión por ronda de prestación. Para la supervisión de la Red Itinerante y la Red Fija, es responsabilidad de la DRS, a través del Equipo de Gestión, supervisar la provisión del CPP por medio de sus equipos básicos de salud, de tal forma que se establezcan mecanismo de control de calidad de la prestación, en pro de la mejora continua de la provisión de servicios.

## **2.8 Sistema de Auditoría Técnica y Social**

El Sistema de Auditoría Técnica y Social consiste en dos tipos de auditoría: (i) Auditoría Técnica (ATE) y (ii) Auditoría Social. La ATE constituye el mecanismo a través del cual el MINSA busca la verificación y emisión de una opinión profesional independiente sobre la ejecución de la EFC-APS, a través de la provisión de la CPP por prestadores de la Red Fija y Red Itinerante. La Auditoría Social constituye el mecanismo a través del cual el MINSA busca la opinión de los líderes y representantes de grupos formales de las comunidades, acerca de la calidad y tipo de servicio que brindan las UBA. Estas opiniones están obtenidas de acuerdo con la metodología e instrumentos de auditoría social que constan en el Manual de Auditoría Social aprobado por el MINSA.

## **2.9 Sistema de pago per cápita y desempeño**

La EFC-APS está basada en un modelo de gestión por resultados y un modelo de financiamiento capitado, por lo cual su sistema de evaluación integra ambos modelos y busca cuantificar el logro de las coberturas por ronda e indicadores de evaluación. Ambos modelos incorporan la nominalización de los beneficiarios como base de cálculo de los logros de la cobertura por ronda e indicadores de evaluación, así como la población beneficiaria establecida en los convenios a suscribir con las DRS y prestadores.

## **2.10 Financiamiento**

La EFS-APS se fundamenta en un modelo de financiamiento per cápita. La cápita es el estimado del monto promedio necesario para cubrir los costos de asegurar el acceso a la CPP para cada individuo de la población beneficiaria de la región de salud correspondiente durante un año. Este per cápita sirve para el cálculo de los pagos que el MINSA realiza a los proveedores a la población adscrita contractualmente.

## **2.11 Cápita.**

La cápita es diferenciada por Región de Salud dado los requerimientos adicionales que se presentan en cada una como lo son transporte en bote, animales de carga, helicópteros u otros. Para la determinación del monto de los convenios con las DRS prestadoras u OEs, la cápita de referencia se multiplica por el número de población beneficiaria para cada grupo poblacional. Al término de cada semestre se actualizará la población beneficiaria de acuerdo al Padrón de Población Certificado por la ATE. Los ajustes que conlleven estas actualizaciones al monto del contrato o convenio, de población beneficiaria y/o cápita, se realizarán mediante liquidación de contratos y convenios.

El monto de la cápita fue revisado en diferentes oportunidades en función de la inclusión o exclusión de ciertas intervenciones en la cartera de servicios cubierta por el MINSA. Dichas revisiones toman como referencia la metodología desarrollada en 2001 por una firma consultora internacional<sup>2</sup> y revisada posteriormente por servicios de consultoría individual internacional. El monto de la cápita se determinó mediante un macro-costeo tomando en cuenta los presupuestos causados por región y los siguientes rubros: (i) costos indirectos fijos; (ii) costos indirectos variables; (iii) costos directos fijos; (iv) costos directos variables; (v) inversión inicial; y (vi) estimación de los gastos de contratación.

- i. En esta categoría se consideraron las remuneraciones y gastos de funcionamiento del Ministerio de Salud, de la Unidad Administradora del Proyecto, y la Supervisión, evaluación y monitoreo por organización externa.
- ii. En esta categoría se incluyen los costos de viáticos y capacitación para las personas que trabajan en los niveles administrativos que gestionarán los equipos básicos de salud (EBS) y el personal asistencial de los EBS.
- iii. Se consideran como costos fijos las remuneraciones del personal médico. Se diferencia entre el personal de salud a ser contratado por organizaciones extra institucionales (OE) y los voluntarios de la comunidad.
- iv. Los costos directos variables incluyen los costos de los recursos definidos en el manual de operación para realizar las actividades y varían según la cantidad de atenciones prestadas. En esta categoría están los materiales e insumos médicos, medicamentos y otros (incluyen exámenes de laboratorio, registros médicos y material gráfico para educación de las personas).
- v. En esta categoría se incluye el recurso físico necesario para que el EBS itinerante pueda proveer los servicios (vehículos, equipos médicos, etc.).
- vi. Para estimar los recursos financieros necesarios para que los proveedores contratados realicen sus actividades se estimó como gastos de administración un 10% del costo de prestación del Paquete.

A inicios de 2009, el costo de la cápita fue actualizado a través de un ejercicio de indexación y este valor sirvió de base para la determinación de la cápita utilizada en el marco de la tercera etapa de la EFC-APS. Esta revisión del costo de la cápita tuvo en cuenta el tamaño de los grupos poblacionales, ya que a partir de la tercera etapa de la EFC-APS se esperaban grupos en un rango de 5,200 a 7,600 beneficiarios. Esta actualización también tomó en cuenta la incorporación

---

<sup>2</sup> Bitrán & Asociados

del programa comunitaria de nutrición Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C) en la estructura de costos de la Estrategia, los ajustes salariales de los profesionales y técnicos del equipo básico de salud, y los ajustes a los costos de transporte, insumos y medicamentos, y equipos.

En 2012, se realizó un análisis de la variación y de la fiabilidad del costo de la cápita, cuyas conclusiones recomendaba la incorporación de una cápita actualizado al marco normativo de la EFC-APS, fundamentado en:

- i. Variaciones en los tamaños de los grupos poblacionales con tendencia a disminuir
- ii. Variaciones en el componente de salarios, viáticos y cuotas patronales anuales
- iii. Variaciones en el componente de transporte con tendencia creciente
- iv. Variaciones en el componente de medicamentos, insumos y equipos sanitarios con incrementos de precios agravados por la depreciación acelerada de los equipos al someterse a constantes movimientos por las giras
- v. Fortalecimiento de los controles para mejorar el seguimiento de los beneficiarios priorizados, conllevando aumento en la producción de servicios según la CPP
- vi. Incremento gradual de las metas de los indicadores de desempeño que requieren la generación de estrategias de campo para mantener e incrementar el contacto entre oferta y demanda sin descuidar la calidad de la atención
- vii. Incremento de los costos financieros por retrasos en el flujo de pago (independiente de su causa: disponibilidad presupuestaria, dilación de las evaluaciones, doble trámite de pago-región-prestador, autorización y refrendo de pagos, flujo de las auditorías, cierre de contrato o convenio, entre otras)
- viii. Curva de aprendizaje con fluctuaciones en su pendiente (+ o -) a través del tiempo, basada en la rotación de personal con conocimiento del área geográfica y el trabajo de campo que conlleva repercusiones financieras (descuentos, multas, penalidades)
- ix. Sistema de incentivos vía transferencias complementarias variables que son utilizadas para financiar costos operativos reduciendo los impulsos para la mejora continua de los equipos
- x. La estrategia contempla cambios de comportamiento en la población beneficiaria y adaptaciones culturales de los equipos de salud que constituyen inversiones a largo plazo para obtener resultados significativos, por lo cual, la inversión debe ser sostenible para proscribir conductas que generen desviaciones del objetivo establecido e incrementen los costos de monitoreo, supervisión y auditoría.

Adicional a las recomendaciones arrojadas en el estudio de 2012, se recomienda que los ajustes a la cápita incorporen las siguientes variables:

- i. Ajustes a las estructuras fijos y variables del costo de la cápita

- ii. Actualizaciones al valor de la cápita en función a variables actuales, y variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza, entre otros
- iii. La incorporación de las actividades de apoyo y supervisión de la Plataforma Comunitaria
- iv. El fortalecimiento de los sistemas de reporte, ingreso, y envío de información de beneficiarios
- v. Ajustes a la Cartera de Prestaciones Priorizadas, y la implementación de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
- vi. Un análisis del desempeño de los proveedores, incluyendo los indicadores de cobertura y desempeño y su desempeño según la auditoría social, para incentivar el mejoramiento de los proveedores con referencia a dichos indicadores
- vii. Un análisis de costos según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
- viii. Un análisis de costos según intervención
- ix. La cuantificación de costos de servicios odontológicos
- x. Requerimientos de Gestión Ambiental y Social

Se solicita los servicios de consultoría para permitir la incorporación de una cápita actualizada al marco normativo de la EFC-APS, de acuerdo a las recomendaciones que han sido mencionadas en el apartado anterior. La consultoría debe coordinar un equipo de consultores que proveerán insumos para la actualización de la cápita, incluyendo el desarrollo de una metodología para la recopilación y análisis de datos, la recopilación y análisis de datos relevantes, la formulación de recomendaciones y justificaciones a ajustes de la cápita, y el desarrollo de una aplicación en MS Excel junto con un Manual Operativo para la actualización periódica de la cápita.

Los productos de esta consultoría servirán de base para actualizar el financiamiento de los convenios de gestión y/o contratos suscritos entre el MINSA y los prestadores de la CPP (institucionales y extrainstitucionales) y, por ende, debe proponer ajustes a la cápita y desarrollar una aplicación que permite la actualización periódica. Los productos deben permitir la desagregación de información de la siguiente manera:

- (i) CPP actualiza todo el Ciclo de Vida
- (ii) Según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
- (iii) Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.

Existe un Mecanismo de pago que se describe en el Reglamento Operativo y que se entregará como insumo para el desarrollo de la consultoría.

### **3. Objetivo(s) de la Consultoría**

#### **3.1 Objetivo General:**

Participar y apoyar al equipo en el desarrollo de una metodología para el estudio de los factores que influyen el costo de la CPP y por ende costo de la cápita.

Definir, en conjunto con el coordinador del proyecto, los criterios de imputación de los costos, y los datos que deben ser recabados,

Definir, en conjunto con el coordinador del proyecto, un plan de análisis de la información según los parámetros que han sido incorporados al estudio y desarrollo de la herramienta (Excel) para la explotación de la información.

Establecer ¿A cuánto asciende la provisión de la CPP?

- i. Según prestador (institucionales y extrainstitucionales),
- ii. Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
- iii. Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
- iv. Según la Cartera de prestaciones
- v. Según los servicios conexos

### **3.2 Objetivos Específicos:**

3.2.1 Definir y justificar la actualización del costo de la cápita, incorporando variables actualizados, incluyendo, pero no limitado a:

- Variaciones en los tamaños de los grupos poblacionales con tendencia a disminuir
- Variaciones en el componente de transporte con tendencia creciente
- Actualizaciones al valor de la cápita en función a variables actuales, y variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza, entre otros
- Ajustes a las estructuras fijos y variables del costo de la cápita
- Un análisis de costos según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
- Requerimientos de Gestión Ambiental y Social

3.2.2 Realizar un análisis exhaustivo del costeo de cada componente mencionado en el punto 3.2.1, que permite la desagregación de información de la siguiente manera

- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?
- Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
- Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza

- Según la cartera de prestaciones
- Según servicios conexos

Diseñar la metodología e instrumentos para la captura de información, el ejercicio de cuantificación, y la actualización periódica de la cápita

3.2.3 Desarrollar y capacitar al personal de MINSA en el uso de una aplicación que le permita al MINSA actualizar y modelar la estructura de costos (tipo MS Excel), que permite la desagregación de información de la siguiente manera:

- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?
- Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
- Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
- Según la cartera de prestaciones
- Según servicios conexos

3.2.4 Obtener y actualizar los resultados de la estimación de costos de la provisión de la CPP.

#### **4. Actividades Principales**

##### **Etapas N°1: Organización y Preparación**

4.1 Elaborar y presentar el plan de trabajo, metodología y cronograma de la consultoría.

4.2 Revisar, con visión constructiva, como mínimo, los siguientes documentos técnicos de referencia básica:

- Manual Operativo del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Reglamento Operativo para proveedores de la CPP.
- Convenios de Gestión y Contratos con Proveedores de Organizaciones Extraintitucionales
- Informes de Desempeño y de Cobertura de Proveedores de la EFC-APS
- Informes de la Auditoría Técnica Externa y Auditoría Social
- Informe de Gestión Ambiental y Social del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud

- Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales CONE
- Documento de rediseño del Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud
- Escalas de salario que aplican en el MINSA y las variaciones programadas por acuerdos gremiales pactados con el Gobierno a la fecha
- Estrategias de la Plataforma Comunitaria
  - Estrategia de Cambio de Comportamiento
  - Estrategia de Planificación Familiar y Anticoncepción
  - Estrategia de Plan de Parto
  - Manual del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil PACO
  - Manual del Programa de Consejería Nutricional Nutrividas
  - Plan de Agua
- Bases de Datos del Ministerio de Salud, incluyendo, pero no limitado al, Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES), Sistema de Información de Estadística de Salud (SIES), Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS)
- Informe de Resultados del Estudio de Costos per Cápita de la Provisión del PAISS+N y PSPV. MINSA, UGAF. Diciembre, 2012.
- Documento Estrategia de extensión de cobertura que incluye la actualización del costo del PAISS+N y la PSPV. MINSA, UGAF. Marzo, 2009.
- Productos de la consultoría individual internacional para la “Evaluación de la metodología de costos e impacto fiscal de la provisión de paquetes de atención integral de servicios de salud (PAISS+N) empleada por el MINSA y recomendaciones de ajuste. Noviembre, 2008.
- Estimación de Costos del PAISS mediante OEs y mediante FOGIs Documento de discusión. Gesaworld. Panamá, Junio, 2008.
- Programa de Modernización del Ministerio de Salud – MINSA. Banco Interamericano de Desarrollo. Diseño, Costeo, Análisis de Costo-Efectividad y de Impacto Fiscal del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud. Informe Final. Agosto 2001.
- Informes administrativos del PAISS+N y la PSPV (Regiones de Salud y Organizaciones Extrainstitucionales – OE).

4.3 Elaborar y presentar propuesta metodológica para la recolección de datos primarios y secundarios, detallando como mínimo la estrategia de selección de centros para visitar y personas para entrevistar, así como el guion de las entrevistas, y el diseño de instrumentos de captura de información y la identificación de las fuentes. La metodología propuesta debe permitir la actualización del valor de la cápita, un análisis de costo por intervención, y debe permitir el desarrollo de una aplicación para actualización periódica, incluyendo, pero no limitado a las siguientes variables:

1. Variaciones en los tamaños de los grupos poblacionales con tendencia a disminuir
2. Variaciones en el componente de transporte con tendencia creciente
3. Actualizaciones al valor de la cápita en función a variables actuales, y variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza, entre otros
4. Ajustes a las estructuras fijos y variables del costo de la cápita
5. Un análisis de costos según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
6. Requerimientos de Gestión Ambiental y Social
7. Servicios conexos

4.4 Elaborar y presentar la propuesta metodológica para la cuantificación y recomendación de ajustes a costos, que incluye como mínimo: (i) estructura de costos, (ii) categorías y componentes; (iii) supuestos, (iv) factores de ponderación, y (v) estructura de la aplicación en MS Excel. La cuantificación de costos debe incluir una justificación de ajustes propuestas a costos (incluyendo, por ejemplo, actualizaciones basados en cambios en costos, incorporación de nuevas actividades como los de la supervisión y apoyo a la Plataforma Comunitaria en la EFC-APS, ajustes para incentivar mejoras en los indicadores de cobertura y desempeño, etc.) y debe permitir como mínimo la desagregación de información de la siguiente manera:

- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?
- Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
- Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
- Según la Cartera de prestaciones
- Según servicios conexos

4.5 Coordinar con el equipo de consultores del estudio de la cápita para garantizar la coherencia y compatibilidad de las metodologías y productos elaborados.

## **Etapas N°2: Captura inicial y aproximación del costo per cápita**

4.6 Aplicar los instrumentos de captura de información en campo (fuentes primarias y secundarias). Aquí se incluye la recopilación de toda la información requerida para realizar el análisis, incluyendo información de los propios prestadores y de fuentes alternas del mercado local, para validar tendencias o identificar posibles desviaciones.

4.7 Sistematizar y presentar los resultados preliminares de la cuantificación y recomendación de ajustes preliminares al costo per cápita, que incluye como mínimo: (i) estructura de costos, (ii) categorías y componentes; (iii) supuestos, (iv) factores de ponderación, y (v) estructura de la aplicación en MS Excel. La cuantificación de costos debe incluir una justificación de ajustes propuestas a costos (incluyendo, por ejemplo, actualizaciones basados en cambios en costos, incorporación de nuevas actividades como los de la supervisión y apoyo a la Plataforma Comunitaria en la EFC-APS, ajustes para incentivar

mejoras en los indicadores de cobertura y desempeño, etc.) y debe permitir como mínimo la desagregación de información de la siguiente manera:

- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?
- Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
- Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
- Según Cartera de prestaciones
- Según servicios conexos

4.8 Sistematizar y presentar la aplicación preliminar para la actualización periódica de la cápita

4.9 Coordinar con el equipo de consultores del estudio de la cápita para garantizar la coherencia y compatibilidad de las metodologías y productos elaborados.

### **Etapas N°3: Análisis de los datos y cuantificación del costo per cápita**

4.10 Sistematizar y presentar los resultados finales de la cuantificación y recomendación de ajustes preliminares al costo per cápita, que incluye como mínimo: (i) estructura de costos, (ii) categorías y componentes; (iii) supuestos, (iv) factores de ponderación, y (v) estructura de la aplicación en MS Excel. La cuantificación de costos debe incluir una justificación de ajustes propuestas a costos (incluyendo, por ejemplo, actualizaciones basados en cambios en costos, incorporación de nuevas actividades como los de la supervisión y apoyo a la Plataforma Comunitaria en la EFC-APS, ajustes para incentivar mejoras en los indicadores de cobertura y desempeño, etc.) y debe permitir como mínimo la desagregación de información de la siguiente manera:

- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?
- Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
- Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
- Según Cartera de prestaciones
- Según servicios conexos

4.11 Sistematizar y presentar la aplicación final para la actualización periódica de la cápita

4.12 Coordinar con el equipo de consultores del estudio de la cápita para garantizar la coherencia y compatibilidad de las metodologías y productos elaborados.

- 4.13 Realizar los ajustes acordados con el MINSA y los Bancos y presentar los resultados finales de la cuantificación del costo per cápita de la provisión de la EFC-APS y CPP, y de forma separada el costo per cápita de los servicios odontológicos.

## 5. Informes / Entregables

- 5.1 PRODUCTO 1. PLAN, METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE TRABAJO.** Establece los resultados que se propone lograr durante el plazo de ejecución de la consultoría, incluyendo la propuesta metodológica para la recolección, análisis y cuantificación de ajustes de datos primarios y secundarios; y una propuesta de estructura de la aplicación en MS Excel, de acuerdo a las actividades 4.1 a 4.5
- 5.2 PRODUCTO 2: INFORME DE RESULTADOS INICIALES** de la aplicación de los factores que se relacionan directamente con la determinación del costo per cápita
- 5.3 PRODUCTO 3: HOJA PRELIMINAR DE MS EXCEL,** consiste en la Elaboración preliminar de la hoja MS Excel según los parámetros a tener en cuenta en la elaboración de costos.
- 5.4 PRODUCTO 4: INFORME PRELIMINAR SOBRE LA ESTIMACIÓN DEL COSTO PER CÁPITA DE LA PROVISIÓN DE LA CPP, INCLUYENDO APLICACIÓN MS EXCEL Y MANUAL DE USO.** Conforme lo indicado en la actividad 4.7 a la 4.9
- 5.5 PRODUCTO 5: PRODUCTO FINAL: INFORME FINAL SOBRE LA ESTIMACIÓN FINAL DEL COSTO PER CÁPITA DE LA PROVISIÓN DE LA CPP, INCLUYENDO APLICACIÓN MS EXCEL FINAL y MANUAL DE USO.** Según lo solicitado en las actividades 4.10 a 4.14

Todo informe debe ser sometido al Banco en un archivo electrónico. El informe debe incluir una carátula, documento principal, y todos los anexos. Archivos en formato Zip no serán aceptados como informes finales debido a los reglamentos de la Sección de Administración de Archivos.

## 6. Cronograma de Pagos

Producto	Porcentaje
Producto 1	10%
Producto 2	20%
Producto 3	20%
Producto 4	20%
Producto 5	30%

## 7. Calificaciones

El perfil que deberá cumplir el consultor será el siguiente:

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Profesional de las ciencias económicas con grado mínimo de maestría y de preferencia con formación específica en Economía de la Salud y Sistemas de pagos. mínimo de cinco (5) años de experiencia

general en temas relacionados con la evaluación y costeo de acciones o programas sociales y/o experiencia en sistemas de pago. mínimo de dos (2) experiencias específicas en consultorías o asistencias técnicas en los últimos años (2005 a la fecha) orientadas a la evaluación y/o costeo de intervenciones en el sector salud y en sistemas de pago.

- Idiomas: Español
- Áreas de Especialización: Ciencias económicas, economía de la salud, evaluación y/o costeo de intervenciones en el sector salud y en sistema de pago

## **8. Características de la Consultoría**

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada
- Duración del Contrato: 60 días no continuos entre en un plazo de 5 meses
- Lugar(es) de trabajo: Consultoría Externa
- Líder de División o Coordinador: Leonardo Pinzón, Especialista en Protección Social y Salud

**Pago y Condiciones:** La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

**Consanguinidad:** De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

**Diversidad:** El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

## **ANEXO A**

### **PANAMÁ**

#### **DIVISIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD**

##### **PN-T1146: Derecho a la Identidad- Registro Civil en Comarcas Indígenas y Áreas Rurales de Difícil Acceso**

#### **TERMINOS DE REFERENCIA – INSUMOS ESTADÍSTICOS PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CÁPITA**

##### **1. Antecedentes**

Establecido en 1959, el Banco Interamericano de Desarrollo (" BID " o " Banco") es la principal fuente de financiamiento para el desarrollo económico, social e institucional en América Latina y el Caribe. Proporciona préstamos, subvenciones, garantías, asesoramiento sobre políticas y asistencia técnica a los sectores público y privado de sus países prestatarios.

La literatura reciente presenta amplia evidencia sobre la importancia de que todos los ciudadanos cuenten con un registro civil de nacimiento<sup>1</sup>. [El Banco Interamericano de Desarrollo](#) (BID) ha destacado que en América Latina y el Caribe, cerca del 9% de los niños menores de 4 años no se encuentran registrados. Este subregistro alcanza 230 millones de niños en el mundo, lo que equivale a que 1 de cada 3 niños no posean ningún tipo de identificación. Un registro civil eficaz y universal permite contar con estadísticas vitales confiables y sienta las bases para la implementación de políticas sociales inclusivas, permitiendo otorgar identidad legal a todos los ciudadanos y facilitando su acceso a derechos y prestaciones básicas como la inscripción escolar, la atención en salud, el sufragio o las herencias. En Panamá el subregistro en áreas indígenas, en niños menores de 5 años alcanza el 7%, cifra muy superior al 3% de registrado nivel nacional para niños en el mismo rango de edad. Las causas del subregistro son varias y entre ellas están: las barreras geográficas, los altos índices de pobreza, la falta de oportunidades de educación, la resistencia cultural y étnica y la falta de sensibilización y prioridad política de las autoridades correspondientes.

El Gobierno de Panamá ha venido desarrollando acciones destinadas a reducir la pobreza y promover el desarrollo humano, potenciando capacidades y creando las oportunidades para generar la equidad y reducir la exclusión social en el país. En este contexto, el Ministerio de Salud (MINSA) ha diseñado una Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas de Atención Primaria en Salud (EFC-APS). Esta Estrategia consiste en un conjunto de mecanismos basados en la atención primaria en salud (APS), a través del cual se busca mejorar la accesibilidad de la población rural pobre a los servicios de salud y nutrición reduciendo las inequidades y favoreciendo a los grupos más vulnerables.

A finales del 2012 y con miras a seguir mejorando 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, el MINSA con apoyo del BID inicia el Programa de Mejoramiento de la Equidad y

---

<sup>1</sup> Ver [Naciones Unidas](#), [Instituto Internacional de Registro y Estadísticas Vitales](#), [Organización Mundial de la Salud](#) y [UNICEF](#)

Fortalecimiento de los Servicios de Salud (2563/OC-PN) que incorpora, principalmente, el modelo de financiamiento capitado vinculado al de gestión por resultados y el de atención nominalizada. LA EFC-APS contempla la provisión de una Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) en áreas rurales dispersas y comarcas indígenas, prestado por equipos básicos de salud extrainstitucionales contratados por Organizaciones Extraintitucionales (OE) o Giras Itinerante Institucionales que forman la Red Itinerante, y por equipos básico de salud institucionales contratados por las Direcciones Regionales Salud (DRS) del MINSA que forma la Red Fija.

La CPP está consolidada en servicios de promoción, prevención y atención, mediante un esquema de nominalización de la atención de la población beneficiaria que propicie la protección social en salud de cada uno de los beneficiarios

## **2. Definiciones empleadas:**

### **2.1 Población Beneficiaria:**

La EFC-APS tiene la finalidad de ampliar la cobertura de servicios básicos de salud y nutrición, acercando de manera sistemática e integral los servicios de salud a la población pobre rural que enfrenta barreras geográficas que dificultan el acceso de la población a la red fija, por medio de la provisión de la CPP. La población beneficiaria es determinada mediante una metodología científica, adecuada, que garantiza la correcta inclusión de beneficiarios. Se realiza siguiendo tres pasos fundamentales: focalización, sectorización y adscripción. La focalización consiste en la selección de comunidades, dentro de una región de salud; basada en elementos de caracterización de sus poblaciones, siendo éstos: (i) condición de pobreza, (ii) área con población mayormente indígena, y (iii) los con accesibilidad mayor de una hora a centros de atención de la red fija del MINSA. La sectorización agrupa comunidades previamente focalizadas que mantienen características de accesibilidad y vías de comunicación en común, llamando cada conjunto de comunidad un Grupo Poblacional (GP). La adscripción asigna una Unidad Básica de Atención (UBA) para cada GP, la cual es responsable de la provisión de la CPP y tutela de la salud de los beneficiarios. La UBA puede ser compuesta por distintos tipos de proveedores de servicios de la estrategia de extensión de cobertura: (i) red itinerante: OE o GI encargados de proveer la cartera de prestaciones priorizadas (CPP) a la población beneficiaria; y (ii) red fija: centros de salud, subcentros de salud y puestos de salud.

Una vez completada la selección de la población beneficiaria, se da paso a su nominalización a fin de acceder al conocimiento acabado de toda la población para el seguimiento continuo de cada beneficiario y su condición de salud en tanto que se parte, para cada año de prestación con un padrón inicial de beneficiarios. El Padrón de Población Beneficiaria (PPB) de la EFC-APS está gestionado por las DRS en el caso de la Red Fija e Itinerante institucional y en otro caso la misma OE (en coordinación con las DRS). Como mínimo una vez cada semestre, el PBB está certificado por un Auditoría Técnica Externa, aprobado por la Dirección de Provisión de Servicios (DPSS), y remitido a la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) para actualizar la población beneficiaria de cada GP establecido.

### **2.2 La Cartera de Prestaciones Priorizadas**

La CPP es el conjunto de prestaciones que se otorga a los beneficiarios del EFC-APS y que se encuentran cubiertas por el costo per cápita. La CPP fue diseñada para reducir la carga de enfermedades de los grupos más pobres de la población panameña. El menú de intervenciones

estaba compuesto utilizando la experiencia e información acumulado en los años pasados por el MINSA durante la implementación de la provisión de PAISS+N y PSPV. No se incluyen servicios de manera exhaustiva, sino que el equipo básico de salud trabaja según las normas del MINSA contenidas en guías y protocolos que definen los alcances de cada una de las actividades que la componen. Sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres modalidades de atención establecidas por el MINSA: promoción, prevención y atención. Véanse el Anexo II para la CPP actual.

### **2.3 Mecanismos de Organización, Planificación y Gestión de la prestación de la CPP**

La provisión del CPP se basa en un modelo de gestión por resultados que integra diez ejes estratégicos:

1. Diagnóstico situacional de salud del grupo poblacional
2. Coordinación regional
3. La programación de actividades en base a resultados (informe inicial)
4. La programación de las rondas / bimestre
5. La organización de la atención en la comunidad y el sistema de logística
6. Manejo ambiental
7. Adaptación cultural
8. Sistema de referencia y contra referencia
9. La gestión de la programación (cumplimiento de los planes)
10. Sistema de información e informes

### **2.4 Programación de Rondas de Salud.**

El Equipo de Gestión de la UBA programa las rondas del grupo poblacional bajo su responsabilidad con base en la nominalización de la población beneficiaria adscrita, el análisis de situación del grupo poblacional, los planes contenidos en el Informe Inicial y los resultados esperados (indicadores de proceso de la CPP, coberturas de ronda e indicadores de desempeño). El cronograma de rondas constituye el instrumento de gestión a través del cual se materializa la programación, por lo cual el prestador debe entregarlo a la DPSS. El prestador debe cumplir con realizar seis (6) rondas al año, para lo cual debe realizar una (1) ronda por bimestre.

### **2.5 Sistema de Información.**

Cada Equipo de Gestión lleva el registro de actividades, haciendo uso de los instrumentos primarios del MINSA. La captación y registro se lleva a cabo en el lugar donde se preste el servicio de atención. El prestador es responsable de sistematizar la información captada durante la atención en el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) y en el sistema de estadística de salud (SIES), ambos entregados por el MINSA. Presentan cinco tipos de informes: (i) Informe inicial; (ii) Informes mensuales; (iii) Informes de ronda (SIREGES); (iv) Informes semestral (SIREGES), e (v) Informes anuales.

### **2.6 Sistema de Monitoreo.**

Conocido también como supervisión indirecta, toda vez que se lleva a cabo en el escritorio de los técnicos responsables del seguimiento de la ejecución de la EFC-APS, basándose en la información que regularmente llega de las DRS. El sistema de seguimiento consiste en el ordenamiento de la información para analizar el curso de los acontecimientos y en qué medida se acercan a las metas fijadas durante la programación. Se basa en el análisis de indicadores (de procesos y resultados) y, como es conocido, los indicadores señalan, pero no explican. Por tanto, el Equipo Técnico de la DRS y de la DPSS teoriza en base a su experiencia y conocimiento de la realidad las posibles explicaciones de un problema y da paso al sistema de supervisión directa para que verifique lo que realmente esté sucediendo. El sistema de seguimiento tiene como fuente principal de información los informes mensuales y por ronda producidos por las UBAs.

## **2.7 Sistema de Supervisión.**

Para la supervisión del MINSA, en general, hay como mínimo una supervisión por ronda de prestación. Para la supervisión de la Red Itinerante y la Red Fija, es responsabilidad de la DRS, a través del Equipo de Gestión, supervisar la provisión del CPP por medio de sus equipos básicos de salud, de tal forma que se establezcan mecanismo de control de calidad de la prestación, en pro de la mejora continua de la provisión de servicios.

## **2.8 Sistema de Auditoría Técnica y Social**

El Sistema de Auditoría Técnica y Social consiste en dos tipos de auditoría: (i) Auditoría Técnica (ATE) y (ii) Auditoría Social. La ATE constituye el mecanismo a través del cual el MINSA busca la verificación y emisión de una opinión profesional independiente sobre la ejecución de la EFC-APS, a través de la provisión de la CPP por prestadores de la Red Fija y Red Itinerante. La Auditoría Social constituye el mecanismo a través del cual el MINSA busca la opinión de los líderes y representantes de grupos formales de las comunidades, acerca de la calidad y tipo de servicio que brindan las UBA. Estas opiniones están obtenidas de acuerdo con la metodología e instrumentos de auditoría social que constan en el Manual de Auditoría Social aprobado por el MINSA.

## **2.9 Sistema de pago per cápita y desempeño**

La EFC-APS está basada en un modelo de gestión por resultados y un modelo de financiamiento capitado, por lo cual su sistema de evaluación integra ambos modelos y busca cuantificar el logro de las coberturas por ronda e indicadores de evaluación. Ambos modelos incorporan la nominalización de los beneficiarios como base de cálculo de los logros de la cobertura por ronda e indicadores de evaluación, así como la población beneficiaria establecida en los convenios a suscribir con las DRS y prestadores.

## **2.10 Financiamiento**

La EFS-APS se fundamenta en un modelo de financiamiento per cápita. La cápita es el estimado del monto promedio necesario para cubrir los costos de asegurar el acceso a la CPP para cada individuo de la población beneficiaria de la región de salud correspondiente durante un año. Este per cápita sirve para el cálculo de los pagos que el MINSA realiza a los proveedores a la población adscrita contractualmente.

## 2.11 Cápita.

La cápita es diferenciada por Región de Salud dado los requerimientos adicionales que se presentan en cada una como lo son transporte en bote, animales de carga, helicópteros u otros. Para la determinación del monto de los convenios con las DRS prestadoras u OEs, la cápita de referencia se multiplica por el número de población beneficiaria para cada grupo poblacional. Al término de cada semestre se actualizará la población beneficiaria de acuerdo al Padrón de Población Certificado por la ATE. Los ajustes que conlleven estas actualizaciones al monto del contrato o convenio, de población beneficiaria y/o cápita, se realizarán mediante liquidación de contratos y convenios.

El monto de la cápita fue revisado en diferentes oportunidades en función de la inclusión o exclusión de ciertas intervenciones en la cartera de servicios cubierta por el MINSA. Dichas revisiones toman como referencia la metodología desarrollada en 2001 por una firma consultora internacional<sup>2</sup> y revisada posteriormente por servicios de consultoría individual internacional. El monto de la cápita se determinó mediante un macro-costeo tomando en cuenta los presupuestos causados por región y los siguientes rubros: (i) costos indirectos fijos; (ii) costos indirectos variables; (iii) costos directos fijos; (iv) costos directos variables; (v) inversión inicial; y (vi) estimación de los gastos de contratación.

- i. En esta categoría se consideraron las remuneraciones y gastos de funcionamiento del Ministerio de Salud, de la Unidad Administradora del Proyecto, y la Supervisión, evaluación y monitoreo por organización externa.
- ii. En esta categoría se incluyen los costos de viáticos y capacitación para las personas que trabajan en los niveles administrativos que gestionarán los equipos básicos de salud (EBS) y el personal asistencial de los EBS.
- iii. Se consideran como costos fijos las remuneraciones del personal médico. Se diferencia entre el personal de salud a ser contratado por organizaciones extra institucionales (OE) y los voluntarios de la comunidad.
- iv. Los costos directos variables incluyen los costos de los recursos definidos en el manual de operación para realizar las actividades y varían según la cantidad de atenciones prestadas. En esta categoría están los materiales e insumos médicos, medicamentos y otros (incluyen exámenes de laboratorio, registros médicos y material gráfico para educación de las personas).
- v. En esta categoría se incluye el recurso físico necesario para que el EBS itinerante pueda proveer los servicios (vehículos, equipos médicos, etc.).
- vi. Para estimar los recursos financieros necesarios para que los proveedores contratados realicen sus actividades se estimó como gastos de administración un 10% del costo de prestación del Paquete.

A inicios de 2009, el costo de la cápita fue actualizado a través de un ejercicio de indexación y este valor sirvió de base para la determinación de la cápita utilizada en el marco de la tercera etapa de la EFC-APS. Esta revisión del costo de la cápita tuvo en cuenta el tamaño de los grupos poblacionales, ya que a partir de la tercera etapa de la EFC-APS se esperaban grupos en un

---

<sup>2</sup> Bitrán & Asociados

rango de 5,200 a 7,600 beneficiarios. Esta actualización también tomó en cuenta la incorporación del programa comunitaria de nutrición Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C) en la estructura de costos de la Estrategia, los ajustes salariales de los profesionales y técnicos del equipo básico de salud, y los ajustes a los costos de transporte, insumos y medicamentos, y equipos.

En 2012, se realizó un análisis de la variación y de la fiabilidad del costo de la cápita, cuyas conclusiones recomendaba la incorporación de una cápita actualizado al marco normativo de la EFC-APS, fundamentado en:

- i. Variaciones en los tamaños de los grupos poblacionales con tendencia a disminuir
- ii. Variaciones en el componente de salarios, viáticos y cuotas patronales anuales
- iii. Variaciones en el componente de transporte con tendencia creciente
- iv. Variaciones en el componente de medicamentos, insumos y equipos sanitarios con incrementos de precios agravados por la depreciación acelerada de los equipos al someterse a constantes movimientos por las giras
- v. Fortalecimiento de los controles para mejorar el seguimiento de los beneficiarios priorizados, conllevando aumento en la producción de servicios según la CPP
- vi. Incremento gradual de las metas de los indicadores de desempeño que requieren la generación de estrategias de campo para mantener e incrementar el contacto entre oferta y demanda sin descuidar la calidad de la atención
- vii. Incremento de los costos financieros por retrasos en el flujo de pago (independiente de su causa: disponibilidad presupuestaria, dilación de las evaluaciones, doble trámite de pago-región-prestador, autorización y refrendo de pagos, flujo de las auditorías, cierre de contrato o convenio, entre otras)
- viii. Curva de aprendizaje con fluctuaciones en su pendiente (+ o -) a través del tiempo, basada en la rotación de personal con conocimiento del área geográfica y el trabajo de campo que conlleva repercusiones financieras (descuentos, multas, penalidades)
- ix. Sistema de incentivos vía transferencias complementarias variables que son utilizadas para financiar costos operativos reduciendo los impulsos para la mejora continua de los equipos
- x. La estrategia contempla cambios de comportamiento en la población beneficiaria y adaptaciones culturales de los equipos de salud que constituyen inversiones a largo plazo para obtener resultados significativos, por lo cual, la inversión debe ser sostenible para proscribir conductas que generen desviaciones del objetivo establecido e incrementen los costos de monitoreo, supervisión y auditoría.

Adicional a las recomendaciones arrojadas en el estudio de 2012, se recomienda que los ajustes a la cápita incorporen las siguientes variables:

- i. Ajustes a las estructuras fijos y variables del costo de la cápita

- ii. Actualizaciones al valor de la cápita en función a variables actuales, y variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza, entre otros
- iii. La incorporación de las actividades de apoyo y supervisión de la Plataforma Comunitaria
- iv. El fortalecimiento de los sistemas de reporte, ingreso, y envío de información de beneficiarios
- v. Ajustes a la Cartera de Prestaciones Priorizadas, y la implementación de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
- vi. Un análisis del desempeño de los proveedores, incluyendo los indicadores de cobertura y desempeño y su desempeño según la auditoría social, para incentivar el mejoramiento de los proveedores con referencia a dichos indicadores
- vii. Un análisis de costos según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
- viii. Un análisis de costos según intervención
- ix. La cuantificación de costos de servicios odontológicos
- x. Requerimientos de Gestión Ambiental y Social

Se solicita los servicios de consultoría para permitir la incorporación de una cápita actualizada al marco normativo de la EFC-APS, de acuerdo a las recomendaciones que han sido mencionadas en el apartado anterior. La consultoría debe coordinar un equipo de consultores que proveerán insumos para la actualización de la cápita, incluyendo el desarrollo de una metodología para la recopilación y análisis de datos, la recopilación y análisis de datos relevantes, la formulación de recomendaciones y justificaciones a ajustes de la cápita, y el desarrollo de una aplicación en MS Excel junto con un Manual Operativo para la actualización periódica de la cápita.

Los productos de esta consultoría servirán de base para actualizar el financiamiento de los convenios de gestión y/o contratos suscritos entre el MINSA y los prestadores de la CPP (institucionales y extrainstitucionales) y, por ende, debe proponer ajustes a la cápita y desarrollar una aplicación que permite la actualización periódica. Los productos deben permitir la desagregación de información de la siguiente manera:

- (i) CPP actualiza todo el Ciclo de Vida
- (ii) Según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
- (iii) Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.

Existe un Mecanismo de pago que se describe en el Reglamento Operativo y que se entregará como insumo para el desarrollo de la consultoría.

### **3. Objetivo(s) de la Consultoría**

### 3.1 Objetivos Generales:

Entregar los insumos a través de los procesos de recopilación, organización, explotación y análisis de los datos que serán recabados para conocer el costo de la CPP y actualizar el valor de la cápita.

Contribuir en la identificación de variaciones en el costo de la CPP en función de las características de la población: edad, sexo, nivel socioeconómico, lugar de residencia, etc estandarizando los datos para el estudio.

### 3.2 Objetivos Específicos:

**3.2.1** Definir y justificar la actualización del costo de la cápita, incorporando variables actualizados, incluyendo, pero no limitado a:

- Variaciones en el componente de salarios, viáticos y cuotas patronales anuales
- Incremento de los costos financieros por retrasos en el flujo de pago (independiente de su causa: disponibilidad presupuestaria, dilación de las evaluaciones, doble trámite de pago-región-prestador, autorización y refrendo de pagos, flujo de las auditorias, cierre de contrato o convenio, entre otras)
- Curva de aprendizaje con fluctuaciones en su pendiente (+ o -) a través del tiempo, basada en la rotación de personal con conocimiento del área geográfica y el trabajo de campo que conlleva repercusiones financieras (descuentos, multas, penalidades)
- Sistema de incentivos vía transferencias complementarias variables que son utilizadas para financiar costos operativos reduciendo los impulsos para la mejora continua de los equipos
- El fortalecimiento de los sistemas de reporte, ingreso, y envío de información de beneficiarios

**3.2.2** Realizar un análisis exhaustivo del costeo de cada componente mencionado en el punto 3.2.1, que permite la desagregación de información de la siguiente manera

- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?
- Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
- Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
- Según Cartera de prestaciones
- Según servicios conexos

**3.2.3** Diseñar la metodología e instrumentos para la captura de información, el ejercicio de cuantificación, y la actualización periódica de la cápita

**3.2.4** Desarrollar y capacitar al personal de MINSA en el uso de una aplicación que le permita al MINSA actualizar y modelar la estructura de costos (tipo MS Excel), que permite la desagregación de información de la siguiente manera:

- Según prestador (institucionales y extrainstitucionales), ¿a cuánto asciende la provisión de la CPP?

- Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.
- Según variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza
- Según Cartera de Prestaciones
- Según servicios conexos

3.2.5 Obtener y actualizar los resultados de la estimación de costos de la provisión de la CPP.

#### **4. Actividades Principales**

4.1 Elaborar y presentar el plan de trabajo, metodología y cronograma de la consultoría.

4.2 Revisar, con visión constructiva, como mínimo, los siguientes documentos técnicos de referencia básica:

- Manual Operativo del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Reglamento Operativo para proveedores de la CPP.
- Convenios de Gestión y Contratos con Proveedores de Organizaciones Extrainstitucionales
- Informes de Desempeño y de Cobertura de Proveedores de la EFC-APS
- Informes de la Auditoría Técnica Externa y Auditoría Social
- Informe de Gestión Ambiental y Social del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud
- Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales CONE
- Documento de rediseño del Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud
- Escalas de salario que aplican en el MINSA y las variaciones programadas por acuerdos gremiales pactados con el Gobierno a la fecha
- Estrategias de la Plataforma Comunitaria
  - Estrategia de Cambio de Comportamiento
  - Estrategia de Planificación Familiar y Anticoncepción
  - Estrategia de Plan de Parto
  - Manual del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil PACO
  - Manual del Programa de Consejería Nutricional Nutrividas

- Plan de Agua
- Bases de Datos del Ministerio de Salud, incluyendo, pero no limitado al, Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES), Sistema de Información de Estadística de Salud (SIES), Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS)
- Informe de Resultados del Estudio de Costos per Cápita de la Provisión del PAISS+N y PSPV. MINSA, UGAF. Diciembre, 2012.
- Documento Estrategia de extensión de cobertura que incluye la actualización del costo del PAISS+N y la PSPV. MINSA, UGAF. Marzo, 2009.
- Productos de la consultoría individual internacional para la “Evaluación de la metodología de costos e impacto fiscal de la provisión de paquetes de atención integral de servicios de salud (PAISS+N) empleada por el MINSA y recomendaciones de ajuste. Noviembre, 2008.
- Estimación de Costos del PAISS mediante OEs y mediante FOGIs Documento de discusión. Gesaworld. Panamá, Junio, 2008.
- Programa de Modernización del Ministerio de Salud – MINSA. Banco Interamericano de Desarrollo. Diseño, Costeo, Análisis de Costo-Efectividad y de Impacto Fiscal del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud. Informe Final. Agosto 2001.
- Informes administrativos del PAISS+N y la PSPV (Regiones de Salud y Organizaciones Extrainstitucionales – OE).

4.3 Entregar la Elaboración de la propuesta metodológica para la recolección de datos primarios y secundarios, detallando como mínimo la estrategia de selección de centros para visitar y personas para entrevistar, así como el guion de las entrevistas, y el diseño de instrumentos de captura de información y la identificación de las fuentes. La metodología propuesta debe permitir la actualización del valor de la cápita, un análisis de costo por intervención, y debe permitir el desarrollo de una aplicación para actualización periódica, incluyendo, pero no limitado a las siguientes variables:

- Variaciones en el componente de salarios, viáticos y cuotas patronales anuales
- Incremento de los costos financieros por retrasos en el flujo de pago (independiente de su causa: disponibilidad presupuestaria, dilación de las evaluaciones, doble trámite de pago-región-prestador, autorización y refrendo de pagos, flujo de las auditorias, cierre de contrato o convenio, entre otras)
- Curva de aprendizaje con fluctuaciones en su pendiente (+ o -) a través del tiempo, basada en la rotación de personal con conocimiento del área geográfica y el trabajo de campo que conlleva repercusiones financieras (descuentos, multas, penalidades)

- Sistema de incentivos vía transferencias complementarias variables que son utilizadas para financiar costos operativos reduciendo los impulsos para la mejora continua de los equipos
- El fortalecimiento de los sistemas de reporte, ingreso, y envío de información de beneficiarios

4.4 Desarrollar la construcción de la herramienta de MS Excel con base a la estructura propuesta por el economista

4.5 Entregar los insumos para el Análisis de los datos y cuantificación del costo per cápita

- Conociendo por el equipo los elementos clave para poder calcular el costo por cápita y teniendo en cuenta la información relativa a la demografía de las regiones a implantar, incluyendo variables de estructura etaria, dispersión geográfica, y otras variables relacionadas con la asistencia sanitaria, averiguar la fiabilidad de los datos y la reproductibilidad de los mismos
- Calcular, una vez conocidos elementos clave de la cápita, averiguar numéricamente los factores de ajuste que intervendrán en los costes a asignar a la atención primaria de salud
- Efectuar las simulaciones necesarias, de acuerdo con las instrucciones del líder del proyecto, a fin de hacer viable el proyecto de cápita.
- Analizar conjuntamente con todo el equipo de consultoría y el MINSA determinar la fiabilidad de las capitas para poder aplicarla en los territorios
- Elaborar la hoja de cálculo Excel, para el MINSA a fin de poder reproducir y aplicar la cápita, en la que consten los diferentes factores de ajuste y otras variables que se determinen

## 5. Informes / Entregables

**5.1 PRODUCTO 1. PLAN, METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE TRABAJO.** Establece los resultados que se propone lograr durante el plazo de ejecución de la consultoría, incluyendo la propuesta metodológica para la recolección, análisis, y cuantificación de ajustes de datos primarios y secundarios, y una propuesta de estructura de la aplicación en MS Excel.

**5.2 PRODUCTO 2: INFORME DE RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN EN CAMPO, INCLUYENDO BASES DE DATOS COMPLETOS, Y UN INFORME DE RESULTADOS.** Supone la consolidación y entrega de Bases de Datos, y la elaboración de un informe de resultados de actividades de campo.

**5.3 PRODUCTO 3: INFORME PRELIMINAR SOBRE LA ESTIMACIÓN DEL COSTO PER CÁPITA DE LA PROVISIÓN DE LA CPP, INCLUYENDO APLICACIÓN MS EXCEL PRELIMINAR Y MANUAL DE USO:** Este producto incluye, de forma separada, la estimación preliminar del costo per cápita de los servicios odontológicos. El informe incluye como mínimo: (i) estructura de costos, (ii) categorías y componentes; (iii)

supuestos, (iv) factores de ponderación, y (v) estructura de la aplicación en MS Excel. La cuantificación de costos debe incluir una justificación de ajustes propuestas a costos (incluyendo, por ejemplo, actualizaciones basados en cambios en costos, incorporación de nuevas actividades como los de la supervisión y apoyo a la Plataforma Comunitaria en la EFC-APS, ajustes para incentivar mejoras en los indicadores de cobertura y desempeño, etc.) y debe permitir como mínimo la desagregación de información.

#### **5.4 PRODUCTO 4: INFORME FINAL SOBRE LA ESTIMACIÓN FINAL DEL COSTO PER CÁPITA DE LA PROVISIÓN DE LA CPP, INCLUYENDO APLICACIÓN MS EXCEL FINAL y MANUAL DE USO.** Según lo solicitado en las actividades 3.10 a 3.14

Este producto incluye, de forma separada, la estimación final del costo per cápita de los servicios odontológicos.

Todo informe debe ser sometido al Banco en un archivo electrónico. El informe debe incluir una carátula, documento principal, y todos los anexos. Archivos en formato Zip no serán aceptados como informes finales debido a los reglamentos de la Sección de Administración de Archivos.

### **6. Cronograma de Pagos**

<b>Producto</b>	<b>Porcentaje</b>
Producto 1	15%
Producto 2	20%
Producto 3	30%
Producto 4	35%

### **7. Calificaciones**

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Profesional de las ciencias económicas con grado mínimo de maestría y de preferencia con formación específica en Economía de la Salud y Sistemas de pagos. mínimo de cinco (5) años de experiencia general en temas relacionados con la evaluación y costeo de acciones o programas sociales y/o experiencia en sistemas de pago. mínimo de dos (2) experiencias específicas en consultorías o asistencias técnicas en los últimos años (2005 a la fecha) orientadas a la evaluación y/o costeo de intervenciones en el sector salud y en sistemas de pago.
- Idiomas: Español
- Áreas de Especialización: Ciencias económicas, economía de la salud, evaluación y/o costeo de intervenciones en el sector salud y en sistema de pago

### **8. Características de la Consultoría**

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada

- Duración del Contrato: 60 días no continuos entre en un plazo de 5 meses
- Lugar(es) de trabajo: Consultoría Externa con dos viajes de 5 días a cada uno a las Direcciones Regionales de Salud de Panamá
- Líder de División o Coordinador: Leonardo Pinzón, Especialista en Protección Social y Salud

**Pago y Condiciones:** La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

**Consanguinidad:** De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

**Diversidad:** El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

## **ANEXO A**

### **PANAMÁ**

#### **DIVISIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD**

##### **PN-T1146: Derecho a la Identidad- Registro Civil en Comarcas Indígenas y Áreas Rurales de Difícil Acceso**

#### **TERMINOS DE REFERENCIA -INSUMOS MÉDICOS PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CÁPITA**

##### **1. Antecedentes**

Establecido en 1959, el Banco Interamericano de Desarrollo (" BID " o " Banco") es la principal fuente de financiamiento para el desarrollo económico, social e institucional en América Latina y el Caribe. Proporciona préstamos, subvenciones, garantías, asesoramiento sobre políticas y asistencia técnica a los sectores público y privado de sus países prestatarios.

La literatura reciente presenta amplia evidencia sobre la importancia de que todos los ciudadanos cuenten con un registro civil de nacimiento<sup>1</sup>. [El Banco Interamericano de Desarrollo](#) (BID) ha destacado que en América Latina y el Caribe, cerca del 9% de los niños menores de 4 años no se encuentran registrados. Este subregistro alcanza 230 millones de niños en el mundo, lo que equivale a que 1 de cada 3 niños no posean ningún tipo de identificación. Un registro civil eficaz y universal permite contar con estadísticas vitales confiables y sienta las bases para la implementación de políticas sociales inclusivas, permitiendo otorgar identidad legal a todos los ciudadanos y facilitando su acceso a derechos y prestaciones básicas como la inscripción escolar, la atención en salud, el sufragio o las herencias. En Panamá el subregistro en áreas indígenas, en niños menores de 5 años alcanza el 7%, cifra muy superior al 3% de registrado nivel nacional para niños en el mismo rango de edad. Las causas del subregistro son varias y entre ellas están: las barreras geográficas, los altos índices de pobreza, la falta de oportunidades de educación, la resistencia cultural y étnica y la falta de sensibilización y prioridad política de las autoridades correspondientes.

El Gobierno de Panamá ha venido desarrollando acciones destinadas a reducir la pobreza y promover el desarrollo humano, potenciando capacidades y creando las oportunidades para generar la equidad y reducir la exclusión social en el país. En este contexto, el Ministerio de Salud (MINSa) ha diseñado una Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas de Atención Primaria en Salud (EFC-APS). Esta Estrategia consiste en un conjunto de mecanismos basados en la atención primaria en salud (APS), a través del cual se busca mejorar la accesibilidad de la población rural pobre a los servicios de salud y nutrición reduciendo las inequidades y favoreciendo a los grupos más vulnerables.

A finales del 2012 y con miras a seguir mejorando 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, el MINSa con apoyo del BID inicia el Programa de Mejoramiento de la Equidad y

---

<sup>1</sup> Ver [Naciones Unidas](#), [Instituto Internacional de Registro y Estadísticas Vitales](#), [Organización Mundial de la Salud](#) y [UNICEF](#)

Fortalecimiento de los Servicios de Salud (2563/OC-PN) que incorpora, principalmente, el modelo de financiamiento capitado vinculado al de gestión por resultados y el de atención nominalizada. LA EFC-APS contempla la provisión de una Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) en áreas rurales dispersas y comarcas indígenas, prestado por equipos básicos de salud extrainstitucionales contratados por Organizaciones Extraintitucionales (OE) o Giras Itinerante Institucionales que forman la Red Itinerante, y por equipos básico de salud institucionales contratados por las Direcciones Regionales Salud (DRS) del MINSA que forma la Red Fija.

La CPP está consolidada en servicios de promoción, prevención y atención, mediante un esquema de nominalización de la atención de la población beneficiaria que propicie la protección social en salud de cada uno de los beneficiarios

## **2. Definiciones empleadas:**

### **2.1 Población Beneficiaria:**

La EFC-APS tiene la finalidad de ampliar la cobertura de servicios básicos de salud y nutrición, acercando de manera sistemática e integral los servicios de salud a la población pobre rural que enfrenta barreras geográficas que dificultan el acceso de la población a la red fija, por medio de la provisión de la CPP. La población beneficiaria es determinada mediante una metodología científica, adecuada, que garantiza la correcta inclusión de beneficiarios. Se realiza siguiendo tres pasos fundamentales: focalización, sectorización y adscripción. La focalización consiste en la selección de comunidades, dentro de una región de salud; basada en elementos de caracterización de sus poblaciones, siendo éstos: (i) condición de pobreza, (ii) área con población mayormente indígena, y (iii) los con accesibilidad mayor de una hora a centros de atención de la red fija del MINSA. La sectorización agrupa comunidades previamente focalizadas que mantienen características de accesibilidad y vías de comunicación en común, llamando cada conjunto de comunidad un Grupo Poblacional (GP). La adscripción asigna una Unidad Básica de Atención (UBA) para cada GP, la cual es responsable de la provisión de la CPP y tutela de la salud de los beneficiarios. La UBA puede ser compuesta por distintos tipos de proveedores de servicios de la estrategia de extensión de cobertura: (i) red itinerante: OE o GI encargados de proveer la cartera de prestaciones priorizadas (CPP) a la población beneficiaria; y (ii) red fija: centros de salud, subcentros de salud y puestos de salud.

Una vez completada la selección de la población beneficiaria, se da paso a su nominalización a fin de acceder al conocimiento acabado de toda la población para el seguimiento continuo de cada beneficiario y su condición de salud en tanto que se parte, para cada año de prestación con un padrón inicial de beneficiarios. El Padrón de Población Beneficiaria (PPB) de la EFC-APS está gestionado por las DRS en el caso de la Red Fija e Itinerante institucional y en otro caso la misma OE (en coordinación con las DRS). Como mínimo una vez cada semestre, el PBB está certificado por un Auditoría Técnica Externa, aprobado por la Dirección de Provisión de Servicios (DPSS), y remitido a la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) para actualizar la población beneficiaria de cada GP establecido.

### **2.2 La Cartera de Prestaciones Priorizadas**

La CPP es el conjunto de prestaciones que se otorga a los beneficiarios del EFC-APS y que se encuentran cubiertas por el costo per cápita. La CPP fue diseñada para reducir la carga de enfermedades de los grupos más pobres de la población panameña. El menú de intervenciones

estaba compuesto utilizando la experiencia e información acumulado en los años pasados por el MINSA durante la implementación de la provisión de PAISS+N y PSPV. No se incluyen servicios de manera exhaustiva, sino que el equipo básico de salud trabaja según las normas del MINSA contenidas en guías y protocolos que definen los alcances de cada una de las actividades que la componen. Sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres modalidades de atención establecidas por el MINSA: promoción, prevención y atención. Véanse el Anexo II para la CPP actual.

### **2.3 Mecanismos de Organización, Planificación y Gestión de la prestación de la CPP**

La provisión del CPP se basa en un modelo de gestión por resultados que integra diez ejes estratégicos:

1. Diagnóstico situacional de salud del grupo poblacional
2. Coordinación regional
3. La programación de actividades en base a resultados (informe inicial)
4. La programación de las rondas / bimestre
5. La organización de la atención en la comunidad y el sistema de logística
6. Manejo ambiental
7. Adaptación cultural
8. Sistema de referencia y contra referencia
9. La gestión de la programación (cumplimiento de los planes)
10. Sistema de información e informes

### **2.4 Programación de Rondas de Salud.**

El Equipo de Gestión de la UBA programa las rondas del grupo poblacional bajo su responsabilidad con base en la nominalización de la población beneficiaria adscrita, el análisis de situación del grupo poblacional, los planes contenidos en el Informe Inicial y los resultados esperados (indicadores de proceso de la CPP, coberturas de ronda e indicadores de desempeño). El cronograma de rondas constituye el instrumento de gestión a través del cual se materializa la programación, por lo cual el prestador debe entregarlo a la DPSS. El prestador debe cumplir con realizar seis (6) rondas al año, para lo cual debe realizar una (1) ronda por bimestre.

### **2.5 Sistema de Información.**

Cada Equipo de Gestión lleva el registro de actividades, haciendo uso de los instrumentos primarios del MINSA. La captación y registro se lleva a cabo en el lugar donde se preste el servicio de atención. El prestador es responsable de sistematizar la información captada durante la atención en el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) y en el sistema de estadística de salud (SIES), ambos entregados por el MINSA. Presentan cinco tipos de informes: (i) Informe inicial; (ii) Informes mensuales; (iii) Informes de ronda (SIREGES); (iv) Informes semestral (SIREGES), e (v) Informes anuales.

### **2.6 Sistema de Monitoreo.**

Conocido también como supervisión indirecta, toda vez que se lleva a cabo en el escritorio de los técnicos responsables del seguimiento de la ejecución de la EFC-APS, basándose en la información que regularmente llega de las DRS. El sistema de seguimiento consiste en el ordenamiento de la información para analizar el curso de los acontecimientos y en qué medida se acercan a las metas fijadas durante la programación. Se basa en el análisis de indicadores (de procesos y resultados) y, como es conocido, los indicadores señalan, pero no explican. Por tanto, el Equipo Técnico de la DRS y de la DPSS teoriza en base a su experiencia y conocimiento de la realidad las posibles explicaciones de un problema y da paso al sistema de supervisión directa para que verifique lo que realmente esté sucediendo. El sistema de seguimiento tiene como fuente principal de información los informes mensuales y por ronda producidos por las UBAs.

## **2.7 Sistema de Supervisión.**

Para la supervisión del MINSA, en general, hay como mínimo una supervisión por ronda de prestación. Para la supervisión de la Red Itinerante y la Red Fija, es responsabilidad de la DRS, a través del Equipo de Gestión, supervisar la provisión del CPP por medio de sus equipos básicos de salud, de tal forma que se establezcan mecanismo de control de calidad de la prestación, en pro de la mejora continua de la provisión de servicios.

## **2.8 Sistema de Auditoría Técnica y Social**

El Sistema de Auditoría Técnica y Social consiste en dos tipos de auditoría: (i) Auditoría Técnica (ATE) y (ii) Auditoría Social. La ATE constituye el mecanismo a través del cual el MINSA busca la verificación y emisión de una opinión profesional independiente sobre la ejecución de la EFC-APS, a través de la provisión de la CPP por prestadores de la Red Fija y Red Itinerante. La Auditoría Social constituye el mecanismo a través del cual el MINSA busca la opinión de los líderes y representantes de grupos formales de las comunidades, acerca de la calidad y tipo de servicio que brindan las UBA. Estas opiniones están obtenidas de acuerdo con la metodología e instrumentos de auditoría social que constan en el Manual de Auditoría Social aprobado por el MINSA.

## **2.9 Sistema de pago per cápita y desempeño**

La EFC-APS está basada en un modelo de gestión por resultados y un modelo de financiamiento capitado, por lo cual su sistema de evaluación integra ambos modelos y busca cuantificar el logro de las coberturas por ronda e indicadores de evaluación. Ambos modelos incorporan la nominalización de los beneficiarios como base de cálculo de los logros de la cobertura por ronda e indicadores de evaluación, así como la población beneficiaria establecida en los convenios a suscribir con las DRS y prestadores.

## **2.10 Financiamiento**

La EFS-APS se fundamenta en un modelo de financiamiento per cápita. La cápita es el estimado del monto promedio necesario para cubrir los costos de asegurar el acceso a la CPP para cada individuo de la población beneficiaria de la región de salud correspondiente durante un año. Este per cápita sirve para el cálculo de los pagos que el MINSA realiza a los proveedores a la población adscrita contractualmente.

## 2.11 Cápita.

La cápita es diferenciada por Región de Salud dado los requerimientos adicionales que se presentan en cada una como lo son transporte en bote, animales de carga, helicópteros u otros. Para la determinación del monto de los convenios con las DRS prestadoras u OEs, la cápita de referencia se multiplica por el número de población beneficiaria para cada grupo poblacional. Al término de cada semestre se actualizará la población beneficiaria de acuerdo al Padrón de Población Certificado por la ATE. Los ajustes que conlleven estas actualizaciones al monto del contrato o convenio, de población beneficiaria y/o cápita, se realizarán mediante liquidación de contratos y convenios.

El monto de la cápita fue revisado en diferentes oportunidades en función de la inclusión o exclusión de ciertas intervenciones en la cartera de servicios cubierta por el MINSA. Dichas revisiones toman como referencia la metodología desarrollada en 2001 por una firma consultora internacional<sup>2</sup> y revisada posteriormente por servicios de consultoría individual internacional. El monto de la cápita se determinó mediante un macro-costeo tomando en cuenta los presupuestos causados por región y los siguientes rubros: (i) costos indirectos fijos; (ii) costos indirectos variables; (iii) costos directos fijos; (iv) costos directos variables; (v) inversión inicial; y (vi) estimación de los gastos de contratación.

- i. En esta categoría se consideraron las remuneraciones y gastos de funcionamiento del Ministerio de Salud, de la Unidad Administradora del Proyecto, y la Supervisión, evaluación y monitoreo por organización externa.
- ii. En esta categoría se incluyen los costos de viáticos y capacitación para las personas que trabajan en los niveles administrativos que gestionarán los equipos básicos de salud (EBS) y el personal asistencial de los EBS.
- iii. Se consideran como costos fijos las remuneraciones del personal médico. Se diferencia entre el personal de salud a ser contratado por organizaciones extra institucionales (OE) y los voluntarios de la comunidad.
- iv. Los costos directos variables incluyen los costos de los recursos definidos en el manual de operación para realizar las actividades y varían según la cantidad de atenciones prestadas. En esta categoría están los materiales e insumos médicos, medicamentos y otros (incluyen exámenes de laboratorio, registros médicos y material gráfico para educación de las personas).
- v. En esta categoría se incluye el recurso físico necesario para que el EBS itinerante pueda proveer los servicios (vehículos, equipos médicos, etc.).
- vi. Para estimar los recursos financieros necesarios para que los proveedores contratados realicen sus actividades se estimó como gastos de administración un 10% del costo de prestación del Paquete.

A inicios de 2009, el costo de la cápita fue actualizado a través de un ejercicio de indexación y este valor sirvió de base para la determinación de la cápita utilizada en el marco de la tercera etapa de la EFC-APS. Esta revisión del costo de la cápita tuvo en cuenta el tamaño de los grupos poblacionales, ya que a partir de la tercera etapa de la EFC-APS se esperaban grupos en un

---

<sup>2</sup> Bitrán & Asociados

rango de 5,200 a 7,600 beneficiarios. Esta actualización también tomó en cuenta la incorporación del programa comunitaria de nutrición Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C) en la estructura de costos de la Estrategia, los ajustes salariales de los profesionales y técnicos del equipo básico de salud, y los ajustes a los costos de transporte, insumos y medicamentos, y equipos.

En 2012, se realizó un análisis de la variación y de la fiabilidad del costo de la cápita, cuyas conclusiones recomendaba la incorporación de una cápita actualizado al marco normativo de la EFC-APS, fundamentado en:

- i. Variaciones en los tamaños de los grupos poblacionales con tendencia a disminuir
- ii. Variaciones en el componente de salarios, viáticos y cuotas patronales anuales
- iii. Variaciones en el componente de transporte con tendencia creciente
- iv. Variaciones en el componente de medicamentos, insumos y equipos sanitarios con incrementos de precios agravados por la depreciación acelerada de los equipos al someterse a constantes movimientos por las giras
- v. Fortalecimiento de los controles para mejorar el seguimiento de los beneficiarios priorizados, conllevando aumento en la producción de servicios según la CPP
- vi. Incremento gradual de las metas de los indicadores de desempeño que requieren la generación de estrategias de campo para mantener e incrementar el contacto entre oferta y demanda sin descuidar la calidad de la atención
- vii. Incremento de los costos financieros por retrasos en el flujo de pago (independiente de su causa: disponibilidad presupuestaria, dilación de las evaluaciones, doble trámite de pago-región-prestador, autorización y refrendo de pagos, flujo de las auditorías, cierre de contrato o convenio, entre otras)
- viii. Curva de aprendizaje con fluctuaciones en su pendiente (+ o -) a través del tiempo, basada en la rotación de personal con conocimiento del área geográfica y el trabajo de campo que conlleva repercusiones financieras (descuentos, multas, penalidades)
- ix. Sistema de incentivos vía transferencias complementarias variables que son utilizadas para financiar costos operativos reduciendo los impulsos para la mejora continua de los equipos
- x. La estrategia contempla cambios de comportamiento en la población beneficiaria y adaptaciones culturales de los equipos de salud que constituyen inversiones a largo plazo para obtener resultados significativos, por lo cual, la inversión debe ser sostenible para proscribir conductas que generen desviaciones del objetivo establecido e incrementen los costos de monitoreo, supervisión y auditoría.

Adicional a las recomendaciones arrojadas en el estudio de 2012, se recomienda que los ajustes a la cápita incorporen las siguientes variables:

- i. Ajustes a las estructuras fijos y variables del costo de la cápita

- ii. Actualizaciones al valor de la cápita en función a variables actuales, y variables de ajuste por ruralidad, acceso, dispersión poblacional y pobreza, entre otros
- iii. La incorporación de las actividades de apoyo y supervisión de la Plataforma Comunitaria
- iv. El fortalecimiento de los sistemas de reporte, ingreso, y envío de información de beneficiarios
- v. Ajustes a la Cartera de Prestaciones Priorizadas, y la implementación de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
- vi. Un análisis del desempeño de los proveedores, incluyendo los indicadores de cobertura y desempeño y su desempeño según la auditoría social, para incentivar el mejoramiento de los proveedores con referencia a dichos indicadores
- vii. Un análisis de costos según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
- viii. Un análisis de costos según intervención
- ix. La cuantificación de costos de servicios odontológicos
- x. Requerimientos de Gestión Ambiental y Social

Se solicita los servicios de consultoría para permitir la incorporación de una cápita actualizada al marco normativo de la EFC-APS, de acuerdo a las recomendaciones que han sido mencionadas en el apartado anterior. La consultoría debe coordinar un equipo de consultores que proveerán insumos para la actualización de la cápita, incluyendo el desarrollo de una metodología para la recopilación y análisis de datos, la recopilación y análisis de datos relevantes, la formulación de recomendaciones y justificaciones a ajustes de la cápita, y el desarrollo de una aplicación en MS Excel junto con un Manual Operativo para la actualización periódica de la cápita.

Los productos de esta consultoría servirán de base para actualizar el financiamiento de los convenios de gestión y/o contratos suscritos entre el MINSA y los prestadores de la CPP (institucionales y extrainstitucionales) y, por ende, debe proponer ajustes a la cápita y desarrollar una aplicación que permite la actualización periódica. Los productos deben permitir la desagregación de información de la siguiente manera:

- (i) CPP actualiza todo el Ciclo de Vida
- (ii) Según prestador (institucionales y extrainstitucionales)
- (iii) Según el tamaño de los grupos poblacionales, considerando los estándares de mínimo 5,200 y máximo 7,600 beneficiarios.

Existe un Mecanismo de pago que se describe en el Reglamento Operativo y que se entregará como insumo para el desarrollo de la consultoría.

### **3. Objetivo(s) de la Consultoría**

### **3.1 Objetivo General:**

Revisar la actual cartera de servicios y proponer la incorporación de nuevas prestaciones tomando en consideración: el plan nacional de salud y sus prioridades, perfil epidemiológico de las regiones de salud, el ciclo de vida, el costo de la actual CPP, el impacto financiero generado por la ampliación de la cartera incluyendo los insumos y equipos necesarios para la prestación de la misma.

### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Diseñar la metodología y criterios para la inclusión de nuevas prestaciones a la CPP
- Definir el Listado de la Nueva Cartera Priorizada de Prestaciones (CPP) tomando en cuenta:
  - El perfil epidemiológico
  - La carga de enfermedad
  - Ordenada por Ciclo de Vida
- Capacitar al personal de MINSA en la metodología y criterios para ampliar la CPP.

## **4. Actividades Principales**

4.1 Elaborar y presentar el plan de trabajo, metodología y cronograma de la consultoría.

4.2 Revisar, con visión constructiva, como mínimo, los siguientes documentos técnicos de referencia básica:

- Manual Operativo del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Reglamento Operativo para proveedores de la CPP.
- Convenios de Gestión y Contratos con Proveedores de Organizaciones Extrainstitucionales
- Informes de Desempeño y de Cobertura de Proveedores de la EFC-APS
- Informes de la Auditoría Técnica Externa y Auditoría Social
- Informe de Gestión Ambiental y Social del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud
- Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales CONE
- Documento de rediseño del Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud
- Escalas de salario que aplican en el MINSA y las variaciones programadas por acuerdos gremiales pactados con el Gobierno a la fecha

- Estrategias de la Plataforma Comunitaria
  - Estrategia de Cambio de Comportamiento
  - Estrategia de Planificación Familiar y Anticoncepción
  - Estrategia de Plan de Parto
  - Manual del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil PACO
  - Manual del Programa de Consejería Nutricional Nutrividas
  - Plan de Agua
- Bases de Datos del Ministerio de Salud, incluyendo, pero no limitado al, Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES), Sistema de Información de Estadística de Salud (SIES), Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS)
- Informe de Resultados del Estudio de Costos per Cápita de la Provisión del PAISS+N y PSPV. MINSA, UGAF. Diciembre, 2012.
- Documento Estrategia de extensión de cobertura que incluye la actualización del costo del PAISS+N y la PSPV. MINSA, UGAF. Marzo, 2009.
- Productos de la consultoría individual internacional para la “Evaluación de la metodología de costos e impacto fiscal de la provisión de paquetes de atención integral de servicios de salud (PAISS+N) empleada por el MINSA y recomendaciones de ajuste. Noviembre, 2008.
- Estimación de Costos del PAISS mediante OEs y mediante FOGIs Documento de discusión. Gesaworld. Panamá, junio, 2008.
- Programa de Modernización del Ministerio de Salud – MINSA. Banco Interamericano de Desarrollo. Diseño, Costeo, Análisis de Costo-Efectividad y de Impacto Fiscal del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud. Informe Final. Agosto 2001.
- Informes administrativos del PAISS+N y la PSPV (Regiones de Salud y Organizaciones Extrainstitucionales – OE).

4.3 Elaborar y presentar propuesta metodológica para la actualización de la CPP

4.4 Proceder a la revisión de la Cartera de Servicios sobre todo en lo referente a:

- Sistemas de Información sanitaria y su fiabilidad y reproducción de las diferentes prestaciones de la cartera

- Priorización junto al MINSA de los indicadores a monitorizar según las políticas sanitarias del país y la disponibilidad de los sistemas de información.
- Dar soporte al resto del equipo a fin de poder implantar la parte variable sanitaria dentro de la asignación de la cápita global.
- Colaborar en la aplicación del método de ajuste de las cápit as según los diferentes factores que harán singulares las cápit as territoriales.
- Analizar junto a todo el equipo la fiabilidad de las cápit as para su aplicación en territorios

4.5 Definir la Cartera actualizada de servicios, agrupada en actividades de Promoción, Prevención y Atención; y tomando en cuenta los tres lineamientos de los objetivos específicos.

4.6 Definir los servicios conexos a la CPP que incluye

- Monitoreo y supervisión
- Incentivos a la demanda
- Mantenimiento de la infraestructura
- Intervenciones claves (materna, infantil, enfermedades crónicas y nutrición)
- Subvenciones

4.7 Proporcionar los insumos para definir los costos del componente de medicamentos, insumos y equipos sanitarios

4.8 Apoyar en revisar los productos que elaboren el equipo de consultores

## 5. Informes / Entregables

**5.1 PRODUCTO 1. PLAN Y CRONOGRAMA DE TRABAJO.** Establece los resultados que se propone lograr durante el plazo de ejecución de la consultoría

**5.2 PRODUCTO 2: METODOLOGÍA** para actualizar la Cartera Priorizada de Prestaciones tal como lo establecen las actividades 4.3 y 4.4.

**5.3 PRODUCTO 3: PROPUESTA CONSENSUADA DE LA CPP** agrupada en servicios de prevención, promoción y atención y de acuerdo a los lineamientos establecidos en los objetivos específicos.

**5.4 PRODUCTO 4: PROPUESTA CONSENSUADA E INTEGRADA** de la Cartera de Prestaciones Priorizadas que incluya los servicios conexos relacionados con:

- Monitoreo y Supervisión
- Incentivos a la Demanda
- Mantenimiento e infraestructura
- Intervenciones claves (materna, infantil, crónicas y de nutrición) y
- Subvenciones

**5.5 PRODUCTO 5: PRODUCTO FINAL** que incluya los insumos para la definición de la cápita

Todo informe debe ser sometido al Banco en un archivo electrónico. El informe debe incluir una carátula, documento principal, y todos los anexos. Archivos en formato Zip no serán aceptados como informes finales debido a los reglamentos de la Sección de Administración de Archivos.

## **6. Cronograma de Pagos**

<b>Producto</b>	<b>Porcentaje</b>
Producto 1	20%
Producto 2	20%
Producto 3	20%
Producto 4	20%
Producto 5	20%

## **7. Calificaciones**

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Profesional de las ciencias económicas con grado mínimo de maestría y de preferencia con formación específica en Economía de la Salud y Sistemas de pagos. mínimo de cinco (5) años de experiencia general en temas relacionados con la evaluación y costeo de acciones o programas sociales y/o experiencia en sistemas de pago. mínimo de dos (2) experiencias específicas en consultorías o asistencias técnicas en los últimos años (2005 a la fecha) orientadas a la evaluación y/o costeo de intervenciones en el sector salud y en sistemas de pago.
- Idiomas: Español
- Áreas de Especialización: Ciencias económicas, economía de la salud, evaluación y/o costeo de intervenciones en el sector salud y en sistema de pago

## **8. Características de la Consultoría**

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada
- Duración del Contrato: 60 días no continuos entre en un plazo de 5 meses

- Lugar(es) de trabajo: Consultoría Externa con dos viajes de 5 días a cada uno a las Direcciones Regionales de Salud de Panamá
- Líder de División o Coordinador: Leonardo Pinzón, Especialista en Protección Social y Salud

**Pago y Condiciones:** La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

**Consanguinidad:** De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

**Diversidad:** El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

## **ANEXO A**

### **PANAMÁ**

#### **SCL/SPH**

## **ACTUALIZACIÓN DEL REGLAMENTO OPERATIVO PARA LA PROVISIÓN DE LA CARTERA DE PRESTACIONES PRIORIZADAS**

### **TERMINOS DE REFERENCIA**

#### **Antecedentes**

Establecido en 1959, el Banco Interamericano de Desarrollo (" BID " o " Banco") es la principal fuente de financiamiento para el desarrollo económico, social e institucional en América Latina y el Caribe. Proporciona préstamos, subvenciones, garantías, asesoramiento sobre políticas y asistencia técnica a los sectores público y privado de sus países prestatarios.

La implementación de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud (EFC-APS) (en adelante EFC-APS) por parte del Ministerio de Salud de Panamá presenta una oportunidad para promover la protección el derecho de la identidad en áreas indígenas y de difícil acceso. La EFC-APS tiene como objetivo mejorar el acceso a y la utilización de los servicios de salud en las comarcas indígenas y zonas rurales con población dispersa del país, y establece la provisión de una Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)<sup>1</sup> en salud en estos territorios, a través de un modelo de pago per cápita y por desempeño a una población beneficiaria nominalizada. Con el fin de mejorar la accesibilidad de la población beneficiaria a los servicios de salud y nutrición y favorecer a los grupos más vulnerables, la EFC-APS prioriza comunidades -dentro de cada una de las 12 regiones de salud- sobre la base de su condición de pobreza, proporción de población indígena y accesibilidad a centros de atención de la red fija del MINSA. Contempla un modelo de prestación que incluye giras a estas comunidades para la nominalización de un Padrón de Población Beneficiaria (PBB) y la provisión de una cartera de prestaciones a esta población. A diciembre de 2015, a través de la EFC-APS, el MINSA prestó servicios a 118 grupos poblacionales conformados en su totalidad por familias indígenas y rurales de difícil acceso, alcanzando más de 420 mil beneficiarios, conformado por 56.950 menores de 5 años y 135.540 mujeres en edad fértil. El PBB incluye a 133 mil beneficiarios indígenas y 78 mil beneficiarios afro-descendientes.

Como parte del apoyo del Programa BID a la EFC-APS, se vienen desarrollando intervenciones complementarias para reducir la mortalidad materna e infantil y abarcan todo el ciclo de vida: la preconcepción, la PF y la anticoncepción, el embarazo, el parto y el puerperio y la salud neonatal e infantil. El MINSA ha avanzado en el diseño y aprobación de estas intervenciones y está actualmente en la fase inicial de implementación:

- Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) se configura como una intervención operativa que ha demostrado alta efectividad, organizando la entrega de la

---

<sup>1</sup> Es el conjunto de prestaciones (servicios de promoción, prevención y atención de la salud) que se otorgan a los beneficiarios de los programas del MINSA.

cartera de servicios en tres niveles de atención de complejidad y capacidad resolutive creciente desde la comunidad hasta los hospitales.

- El modelo de consejería en PF y anticoncepción y el modelo de cambio de comportamiento, ambos con un enfoque intercultural, se ha diseñado y aprobado con el fin de aumentar la comprensión y la demanda de servicios de PF y de salud materno infantil.
- Para aumentar la atención temprana y continua del embarazo y la atención institucional del parto y del puerperio, se diseñó un Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil (PACO). Se brindará un apoyo monetario a las mujeres para trasladarse y hacer uso de los servicios de atención prenatal, atención del parto y del puerperio, de tal forma que los costos de transporte no limiten el acceso a estos servicios de salud<sup>2</sup>.
- Para mejorar el estado de nutrición se desarrolló: (i) la actualización de las Guías para la Atención Integral de la Salud del Niño hasta los nueve años con medidas de atención al niño enfermo. Se ha adecuado la composición del alimento fortificado complementario para niños de 6 a 24 meses, especialmente su contenido de micronutrientes; (ii) la estrategia de comunicación educativa para el cambio de conductas de alimentación infantil AIN-C se viene adecuando según las mejores prácticas internacionales con la incorporación de acciones educativas concretas sobre conductas específicas por el personal de salud en la plataforma institucional; y (iii) un estudio comparativo de aceptabilidad y adherencia de los micronutrientes en polvo para niños de entre 6 y 24 meses, con el fin de evaluar la pertinencia de introducir este producto en sustitución del hierro en solución.

Una de las grandes dificultades que enfrenta la EFC-APS es la relacionada con el proceso de nominalización, verificación y seguimiento del Padrón de Población. Mantener un registro de calidad de los beneficiarios del programa requiere sistemas informáticos de parte del MINSA y del Tribunal Electoral y requiere el establecimiento de mecanismos de coordinación o protocolos entre el MINSA y el Tribunal Electoral. Desde el año 2014, las bases de datos del MINSA no cuentan con capacidad para verificación contra los registros de las bases de datos del TE y no se cuenta con acuerdos para la remisión de datos de beneficiarios al TE. En la práctica, no se cuenta con mecanismos o acuerdos que comprometan a las partes a remitir, investigar y resolver casos de manera coordinada. Hoy en día un beneficiario puede registrarse por ejemplo con una cedula que carece de autenticidad y el MINSA no tiene capacidad de verificar dicha información. Más aun, hoy en día la remisión de beneficiarios sin cédula al Tribunal Electoral para investigación y resolución no se implementa dado que el MINSA y el Tribunal no han establecido los protocolos necesarios para dicha investigación o resolución. De igual manera, los mecanismos para depurar y dar seguimiento al PPB utilizados por el MINSA no cuentan con módulos para la consolidación y análisis comparativo de las bases de datos de distintos proveedores.

El Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Coberturas y Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud establece los términos y condiciones que regirán la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas a través de las Redes Integradas de Salud de Panamá.

A partir de inicio de 2017, el MINSA está realizando esfuerzos por integrar normas, estrategias optimizar e integrar las intervenciones, los procesos y sistemas con el fin de preparar el diseño de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y su implementación en las áreas rurales dispersas y comarcas

---

<sup>2</sup> Se ha documentado el impacto de pagos a pacientes para incentivar el uso de partos institucionales en Bangladesh y Pakistán (Nguyen et al 2012.), la demanda de servicios preventivos y materno infantiles en México (áreas urbanas) y Honduras (Glassman et al 2009). Documento de marco sectorial de salud y nutrición, BID 2014.

indígenas de Panamá. Este modelo de intervención se ha denominado Contigo: Red de Salud Rural e Indígena.

Bajo el marco del programa PN-L1115 Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud, y la Cooperación Técnica PN-T1179 de Apoyo al diseño de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), se contempla la actualización del Reglamento Operativo de Contigo para incluir:

- (1) La optimización del modelo de pago por resultados de acuerdo con los aprendizajes realizados, las variaciones en los incentivos propuestos, la inclusión de indicadores de calidad y el seguimiento a enfermedades crónicas.
- (2) La integración en el modelo de pago por resultados del estudio de actualización del costo per cápita de la provisión de servicios de salud.
- (3) La optimización y operación del sistema informática de salud mediante la creación de una plataforma informática unificada en la que se compatibilicen los tres sistemas existentes; El Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES), el Sistema de Información Estadística de Salud (SIES) y el Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS).
- (4) Los procesos y el funcionamiento de los redes y micro redes de salud diseñados bajo el marco del PN-L1115
- (5) Los mecanismos para la implementación de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), como intervención operativa que ha demostrado alta efectividad, organizando la entrega de la cartera de servicios en tres niveles de complejidad y capacidad resolutoria creciente desde la comunidad hasta los hospitales
- (6) Los mecanismos para la organización y funcionamiento de un Plataforma Comunitaria para reforzar la promoción, prevención y atención, así como sistemas de referencia, a nivel local. El Plataforma Comunitaria abarca: (a) un modelo de consejería en Planificación Familiar y Anticoncepción y un modelo de cambio de comportamiento con enfoque intercultural, diseñado y aprobado con el fin de aumentar la comprensión y la demanda de servicios de planificación familiar y de salud materno infantil; (b) el Programa de Apoyos Comunitarios, para aumentar la atención temprana y continua del embarazo y la atención institucional del parto y del puerperio; (c) la estrategia de comunicación educativa para el cambio de conductas de alimentación infantil AIN-C, actualizado según las mejoras prácticas internacionales.
- (7) Los ajustes en las normas, estrategias, intervenciones y herramientas que hacen posible la entrega de los servicios de la EFC por medio de redes institucionales y comunitarias integradas en el orden local.
- (8) El cambio de la EFC hacia el enfoque de una estrategia integrada del sistema de salud para las comarcas indígenas y rurales denominada Contigo.

Tomando en cuenta lo anterior, se requiere los servicios de un contractual para la actualización del Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Coberturas y Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud, para incorporar el diseño y los mecanismos para operativizar la implementación de las intervenciones antemencionados.

### **Objetivo(s) de la Consultoría**

Actualizar el Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Coberturas y Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud de acuerdo con el enfoque de la Red de Salud Indígena y Rural de Contigo.

### Específicos:

- Contar con un Reglamento Operativo que responde a las necesidades del Ministerio de Salud y del Equipo BID, identificados como parte del trabajo diagnóstico de la consultoría
- Contar con un Reglamento Operativo que incorpora el diseño de, y que operativiza, los intervenciones financiados por el PN-L1115 y el PN-T1145, incluyendo:
  - La optimización del sistema informática de salud
  - Los mecanismos para la referencia de beneficiarios de la CPP sin cédula o registro civil al Tribunal Electoral
  - Los protocolos y acuerdos inter-institucionales para la realización de cruces regulares de información entre el MINSA y el Tribunal Electoral
  - Los procesos y el funcionamiento de los redes y microredes de salud
  - La implementación de la Estrategia CONE
  - La organización y el funcionamiento de Contigo con las normas, estrategias, intervenciones y herramientas que hacen posible la entrega de los servicios de Contigo por medio de redes institucionales y comunitarias integradas en el orden local
  - Integrar el enfoque de la Red de Salud Indígena y Rural, Contigo con sus
- Contar con módulos de capacitación de proveedores de servicios de salud en el contenido del Reglamento Operativo
- Contar con protocolos de salud actualizados, como anexo al Reglamento Operativo

### Actividades Principales

El candidato seleccionado deberá:

- (1) Realizar un diagnóstico del Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Coberturas y Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud, incluyendo los materiales actuales que se utiliza para capacitar a proveedores de servicios de salud. El diagnóstico debe usar como insumos:
  - a. El experticia del contractual
  - b. Entrevistas con personal del MINSA Central, MINSA Regional, y proveedores de servicios de salud
  - c. Entrevistas con miembros del Equipo BID
- (2) Apoyar y participar en el desarrollo de los mecanismos y flujos operacionales para la puesta en marcha de los intervenciones financiados por el PN-L1115 y PN-T1146, incluyendo:
  - a. Las mejoras al sistema informática de salud
  - b. La referencia de beneficiarios de la CPP sin cédula o registro civil al Tribunal Electoral, y la realización de cruces regulares de información entre el MINSA y el Tribunal Electoral
  - c. La realización de cruces regulares de información entre el MINSA y el Tribunal Electoral
  - d. El funcionamiento de los redes y microredes de salud
  - e. La implementación de la Estrategia CONE
  - f. La organización y puesta en marcha de la Plataforma Comunitaria
- (3) Actualizar el Reglamento Operativo y los materiales para la capacitación de proveedores de servicios de salud.

## Informes / Entregables

- a) Producto 1: Diagnóstico del Reglamento Operativo, y propuestas de mejoras
- b) Producto 2: Borrador del Reglamento Operativo actualizado
- c) Producto 3: Versión Final del Reglamento Operativo actualizado

Todo informe de ser sometido al Banco en un archivo electrónico. El informe debe incluir una carátula, documento principal y todos los anexos. Archivos en formato Zip no serán aceptados como informes finales debido a los reglamentos de la Sección de Administración de Archivos.

## Cronograma de Pagos

20% contra el Producto 1  
30% contra el Producto 2  
30% contra el Producto 3

## Calificaciones

- a) Título/Nivel académico y años de experiencia: profesional de ciencias sociales con grado de master en administración pública o cualquier otra disciplina o profesión pertinente al logro de los objetivos de la consultoría. Al menos 5 años de experiencia en el campo de su especialización, incluyendo el desarrollo de sistemas de monitoreo y supervisión con el sector público. Al menos dos proyectos en América Latina de alcance similar a los descritos en estos términos de referencia.
- b) Idiomas: Dominio completo del castellano hablado y escrito. Capacidad demostrada para escribir en buen castellano. Capacidad para leer y comprender el idioma inglés
- c) Áreas de Especialización: Experto en monitoreo, seguimiento y fortalecimiento institucional. Preferiblemente con experiencia en el desarrollo de Reglamentos Operativos y materiales de capacitación de personal.
- d) Habilidades: Excelente dominio del español oral y escrito.

## Características de la Consultoría

- *Categoría y Modalidad de la Consultoría:* Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada
- *Duración del Contrato:* 30 días en un plazo de 4 meses, con 2 viajes de 5 días a Panamá.
- *Lugar(es) de trabajo:* Consultoría Externa
- *Líder de División o Coordinador:* Leonardo Pinzón, Especialista en Protección Social y Salud (SPH/CPN)

**Pago y Condiciones:** La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

**Consanguinidad:** De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

**Diversidad:** El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

## **ANEXO A**

### **PANAMÁ**

#### **SCL/SPH**

#### **PN-T1152: Apoyo a la Agenda de Evaluaciones de Impacto del Sector Salud en Panamá**

#### **Coordinación del Desarrollo de la Plataforma Comunitaria de Salud (PCS) y de las evaluaciones del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (FORIS)**

### **TERMINOS DE REFERENCIA**

#### **Antecedentes**

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) apoya técnica y financieramente al Gobierno de Panamá en varias de sus iniciativas de protección social y de mejoramiento de las condiciones de salud y nutrición de su población más vulnerable. Así mismo, apoya el desarrollo de evaluaciones que informen la toma de decisiones de las políticas públicas en el país y la región. Una importante estrategia que materializa esta colaboración es el Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (FORIS), cuyo objetivo es mejorar la equidad en salud a través del incremento en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en comarcas indígenas y áreas rurales dispersas. Se busca: (i) fortalecer la atención primaria en salud; (ii) reforzar la cartera de prestaciones priorizadas (CPP) y (iii) adecuar las redes de salud en las áreas beneficiarias. El apoyo a los servicios de salud de la CPP se complementa con el desarrollo de una Plataforma Comunitaria de Salud (PCS) que proveerá servicios de promoción, prevención y atención a través de agentes comunitarios a lo largo de su ciclo de vida, inicialmente centrándose en:

- Las Mujeres en Edad Fértil (MEF) Embarazadas (ME) en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y Planificación Familiar
- Las Mujeres Embarazadas (ME), Puérperas y Neonatos en Control Prenatal, Salud Materna y Maternidad Segura
- Los Niños Menores de 5 años en Nutrición, Crecimiento Sano y Desarrollo

La PCS y el FORIS apoyan el cumplimiento de los Planes Locales de las Redes de Salud donde se establecen metas claras de calidad y cobertura de la CPP y se viabiliza a través de las siguientes intervenciones que serán probadas en la Comarca Indígena de Ngäbe Buglé y también implementadas en las Comarcas de Guna Yala y Emberá Wounaan:

- El Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno-Infantil (PACO) y el Programa de Casas Maternas (CM) que buscan mejorar las condiciones de salud de la población materno-infantil
- El Programa NutriVidas que buscan mejorar las condiciones de nutrición de la misma población
- Los Planes de Agua que busca beneficiar a toda la población de esas comunidades

El FORIS también busca fortalecer la capacidad del MINSA para gestionar, auditar y evaluar sus áreas de intervención. Específicamente, se propone la realización de las evaluaciones de impacto del PACO y NutriVidas.

También se ha incluido la ejecución de dos estudios: 1. El estudio de comparación de aceptabilidad y adherencia de los suplementos de hierro en solución y los micronutrientes en polvo (MNPs) en niños de 0 a 5 años que se espera realizar en la Comarca indígena de Guna Yala, y en zonas urbano-marginales y rurales del país; y 2. El estudio de aceptabilidad de la nueva fórmula del alimento fortificado con micronutrientes (Crema Nutricional) en niños entre 6 y 24 meses de edad en tres Comarcas Indígenas y una zona rural (el contrato incluye la revisión y el ajuste de la fórmula de la Crema Nutricional a los requerimientos nutricionales de niños entre 6 y 24 meses de edad en Panamá). El mismo componente propone realizar una evaluación de la profundización del esquema de pago por resultados de la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas (EFC) del sistema de salud y una Encuesta Nacional de Salud en Panamá.

Las mencionadas intervenciones, evaluaciones y estudios requieren los servicios de un(a) contractual que apoye al Equipo Técnico de Evaluación (conformado por representantes del MINSA y el BID) en la coordinación de los procesos de diseño, implementación, contratación, producción, documentación y diseminación de resultados de la PCS. Estos Términos de Referencia (TdR) definen objetivos, actividades y productos del(la) Coordinador(a) del Desarrollo de la Plataforma Comunitaria de Salud y de las evaluaciones del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (FORIS) y apoyan su proceso de contratación.

## **OBJETIVO(S) DE LA CONSULTORÍA**

El objetivo de la consultoría es asegurar el desarrollo de la Plataforma Comunitaria de Salud (PCS), con todas sus intervenciones y coordinar la realización de los estudios y las evaluaciones presentados arriba. La persona encargada de la consultoría será responsable de apoyar la implementación de las intervenciones, los estudios y las evaluaciones presentadas arriba, poniendo especial interés en la coordinación de los diferentes actores involucrados para lograr el cumplimiento de los objetivos y el cronograma de trabajo establecido.

El(la) contractual tendrá que coordinar el dialogo entre el Gobierno de Panamá, el BID y las contrapartes principales de los diferentes equipos de trabajo para asegurar:

1. Que la implementación de las intervenciones, las evaluaciones y los estudios se mantenga fiel a los diseños establecidos.
2. Que los requerimientos de las evaluaciones sean compatibles con las operaciones de las intervenciones.
3. Que los resultados de las evaluaciones sean comparables con los de otras evaluaciones dentro del sector.
4. Que se generen procesos de aprendizaje entre las evaluaciones y al interior de los equipos de trabajo, especialmente en al interior del Gobierno de Panamá para la gestión y el ajuste de las intervenciones y la definición y el ajuste de las políticas de salud, nutrición y protección social en el país.

El trabajo de consultoría implica coordinar la producción y obtención de aprobación de documentos metodológicos y operativos para la implementación de las intervenciones y la realización de las evaluaciones, y apoyar los procesos contractuales y técnicos desde la concepción hasta la producción de resultados, el análisis y la utilización de los mismos.

## **ACTIVIDADES PRINCIPALES**

Las tareas específicas de coordinación incluyen:

- Apoyar la implementación de las intervenciones de la PCS en sus pruebas operativas y su expansión a todas las áreas de implementación y estudio, facilitando la coordinación entre las instancias nacionales, regionales, locales y comunitarias involucradas.
- Hacer seguimiento a la implementación de las intervenciones de la PCS y asegurar que se hayan realizado de acuerdo con los diseños establecidos, apoyando el trabajo de coordinadores a nivel nacional y regional y asegurando la adecuada implementación de las mismas en el orden local y comunitario. Esto implica apoyar la definición de estrategias de capacitación que hagan sostenibles las intervenciones en el tiempo y garanticen su inserción en la institucionalidad del MINSA.
- Ajustar sobre la marcha los Protocolos de Investigación de las evaluaciones y estudios, así como los Términos de Referencia y demás documentos técnicos de apoyo a los procesos de los mismos.
- Producir y actualizar calendarios de actividades y planes de implementación de las intervenciones, las evaluaciones y los estudios y velar por su cumplimiento, haciendo seguimiento a las mismas y apoyando la función de coordinación e interventoría que debe realizar el Equipo Técnico de Evaluación y el MINSA frente a los mismos.
- Producir y actualizar presupuestos detallados que recojan las actividades de intervenciones, las evaluaciones y los estudios y velar por su cumplimiento.
- Apoyar el desarrollo, la definición de especificaciones técnicas y/o la producción y/o compra de los materiales, insumos, equipos, sistemas de información y todos los requerimientos que se definan para la efectiva implementación de las intervenciones, incluidas las estrategias de formación y comunicación y sus cajas de herramientas.
- Coordinar y asegurar la correcta implementación de las evaluaciones para asegurar que se están realizando de acuerdo a los diseños establecidos y de acuerdo con los grupos de tratamiento y control asignados y que los planes de mitigación de riesgos de contaminación y operativos sean implementados oportunamente con el apoyo de un(a) coordinador(a) de campo.
- Contribuir a la contratación de firmas y consultores individuales asignados a las intervenciones, las evaluaciones y los estudios.
- Dirigir el trabajo de firmas y consultores con relación directa, haciendo seguimiento a la ejecución de procesos y la entrega de productos definidos previamente.
- Coordinar la comunicación y el diálogo entre el Equipo Técnico (ET) de Evaluación, las firmas contratadas y el Gobierno de Panamá.
- Contribuir al desarrollo y adaptación de manuales, guías, instrumentos (como cuestionarios y formatos de apoyo) y materiales de apoyo, tanto para las intervenciones, como para las evaluaciones y los estudios correspondientes.
- Supervisar y retroalimentar los procesos de selección de personal de campo, su entrenamiento y el pilotaje de instrumentos para las evaluaciones.
- Supervisar todas las actividades de recogida de datos y encuestas en coordinación con el Equipo Técnico (ET) de Evaluación, el experto en Aseguramiento de Calidad de Encuestas y las firmas encuestadoras y de evaluación, asegurando que se respetan los protocolos de campo y los tiempos establecidos con el apoyo de los coordinadores de campo regionales.
- Recibir y distribuir todos los informes y productos de las evaluaciones y estudios y asegurar su adecuada revisión y la producción de comentarios por parte del ET para su ajuste y aprobación final.
- Junto con los coordinadores de campo regionales y el experto en Aseguramiento de Calidad de Encuestas, supervisar los procesos de ingreso, transmisión y gestión de datos de manera que se dé cumplimiento a los procedimientos pactados interinstitucionalmente.

hasta la entrega a satisfacción de las bases de datos limpias y sus respectivos diccionarios.

- Colaborar con el Equipo Técnico (ET) de Evaluación en la producción de informes de análisis de resultados y documentos intermedios y finales de las evaluaciones.
- Generar dinámicas de diálogo entre todas las iniciativas de evaluación mencionadas, para aprovechar sus aprendizajes y asegurar el mejor uso posible de sus resultados para la definición y el ajuste de las intervenciones y las políticas de salud, nutrición y protección social en el país y la región.

## **INFORMES / ENTREGABLES**

Son responsabilidad del(la) contractual los siguientes productos:

- Manuales, guías, instrumentos, materiales de apoyo, sistemas de información, sistemas de monitoreo, estrategias de comunicación y cajas de herramientas de las intervenciones nuevas.
- Productos y servicios de las intervenciones nuevas generados como resultado de su implementación operativa recurrente.
- Protocolos de Investigación y Términos de Referencia con documentos anexos de las evaluaciones y estudios actualizados según los requerimientos que se presenten sobre la marcha.
- Cronogramas, cuadros de Gannt y presupuestos de las evaluaciones y los estudios actualizados.
- Insumos para Ayudas Memoria y Minutas de reuniones relevantes.
- Informes de implementación de las intervenciones con las principales actividades realizadas en el periodo reportado.
- Documentación de todos los materiales utilizados en las intervenciones y evaluaciones, incluyendo: Notas de Concepto, Cuadros de Gannt, Presupuestos, Cuestionarios, Manuales de Encuestadores, Programas de Entrada de Datos, Manuales de Programas de Entrada de Datos, Protocolos de Investigación, Planes Operativos, Informes de Campo, Intermedios y Finales de Evaluación, y los informes y las presentaciones vinculadas a la divulgación de los resultados.
- Bases de datos de los estudios y las evaluaciones.

## **CALIFICACIONES**

Profesional con maestría o doctorado en economía u otras áreas sociales relevantes con más de 15 años de experiencia en:

- Diseño y/o implementación de programas de desarrollo social y/o protección social.
- Evaluación de procesos y/o de impacto de programas de desarrollo social y/o protección social.
- Diseño y/o implementación de procesos de recolección de datos cuantitativos y cualitativos para evaluaciones de programas de desarrollo social y/o protección social.
- Coordinación de trabajo de campo para la implementación de evaluaciones de procesos y/o de impacto de programas de desarrollo social y/o protección social.
- Análisis resultados de evaluaciones de procesos y/o de impacto de programas de desarrollo social y/o protección social.

Se espera que el(la) contractual cuente con las siguientes características:

- Excelentes habilidades de comunicación.

- Capacidad para coordinar el diálogo entre instituciones, firmas y contrapartes involucradas en las evaluaciones.
- Capacidad para trabajar independientemente con el objetivo de cumplir con planes de trabajo y cronogramas previamente definidos.
- El conocimiento y la experiencia en trabajo de campo en regiones indígenas y/o rurales de América Latina serán valorados.
- Perfecto dominio del idioma español.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTORÍA**

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Plazo Definido (DTC), mensual
- Duración del Contrato: 24 meses iniciando el 1 de Junio de 2017 y terminado el 31 de Mayo de 2019
- Lugar(es) de trabajo: Ciudad de Panamá, Panamá
- Líder de División o Coordinador: Leonardo Pinzón, Especialista en Protección Social y Salud (SPH/CPN)

**Pago y Condiciones:** La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. El Banco, en conformidad con las políticas aplicables, podrá contribuir a los gastos de viaje y mudanza. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

**Visa y permiso de trabajo:** El Banco, en conformidad con las políticas aplicables, podrá presentar la solicitud de visa a las autoridades migratorias pertinentes; sin embargo, la concesión de la visa estará a la discreción de las autoridades migratorias. No obstante, es responsabilidad del candidato obtener la visa o permiso de trabajo necesario y requerido por las autoridades del país(es) en donde serán prestados los servicios al Banco. Si un candidato no puede obtener la visa o permiso de trabajo para prestar servicios al Banco, la oferta contractual será rescindida.

**Consanguinidad:** De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

**Diversidad:** El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

## ANEXO A

### PANAMÁ

#### DIVISIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD (SCL/SPH)

**PN-T1146: Derecho a la Identidad- Registro Civil en Comarcas Indígenas y Áreas Rurales de Difícil Acceso—** “APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN DE SALUD EN LAS COMARCAS INDIGENAS DE PANAMÁ.”

#### TERMINOS DE REFERENCIA

##### Antecedentes

Establecido en 1959, el Banco Interamericano de Desarrollo (“ BID ” o “ Banco”) es la principal fuente de financiamiento para el desarrollo económico, social e institucional en América Latina y el Caribe. Proporciona préstamos, subvenciones, garantías, asesoramiento sobre políticas y asistencia técnica a los sectores público y privado de sus países prestatarios.

La literatura reciente presenta amplia evidencia sobre la importancia de que todos los ciudadanos cuenten con un registro civil de nacimiento<sup>1</sup>. [El Banco Interamericano de Desarrollo](#) (BID) ha destacado que en América Latina y el Caribe, cerca del 9% de los niños menores de 4 años no se encuentran registrados. Este subregistro alcanza 230 millones de niños en el mundo, lo que equivale a que 1 de cada 3 niños no posean ningún tipo de identificación. Un registro civil eficaz y universal permite contar con estadísticas vitales confiables y sienta las bases para la implementación de políticas sociales inclusivas, permitiendo otorgar identidad legal a todos los ciudadanos y facilitando su acceso a derechos y prestaciones básicas como la inscripción escolar, la atención en salud, el sufragio o las herencias. En Panamá el subregistro en áreas indígenas, en niños menores de 5 años alcanza el 7%, cifra muy superior al 3% de registrado nivel nacional para niños en el mismo rango de edad. Las causas del subregistro son varias y entre ellas están: las barreras geográficas, los altos índices de pobreza, la falta de oportunidades de educación, la resistencia cultural y étnica y la falta de sensibilización y prioridad política de las autoridades correspondientes.

El gobierno de Panamá ha implementado en las últimas décadas acciones dirigidas a generar mayores y mejores oportunidades para potenciar el capital humano mediante un acceso cada vez más equitativo a la oferta de servicios sociales que redunde en el bienestar de la población. Con el Proyecto de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (préstamo Nro. 2563/OC-PN con el BID) se introdujo la modalidad de pago por desempeño en las 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 población de referencia, con gestión territorial de distintos modelos de atención.

En un plazo breve, la EFC-APS ha evidenciado las ventajas de un modelo gestionado por desempeño. La introducción de la modalidad de pago por desempeño ha permitido iniciar la unificación de los servicios ofrecidos en las redes fija e itinerante. Bajo el eje de las Unidades Básicas de Atención (UBA), ha sido posible garantizar servicios a una población de referencia,

---

<sup>1</sup> Ver [Naciones Unidas](#), [Instituto Internacional de Registro y Estadísticas Vitales](#), [Organización Mundial de la Salud](#) y [UNICEF](#)

con gestión territorial, incorporando la consideración de la distancia entre la población y el centro de salud.

### **Del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud**

A partir del 2016 se viene implementando el Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (PN-L1115; 3615/OC-PN), que tiene como objetivo el mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, y contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil y de las ENT a través de una mayor cobertura y calidad de los servicios de salud.

Específicamente se busca: (i) aumentar la cobertura y consolidar redes integradas de servicios para garantizar la armonización de acciones de proveedores en el primer y segundo nivel de atención; (ii) mejorar la calidad de los servicios de salud según el ciclo de vida y con pertinencia cultural; y (iii) fortalecer la capacidad institucional y de gestión del MINSA a nivel central y regional que le permita valerse de herramientas de planeación y gestión.

Como parte del apoyo del Programa BID a la EFC-APS, se vienen desarrollando intervenciones complementarias para reducir la mortalidad materna e infantil y que abarcan todo el ciclo de vida: la preconcepción, la PF y la anticoncepción, el embarazo, el parto y el puerperio y la salud neonatal e infantil. El MINSA ha avanzado en el diseño y aprobación de estas intervenciones y está actualmente en la fase inicial de su implementación:

- Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) se configuran como una intervención operativa que ha demostrado alta efectividad, organizando la entrega de la cartera de servicios a la madre y recién nacido en tres niveles de atención de complejidad y capacidad resolutoria creciente desde la comunidad hasta los hospitales.
- El modelo de consejería en PF y anticoncepción y el modelo de cambio de comportamiento, ambos con un enfoque intercultural, se han diseñado y aprobado con el fin de aumentar la comprensión y la demanda de servicios de PF y de salud materno infantil.
- Para aumentar la atención temprana y continua del embarazo y la atención institucional del parto y del puerperio como de los recién nacidos, se diseñó un Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Neonatal (PACO). Se brindará un apoyo monetario a las mujeres para trasladarse y hacer uso de los servicios de atención prenatal, atención del parto y del puerperio con sus recién nacidos, de tal forma que los costos de transporte no limiten el acceso a estos servicios de salud<sup>2</sup>.
- Para mejorar el estado de nutrición se desarrolló: (i) la actualización de las Guías para la Atención Integral de la Salud del Niño hasta los nueve años con medidas de atención al niño enfermo. Se ha adecuado la composición del alimento fortificado complementario para niños de 6 a 24 meses, especialmente su contenido de micronutrientes; (ii) la estrategia de comunicación educativa para el cambio de conductas de alimentación infantil AIN-C se viene adecuando según las mejores prácticas internacionales con la incorporación de acciones educativas concretas sobre conductas específicas por el personal de salud en la plataforma institucional y comunitaria; y (iii) un estudio comparativo de aceptabilidad y adherencia de los micronutrientes en polvo para niños de

---

<sup>2</sup> Se ha documentado el impacto de pagos a pacientes para incentivar el uso de partos institucionales en Bangladesh y Pakistán (Nguyen et al 2012.), la demanda de servicios preventivos y materno infantiles en México (áreas urbanas) y Honduras (Glassman et al 2009). Documento de marco sectorial de salud y nutrición, BID 2014.

entre 6 y 24 meses, con el fin de evaluar la pertinencia de introducir este producto en sustitución del hierro en solución.

Estas intervenciones de probada costo-efectividad representan importantes avances para mejorar los cuidados maternos e infantiles a través de la provisión de servicios en un modelo nominalizado de atención, y es parte de la apuesta que el país viene realizando para la reducción de la mortalidad materna e infantil. El reto principal es lograr su consolidación e institucionalización con el fin de garantizar su sostenibilidad, y mejorar la cobertura de población en áreas rurales dispersas y comarcas indígenas para facilitar el registro de beneficiarios en estas zonas.

Bajo el marco del Componente 1: Ampliación de la cobertura y consolidación de las redes integradas de salud. El objetivo de este componente es aumentar la cobertura de servicios de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) de la población de áreas rurales de difícil acceso y comarcas indígenas mediante la consolidación y operación de redes integradas de servicios, la consolidación del modelo de pago per cápita y por desempeño para proveedores y el acompañamiento técnico al proceso de armonización de las acciones de los proveedores en el primer y segundo nivel de atención. Específicamente, en el Subcomponente 1.3. Consolidación de Redes Integradas en Salud. Se financiarán servicios para: (i) la elaboración de la metodología de conformación de redes de servicios de salud; (ii) la capacitación del personal de salud para la operación de las redes; (iii) la formulación de la normatividad ministerial necesaria para la conformación oficial del sistema de redes; (iv) la definición de un plan de implementación de la red de servicios de salud; y (v) la puesta en marcha de una estrategia de organización y funcionamiento de plataformas comunitarias, en una Red de Salud Rural Indígena, deonominada *Contigo*. Se financiarán incentivos a promotores y mujeres embarazadas bajo el Programa de Apoyos Comunitarios (PACO), que permitan aumentar la asistencia de mujeres embarazadas a servicios de salud y de sus partos institucionales. La mencionada intervención, requiere los servicios de un (a) contractual que apoye la implementación de estrategias específicas dirigidas a la comunidad indígena y en áreas rurales de difícil acceso.

### **Objetivo(s) de la Consultoría**

La consultoría tiene como objetivo, apoyar en la implementación de las estrategias y herramientas que contribuyen a incrementar el acceso, la cobertura y calidad de los servicios de salud materno-infantil, en las comarcas indígenas. El contractual apoyara la implementación de la Estrategia *Contigo* Red de Salud Rural Indígena, abarcando: 1) servicios de promoción y prevención de salud Materno-Infantil; 2) el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno-Infantil (PACO); 3) el Programa NutriVidas y otras intervenciones de nutrición; 4) la Estrategia de Casas Maternas, Albergues; 5) el Plan de Parto; 6) el Plan de Agua; entre otras.

### **Actividades Principales**

El candidato seleccionado deberá:

1. Brindar conocimiento acerca del sistema de salud de Panamá y del sector salud en particular en las áreas de implementación (comarcas indígenas y adyacentes).
2. Elaborar como parte de su primer producto un boceto de plan de trabajo de la consultoría (una tabla en hoja de cálculo) acerca de los avances esperados en cada una de las estrategias mencionadas en función de los Planes de Implementación existentes de las mismas. Si no lo hubiere disponible para alguna estrategia elaborar una estimación del

avance esperado en la estrategia respectiva en el marco del plazo de duración de la presente consultoría.

3. Conocer y apoyar con la difusión de los indicadores y productos esperados en cada una de las operaciones que financia el Banco, con especial énfasis los indicadores de las operaciones PN-T1152, PN-G1004 y PN-L1115
4. Apoyar a las comarcas de Gunayala y Embera-Wounaan, en la Provincia de Darién y direcciones de salud respectivas en la implementación de cada una de las estrategias.
5. Verificar que las estrategias se apliquen correcta y oportunamente, sobre todo incluyendo el componente de enfoque intercultural en el territorio respectivo, apoyando en el proceso de reflexión – decisión – acción para las mejores y más pertinentes adecuaciones.
6. Contribuir para que los insumos, materiales, herramientas y afines requeridas para la implementación de cada una de las estrategias se encuentren disponibles de manera oportuna.
7. Identificar e informar las dificultades y nudos críticos que se encuentren en los procesos de implementación de cada una de las estrategias, proponiendo recomendaciones o alternativas de soluciones concretas y viables.
8. Mantener un dialogo constante y fluido con la comunidad y sus interlocutores, como con los actores de salud institucionales, para identificar las fortalezas y debilidades sistematizadas, así como amenazas y oportunidades en el proceso de implementación de las estrategias.
9. Servir como punto de referencia y enlace para canalizar las consultas que puedan surgir respecto a la implementación de las estrategias.
10. Reportar periódicamente los avances observados en la implementación de cada una de las estrategias en las comarcas indígenas de Gunayala y Embera-Wounaan y las áreas rurales dispersas de Panamá, contrastándolos con los Planes de Implementación de cada una de las estrategias en mención.
11. Realizar un viaje por mes a las comarcas indígenas de las áreas de implementación efectiva para elaborar de manera sustentada los productos de seguimiento respecto a la implementación de las intervenciones de Contigo.

## **Informes / Entregables**

1. Producto 1: Consolidación de todo el material y herramientas de Contigo Red de Salud Rural e Indígena para la página Web del MINSA.
2. Producto 2: Consolidación de todas las especificaciones técnicas para la adquisición de bienes, servicios y planificación de las formaciones para la implementación de las intervenciones de Contigo Red de Salud Rural e Indígena.
3. Producto 3: Presentación de Contigo Red de Salud Rural e Indígena a los Congresos Indígenas de las 3 Comarcas Indígenas beneficiarias del proyecto.
4. Producto 4: 80% de las Comunidades de Guna Yala con las intervenciones de Contigo en campo incluyendo el modelo en consejería en planificación familiar, la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales (casas maternas, PACO, Plan de Parto, Cambio de comportamiento), el Programa Nutrividias y los Planes de Agua.
5. Producto 5: 80% de las Comunidades en Embera Wuonaan con las intervenciones de Contigo en campo incluyendo el modelo en consejería en planificación familiar, la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales (casas maternas, PACO, Plan de Parto, Cambio de comportamiento), el Programa Nutrividias y los Planes de Agua.

La entrega de productos se realizará de acuerdo al siguiente cronograma:

Número	Productos	Fecha de entrega 1/
1	Producto N° 1	A los cinco (5) días de la firma de contrato
2	Producto N° 2	A los cincuenta y cinco (55) días
3	Producto N° 3	A los ciento y cinco (105) días
4	Producto N° 4	A los ciento cincuenta y cinco (155) días
5	Producto N° 5	A los doscientos (200) días

1/ a partir de la fecha de inicio del contrato.

### Cronograma de Pagos

El pago de la consultoría se realizará a la entrega a satisfacción de los productos esperados de acuerdo con lo presentado en el siguiente cuadro:

Pago	Producto	Porcentaje del valor del contrato
1	Uno (1)	20%
2	Dos (2)	20%
3	Tres (3)	20%
4	Cuatro (4)	20%
5	Quinto (5)	20%

### Calificaciones

- **Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional:** al menos de licenciatura en economía, desarrollo social, gerencia de servicios de salud o áreas relacionadas, con un mínimo de 10 años de experiencia asociada en la formulación, elaboración, seguimiento, ejecución, evaluación y administración de proyectos dirigidos hacia las comunidades indígenas o áreas rurales dispersas.
- **Idiomas:** español y una lengua indígena en Panamá
- **Áreas de Especialización:** Conocimiento de las regiones de salud y de las comarcas indígenas.
- **Habilidades:** Trabajar en equipo y asumir desafíos.

### Características de la Consultoría

- **Categoría y Modalidad de la Consultoría:** Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada
- **Duración del Contrato:** 200 días en una duración de diez (10) meses iniciando el 1 de junio de 2017 y terminado el 31 de marzo de 2018. El contrato al menos incluirá diez (10) viajes a cada comarca indígena (Guna Yala y Embera.Wounaan) de cinco (5) días de duración cada uno.
- **Lugar(es) de trabajo:** Consultoría Externa.
- **Líder de División o Coordinador:** Leonardo Pinzón, Especialista en la División de Protección Social y Salud (SCL/SPH).

**Pago y Condiciones:** La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

**Consanguinidad:** De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

**Diversidad:** El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afro descendientes y a personas de origen indígena.

## **ANEXO A**

### **PANAMÁ**

#### **DIVISIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD**

##### **PN-T1146: Derecho a la Identidad- Registro Civil en Comarcas Indígenas y Áreas Rurales de Difícil Acceso**

##### **ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL PROYECTO DE MEJORAMIENTO DEL SIREGES- Analista de Base de Datos SIREGES**

### **TERMINOS DE REFERENCIA**

#### **Antecedentes**

Establecido en 1959, el Banco Interamericano de Desarrollo (" BID " o " Banco") es la principal fuente de financiamiento para el desarrollo económico, social e institucional en América Latina y el Caribe. Proporciona préstamos, subvenciones, garantías, asesoramiento sobre políticas y asistencia técnica a los sectores público y privado de sus países prestatarios.

La literatura reciente presenta amplia evidencia sobre la importancia de que todos los ciudadanos cuenten con un registro civil de nacimiento<sup>1</sup>. [El Banco Interamericano de Desarrollo](#) (BID) ha destacado que en América Latina y el Caribe, cerca del 9% de los niños menores de 4 años no se encuentran registrados. Este subregistro alcanza 230 millones de niños en el mundo, lo que equivale a que 1 de cada 3 niños no posean ningún tipo de identificación. Un registro civil eficaz y universal permite contar con estadísticas vitales confiables y sienta las bases para la implementación de políticas sociales inclusivas, permitiendo otorgar identidad legal a todos los ciudadanos y facilitando su acceso a derechos y prestaciones básicas como la inscripción escolar, la atención en salud, el sufragio o las herencias. En Panamá el subregistro en áreas indígenas, en niños menores de 5 años alcanza el 7%, cifra muy superior al 3% de registrado nivel nacional para niños en el mismo rango de edad. Las causas del subregistro son varias y entre ellas están: las barreras geográficas, los altos índices de pobreza, la falta de oportunidades de educación, la resistencia cultural y étnica y la falta de sensibilización y prioridad política de las autoridades correspondientes.

El gobierno de Panamá ha implementado en las últimas décadas acciones dirigidas a generar mayores y mejores oportunidades para potenciar el capital humano mediante un acceso cada vez más equitativo a la oferta de servicios sociales que redunde en el bienestar de la población. Con el Proyecto de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (préstamo Nro. 2563/OC-PN con el BID) se introdujo la modalidad de pago por desempeño en las 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 población de referencia, con gestión territorial de distintos modelos de atención.

En un plazo breve, la EFC-APS ha evidenciado las ventajas de un modelo gestionado por desempeño. La introducción de la modalidad de pago por desempeño ha permitido

---

<sup>1</sup> Ver [Naciones Unidas](#), [Instituto Internacional de Registro y Estadísticas Vitales](#), [Organización Mundial de la Salud](#) y [UNICEF](#)

iniciar la unificación de los servicios ofrecidos en las redes fija e itinerante. Bajo el eje de las Unidades Básicas de Atención (UBA), ha sido posible garantizar servicios a una población de referencia, con gestión territorial, incorporando la consideración de la distancia entre la población y el centro de salud.

Como herramienta fundamental para la implementación de la EFC-APS, desde el 2013 se lanzó en funcionamiento el Sistema de Información de Registro Estadísticos de Salud, SIREGES, con el objetivo de registrar la información producida dentro de las actividades que desarrolla la estrategia de extensión de coberturas, a través del Ministerio de Salud de Panamá. Este sistema está en operación desde esa fecha hasta la actualidad y se encuentra instalado en más de 50 sitios remotos a nivel nacional dentro de la República de Panamá. El SIREGES está orientado al registro de la información general de la población beneficiaria y los servicios ofertados por parte de los proveedores de la cartera de servicios de la estrategia. La información es almacenada en bases de datos individuales por proveedores de servicios tanto públicos como externos.

La herramienta informática SIREGES utiliza como herramienta de desarrollo las tecnologías basadas en Microsoft.Net. La plataforma .NET de Microsoft es un componente de software que puede ser añadido al sistema operativo Windows. La versión usada es el Microsoft.Net Framework 3.0.



**Arquitectura Tecnológica del SIREGES**

Como motor de almacenamiento de los datos se utiliza como plataforma de base de datos el Microsoft SQL Server 2008 R2. Microsoft SQL Server es un sistema para la gestión de bases de datos producido por Microsoft basado en el modelo relacional y que comprende un servidor de base de datos así como otros productos de análisis de datos, transformación de datos y servidor de reportes.

El sistema SIREGES es un sistema orientado al seguimiento de las actividades de Salud que se les brindan a los beneficiarios o pacientes registrados dentro de su base de datos. La información que se genere en campo, a través de las actividades de los equipos de salud y que son captadas en el sistema permite generar información para diferentes tipos de usuarios, los cuales las utilizarán para diferentes fines de acuerdo a sus necesidades.

La herramienta SIREGES fue elaborada sobre la base de una herramienta integrada que trabaja sobre bases de datos individuales de grupos poblacionales independientes. Esta estructura es conocida como sistema de base de datos distribuidos. Estas bases de datos

en su mayoría están separadas geográficamente. Este lo podemos apreciar en el diagrama inferior que muestra cómo se representan las bases de datos de las regiones de Salud que conforman el Ministerio de Salud. La herramienta SIREGES fue elaborada sobre la base de una herramienta integrada que trabaja sobre bases de datos individuales de grupos poblacionales independientes. Esta estructura es conocida como sistema de base de datos distribuidos. Estas bases de datos en su mayoría están separadas geográficamente. Este lo podemos apreciar en el diagrama inferior que muestra cómo se representan las bases de datos de las regiones de Salud que conforman el Ministerio de Salud.

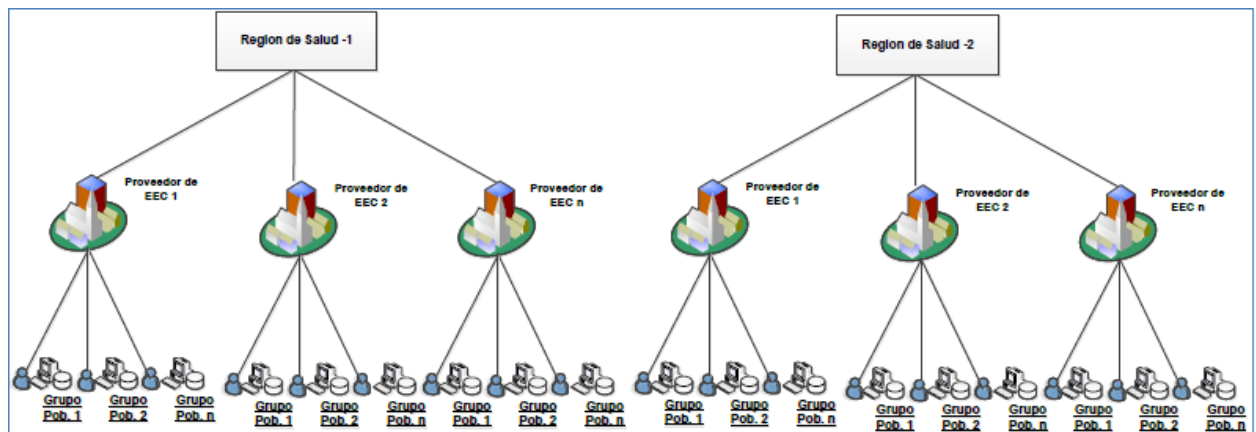


Figura 1: Esquema de distribución de bases de datos de grupos poblacionales

Como podemos apreciar en la figura 1, las regiones de salud pueden tener varios proveedores, los cuales a su vez mantienen distintos grupos poblacionales. Cada grupo poblacional mantiene una base de datos individual.

Estas bases de datos individuales contienen la siguiente información relevante:

1. Distribución geográfica del grupo: La distribución geográfica indica las comunidades que son parte del grupo poblacional, de que parte del país forman parte de acuerdo a la distribución geo política de Panamá. La distribución está distribuida en provincia, distrito, corregimiento y comunidad. Aparte de esto, todas las comunidades son asignadas a un grupo poblacional.
2. Beneficiarios: los beneficiarios son registrados de acuerdo a su comunidad de residencia en cada base de datos, y se debe indicar en cada ficha personal los datos de provincia, distrito, corregimiento y comunidad de residencia de la persona.
3. Servicios prestados: las bases de datos contienen los servicios de la CPP que recibieron los beneficiarios durante las rondas de atención.

Este esquema de almacenamiento distribuido genera una serie de limitaciones que causa ineficiencias para el USGAF y el Ministerio de Salud. Por ejemplo, no existe una manera oportuna ni sistemática para obtener reportes para evaluación de los rondas, una acción crítica para pagar los proveedores de salud, monitorear y evaluar su desempeño.

Desde 2016, con la aprobación del programa 3615/OC-PN Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud, se ha venido trabajando en una estrategia para el mejoramiento del SIREGES. En una primera fase de mejoras al SIREGES, está previsto el desarrollo de ajustes a la base de datos local y central del SIREGES, ajustes a la interfaz local del SIREGES, y el desarrollo del Web SIREGES, con el fin de: (1) facilitar la obtención oportuna de un padrón unificado de beneficiarios; (2) automatizar la depuración de la base de datos central de beneficiarios; (3) automatizar y mejorar la fiabilidad del cálculo de indicadores de evaluación; (4) visualizar la

información para mejorar la gestión de la Estrategia; y (6) mejorar la protección de los datos de los beneficiarios de la Estrategia.

## Descripción del producto

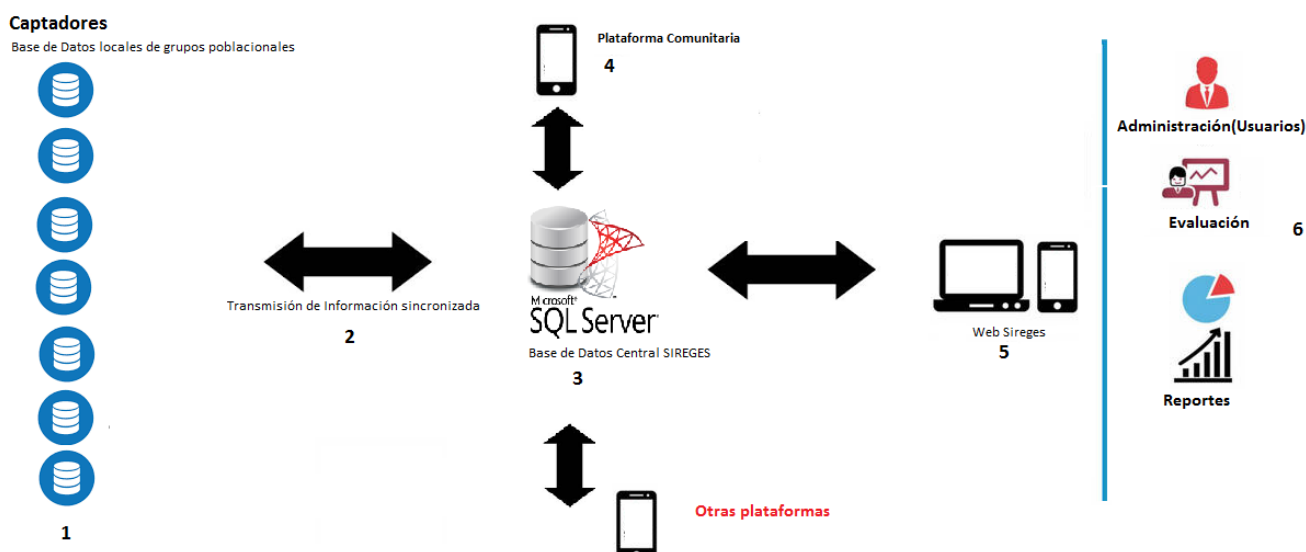
La primera fase de mejoras al SIREGES contempla:

- Ajustes a la Base de Datos Local y Central del SIREGES, a la interfaz Local del SIREGES, y el desarrollo del Web SIREGES, para **facilitar la obtención oportuna de un padrón unificado de beneficiarios**
- Ajustes a la Base de Datos Local y Central del SIREGES, y a la interfaz Local del SIREGES para **automatizar la depuración del base de datos central de beneficiarios**, a través del desarrollo de filtros a nivel de la captura de datos para reducir los posibles errores en el ingreso de información, y evitar al momento del envío de información y su sincronización errores y duplicación de beneficiarios
- El desarrollo del Web SIREGES para facilitar
  - En el módulo de Evaluación: la **automatización y el mejoramiento de la fiabilidad del cálculo** de los indicadores que se usan para la evaluación de cobertura y desempeño de prestadores
  - En el módulo de Reportes automatizados: la **visualización de información para mejorar la gestión de la Estrategia**
  - En el módulo de Administración (usuarios): la **protección de los datos de los beneficiarios**

## Requisitos del producto

### 3.1 Arquitectura General de SIREGES

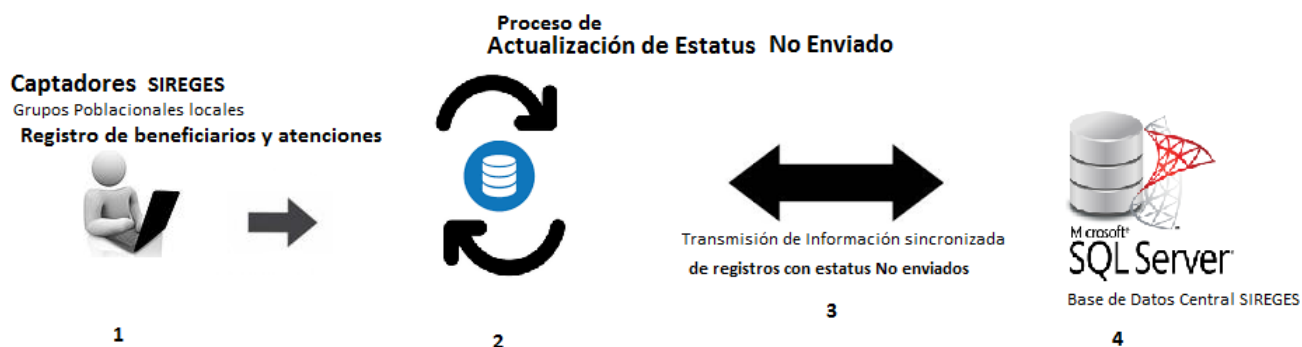
A continuación mostraremos el diagrama y seguidamente detallaremos en término generales la arquitectura de SIREGES.



1. En esta primera fase de mejoras al SIREGES, la información sobre el registro de atención de los beneficiarios de cada Grupo Poblacional (GP) será almacenada en la BD SQL local del SIREGES, que está instalada en la PC de

- los prestadores. Para el ingreso de la información a la BD local, la interfaz del SIREGES local seguirá y verificará automáticamente el cumplimiento de algunas de las reglas de ingreso definidas (Manual de Usuario del Sistema y Reglamento Operativo, Contrato) para garantizar la fiabilidad y calidad del Padrón de Beneficiarios.
2. La sincronización (envío y recepción) de la información de los Beneficiarios (EEC, Plataforma comunitaria, otras plataformas) almacenado en el SIREGES Local, se realizará de dos maneras: a) Sincronización Automática: cuando el SIREGES Local detecta que tiene conectividad (acceso a internet y permiso para acceder a la BD Central) se producirá de manera automática la sincronización (envío o recepción) de la información relacionada a los beneficiarios; b) Sincronización Manual: si el prestador no tiene conexión a internet la información sobre los beneficiarios se almacenará igual en la base de datos local y en el momento que el prestador busque conectividad a internet y quiera sincronizar lo podrá hacer de forma manual. Durante el proceso de sincronización el sistema realizará la identificación y depuración de duplicaciones, e identificación de datos erróneos, de forma que podamos obtener un padrón de beneficiarios depurado.
  3. La Base de Datos Central de SIREGES almacenará toda la información de los diferentes grupos poblacionales. De igual forma se integrará la información recolectada de la plataforma comunitaria.
  4. La Plataforma Comunitaria podrá enviar y recibir información, relacionada a los beneficiarios de los diferentes grupos poblacionales, desde la base de datos local del móvil o la tablet. Esta plataforma podrá realizar consultas a la BD Central del SIREGES y realizar nuevos registros o recuperar registros de identificación de los beneficiarios y cumplimentar o completar el censo de beneficiarios unificado, así como el registro de acciones puntuales que desarrolla este programa.
  5. Se desarrollará en esta etapa el Web SIREGES para facilitar: (1) en el módulo de Evaluación: la **automatización y el mejoramiento de la fiabilidad del cálculo** de los indicadores que se usan para la evaluación de cobertura y desempeño de prestadores; (2) en el módulo de Reportes automatizados: la **visualización de información para mejorar la gestión de la Estrategia**; (3) en el módulo de Administración (usuarios): la **protección de los datos de los beneficiarios**

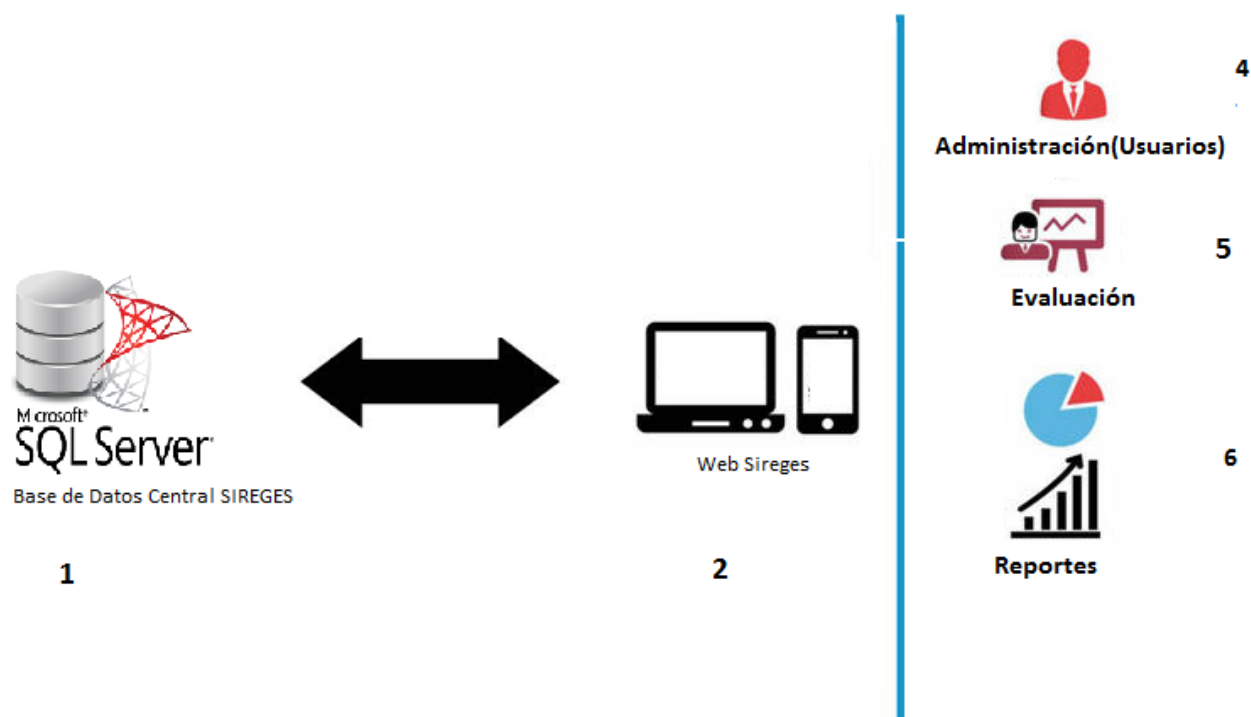
### 3.2 Proceso de sincronización en SIREGES



La sincronización será controlada por la aplicación local. En el momento en que el prestador realice un ingreso nuevo o una actualización de un beneficiario o atención se disparará el proceso interno de sincronización de la siguiente manera:

1. Cuando un prestador inserte o actualice registros por medio del SIREGES local, se activará un proceso automático que identificará los registros pendientes de sincronizar a la Base de Datos Central. Es decir se modificará la aplicación local para que evalúe periódicamente si hay conexión con la BD Central, en cuyo caso la sincronización se iniciaría. También podrá dispararse este proceso manualmente desde la aplicación caso el prestador no tenga conexión con la BD central.
2. El proceso de sincronización a nivel de Base de datos se realizará por medio de los disparadores (Trigger) con el fin de no afectar el código de la aplicación de SIREGES y el tiempo de programación.
3. En el proceso de sincronización se realizará la validación y verificación de la información sobre los beneficiarios y de las atenciones que hayan sido realizadas. Las políticas de sincronización serán definidas de la siguiente forma: a) envío de información desde la plataforma local a la BD Central, b) recepción de información en la BD local de la información de la BD Central. Se desarrollará una tabla donde se registren las actualizaciones o sincronizaciones de la BD Central.
4. Finalmente la información que se sincronice se almacenará en su totalidad en la Base de Datos Central para poder finalmente ejecutar los procesos de: evaluación, captura online de la atención, gestión del padrón de beneficiarios, gestión de la administración de usuarios, generación de reportes y consultas on line.

### 3.3 SIREGES WEB



A continuación se detalla el desarrollo de SIREGES Web:

1. La plataforma de SIREGES vía web se desarrollara teniendo en cuenta los módulos prioritarios que han sido identificados hasta el momento: Administración, Evaluación, y Reportes.

2. La Plataforma SIREGES WEB permitirá realizar consultas a los módulos 4, 5, 6. Las funcionalidades de estos módulos se describieron a grandes rasgos a continuación:
  - a. Módulo de Administración: se desarrollarán las diferentes opciones de seguridad, administración de usuarios y bitácora de sincronización.
  - b. Módulo de Evaluación: se desarrollará la Evaluación de Rondas y Semestrales de forma automatizada y consistente.
  - c. Módulo de Reportes: se desarrollará un módulo de reportes dinámico, el cual permitirá crear las diferentes salidas de acuerdo al tipo de tablas existente dentro de la Base de Datos de SIREGES. Los reportes incluyen información visual respecto a: (1) la frecuencia de sincronización de datos de proveedores; (2) el estado de entrega de los informes de ronda y semestrales al nivel de prestador y MINSA Regional; (3) el estado del análisis y revisión de los indicadores de cobertura y desempeño al nivel del MINSA Central; (4) el cumplimiento de los indicadores de cobertura y desempeño, por proveedor y GP; (5) reportes respecto al gestión del padrón de beneficiarios (altas, bajas).

Debido que éstas bases de datos sirve varios fines, por ejemplo, evaluación de desempeño de los proveedores y popular la herramienta eTAB, el USGAF ha creado un listado de requerimientos adiciones para la herramienta de consolidación. Para la implementación de la primera fase de mejoras al SIREGES, se requiere los servicios de un contractual para revisar las reglas de consolidación y creación de base de datos para reflejar los requerimientos actuales del USGAF y el Ministerio de Salud.

### **Objetivo(s) de la Consultoría**

La consultoría consiste en el desarrollo de las adecuaciones de la Base de Datos Central de SIREGES para atender las necesidades de sincronización, validación de duplicaciones, detección de errores, introducción de nuevos variables, y adecuaciones de la base de datos local para que funcione de manera centralizada.

El objetivo principal de la consultoría es proporcionar servicios de análisis de base datos para revisar, desarrollar y actualizar la Base de Datos Central de SIREGES.

Objetivos específicos de la consultoría: Revisar la Base de Datos Central de SIREGES; Revisar los requerimientos de la UGSAF para definir los ajustes de la herramienta; implementar ajustes; revisión de resultados.

### **Actividades Principales**

El contractual debe realizarse las siguientes actividades:

1. Desarrollo de adecuaciones a la base de datos central para el proceso de sincronización
2. Desarrollo de adecuaciones a la base de datos central para el proceso de validación de duplicaciones y detección de errores
3. Desarrollo de adecuaciones a la base de datos central para la introducción de nuevos variables
4. Desarrollo e implementación de adecuaciones a la base de datos local de SIREGES para que funcione de manera centralizada

5. Reunirse con las contrapartes técnicas e informáticos de la UGSAF y Ministerio de Salud para recibir y validar el alcance de las especificaciones a los requerimientos que han sido identificado (ver documento Excel)
6. Elaborar y entregar reporte semanal de sus entregables funcionales
7. Documentar y entregar las evidencias de las pruebas funcionales del requerimiento asignado
8. Proveer los códigos fuentes desarrollados y documentados para facilitar la integración en SIREGES.
9. Desarrollar Diccionario de Datos de la Base de Datos Central

## **Informes / Entregables**

El consultor deberá generar los siguientes productos:

1. Base de Datos del SIREGES Central, adecuado
2. Desarrollo del Web Service para la sincronización del SIREGES
3. Reporte de resultados de la primera prueba exitosa del módulo de sincronización del SIREGES local online y offline, realizados en situ (instalaciones del MINSA Panamá Oeste), incluyendo los códigos fuentes desarrollados con su documentación respectiva. Para ser exitosa, la prueba debe sincronizar múltiples bases de datos locales.
4. Reporte de resultados de la segunda prueba exitosa del módulo de sincronización del SIREGES local online y offline, realizados en situ (instalaciones del MINSA Panamá Oeste), incluyendo los códigos fuentes desarrollados con su documentación respectiva. Para ser exitosa, la prueba debe sincronizar múltiples bases de datos locales, detectar errores, detectar duplicaciones en la base de datos central.
5. Diccionario de Datos de la Base de Datos Central

## **Cronograma de Pagos**

Los pagos se realizaran de la siguiente manera:

- 20% a la entrega del Producto 1
- 30% a la entrega del Producto 2
- 20% a la entrega del Producto 3
- 20% a la entrega del Producto 4
- 10% a la entrega del Producto 5

## **Calificaciones**

Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Licenciatura en Desarrollo de Software. Especialización en desarrollo de software y Base de Datos. Experiencia con estadísticas de la salud. Se valora el conocimiento del Sistema SIREGES

- Idiomas: Español

Áreas de Especialización: Especializado en análisis, diseño y desarrollo de sistemas de información en salud (o en sectores sociales), con formación base en Ing. en Sistemas Computacionales. Debe tener sólidos conocimientos y experiencia comprobable en el desarrollo de aplicaciones Visual Basic 6.0, .Net. Indispensable experiencia en todas las siguientes tecnologías: SQL Server 2008 R2, Net Framework 4.1. Experiencias en los siguientes tecnologías está valorado positivamente: JQuery, MySQL, AJAX, JSON/XML, Javascript, CSS3, HTML5, SQL Lite Base de Datos; Experiencia desarrollando sobre infraestructura en la nube

(Amazon AWS, App Engine, Datastore), conocimiento de repositorios de código abierto (GitHub), Programación Orientada a Objetos, conocimiento previo de los conceptos de Scrum y procesos de desarrollo de software, aplicaciones publicadas o Prototipos funcionales.

### **Características de la Consultoría**

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada
- Duración del Contrato: 60 días no continuos en un plazo de 3 meses, con 3 viajes de 5 días cada uno
- Lugar(es) de trabajo: Consultoría Externa
- Líder de División o Coordinador: Leonardo Pinzón, Especialista en Protección Social y Salud

**Pago y Condiciones:** La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

**Consanguinidad:** De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

**Diversidad:** El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

**PLAN DE ADQUISICIONES DE COOPERACIONES TÉCNICAS NO REEMBOLSABLES**

País: PANAMA Agencia Ejecutora (AE): BID Sector Público: o Privado: Público

Número del Proyecto: PN-T1179 Nombre del Proyecto: Apoyo al diseño de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Período del Plan: 36 meses

Monto límite para revisión ex post de adquisiciones: Bienes y servicios (monto en U\$S):\_ \$ - Consultorias (monto en U\$S):\_ \$ 200,000.00

Nº Item	Ref. POA	Descripción de las adquisiciones (1)	Costo estimado de la Adquisición (US\$)	Método de Adquisición (2)	Revisión de adquisiciones (Ex-ante o Ex-Post) (3)	Fuente de Financiamiento y porcentaje		Fecha estimada del Anuncio de Adquisición o del Inicio de la contratación	Revisión técnica del JEP (4)	Comentarios
						BID/MIF %	Local / Otro %			
1		<b>Componente 1: Optimización del modelo de pago por resultados de Contigo</b>	<b>95,000.00</b>							
		<b>Consultorías Individuales</b>								
1.1		Asistencia técnica para la optimización del modelo de pago por resultados de Contigo	\$ 10,000.00	CCIN	Ex-post	100%	0%	1 de octubre de 2017	N/A	
1.2		Estudio de actualización de los costos per cápita de la provisión de servicios de Contigo	\$ 75,000.00	CCIN	Ex-post	100%	0%	1 de octubre de 2017	N/A	
1.3		Asistencia técnica para la actualización del Reglamento Operativo de Contigo	\$ 10,000.00	CCIN	Ex-post	100%	0%	1 de octubre de 2017	N/A	
2		<b>Componente 2: Desarrollo, implementación y supervisión de las herramientas integradas de Contigo</b>	<b>\$ 76,000.00</b>							
		<b>Consultorías Individuales</b>								
2.1		Asistencia técnica para gestionar la integración de normas, estrategias, intervenciones y herramientas, y para desarrollar y aprobar el Plan Estratégico de Implementación de Contigo con sus respectivos Planes de Bienes y Servicios, Procesos de Formación y Sistemas de Información	\$ 76,000.00	CCIN	Ex-post	100%	0%	1 de octubre de 2017	N/A	
3		<b>Componente 3: Optimización del Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES)</b>	<b>\$ 29,000.00</b>							
		<b>Consultorías Individuales</b>								
3.1		Asistencia técnica para desarrollar y programar el software del SIREGES y la documentación de respaldo con guías y manuales de usuario y diccionario de bases de datos. Contempla el desarrollo de (i) una base de datos central; (ii) bases de datos locales y aplicación móvil con mecanismos de sincronización sistemática con la base de datos central integrada; y (iii) funcionalidad web que facilita el acceso y la sincronización de todas las bases de datos	\$ 29,000.00	CCIN	Ex-post	100%	0%	1 de octubre de 2017	N/A	
<b>Total</b>			<b>\$ 200,000.00</b>	<b>Preparado por:</b>			<b>Fecha:</b>			

<sup>(1)</sup> Se recomienda el agrupamiento de adquisiciones de naturaleza similar tales como equipos informáticos, mobiliario, publicaciones, pasajes, etc. Si hubiesen grupos de contratos individuales similares que van a ser ejecutados en distintos períodos, éstos pueden incluirse agrupados bajo un solo rubro con una explicación en la columna de comentarios indicando el valor promedio individual y el período durante el cual serían ejecutados. Por ejemplo: En un proyecto de promoción de exportaciones que incluye viajes para participar en ferias, se pondría un ítem que diría "Pasajes aéreos Ferias", el valor total estimado en US\$ 5 mil y una explicación en la columna Comentarios: "Este es un agrupamiento de aproximadamente 4 pasajes para participar en ferias de la región durante el año X y X1.

Nº Item	Ref. POA	Descripción de las adquisiciones (1)	Costo estimado de la Adquisición (US\$)	Método de Adquisición (2)	Revisión de adquisiciones (Ex-ante o Ex-Post) (3)	Fuente de Financiamiento y porcentaje		Fecha estimada del Anuncio de Adquisición o del Inicio de la contratación	Revisión técnica del JEP (4)	Comentarios
						BID/MIF %	Local / Otro %			
<sup>(2)</sup> <b>Bienes y Obras:</b> LP: Licitación Pública; CP: Comparación de Precios; CD: Contratación Directa.										
<sup>(2)</sup> <b>Firmas de consultoría:</b> SCC: Selección Basada en la Calificación de los Consultores; SBCC: Selección Basada en Calidad y Costo; SBMC: Selección Basada en el Menor Costo; SBPF: Selección Basada en Presupuesto Fijo. SD: Selección Directa; SBC: Selección Basada en Calidad										
<sup>(2)</sup> <b>Consultores Individuales:</b> CCIN: Selección basada en la Comparación de Calificaciones Consultor Individual ; SD: Selección Directa.										
<sup>(3)</sup> <b>Revisión ex-ante/ ex-post.</b> En general, dependiendo de la capacidad institucional y el nivel de riesgo asociados a las adquisiciones la modalidad estándar es revisión ex-post. Para procesos críticos o complejos podrá establecerse la revisión ex-ante.										
<b>Revisión técnica:</b> Esta columna será utilizada por el JEP para definir aquellas adquisiciones que considere "críticas" o "complejas" que requieran la revision ex ante de los terminos de referencia, especificaciones técnicas, informes, productos, u otros.										