

REPÚBLICA DE PANAMA

MINISTERIO DE SALUD

INICIATIVA SALUD MESOAMÉRICA

Convenio Marco BID Convenio Individual de Financiamiento No
Reembolsable GRT/HE-13116-PN y GRT/HE-13117-PN Componente 2.
Aumento de la demanda de servicios de salud materno-infantil

Subcomponente 2.3 Implementación de esquemas de incentivos para la
inducción de la demanda de servicios materno-infantil

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA
IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS COMUNITARIOS

DISEÑO DE APOYOS COMUNITARIOS

El presente documento fue elaborado por un equipo conformado por representantes del Ministerio de Salud de Panamá (MINSA) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con la coordinación y producción de los consultores Luisa Manosalva y Carlos Alviar. Se reconoce también la colaboración del consultor Raúl Sánchez.

Por parte del MINSA:

- Dr. Dr. Alex Gonzales (UGSAF)
- Dra. Tania Chung (UGSAF)
- Dra. María Victoria de Crespo (DGPSS)
- Lic. Eira de Caballero (DGPSS)
- Lic. Yenny Carrasco (DGPSS)
- Lic. Odalis Sinisterra (DGPSS)

Por parte del BID:

- Leonardo Pinzón (SCL/SPH)
- Sebastián Martínez (SPD/SDV)
- Paloma Acevedo (SPD/SDV)

Contenido

CAPITULO 1. INTRODUCCION	9
CAPTITULO 2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYOS COMUNITARIOS A LA SALUD MATERNO INFANTIL	11
2.1 Objetivos del Programa de Apoyos Comunitarios	15
2.2 Área de Cobertura	15
2.3 Población destinataria de apoyos comunitarios	16
2.4 Componentes del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil	19
2.5 Elementos que conforman el PACO.....	21
CAPITULO 3. ESTRUCTURA DE LOS APOYOS COMUNITARIOS Y METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE VALORES DIRIGIDOS A LAS MUJERES EMBARAZADAS....	25
3.1. Estructura de los apoyos comunitarios dirigidos a mujeres embarazadas..	25
3.2 Metodología para el cálculo de valores de los apoyos comunitarios dirigidos a mujeres embarazadas	30
CAPITULO 4. ESTRUCTURA DE LOS APOYOS COMUNITARIOS Y METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE VALORES DIRIGIDOS A PROMOTORES VOLUNTARIOS DE SALUD	35
4.1 Apoyos Comunitarios dirigidos a Promotores Voluntarios de Salud	36
4.2 Metodología para el cálculo de valores de los apoyos comunitarios dirigidos a los Promotores Voluntarios de Salud	38
CAPITULO 5. ESTRUCTURA DE APOYOS COMUNITARIOS Y METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE VALORES BRINDADOS A TRAVÉS DE FONDOS COMUNITARIOS	46
5.1Estructura de apoyos comunitarios a través de fondos comunitarios	46
5.2 Metodología para el cálculo de valores de los apoyos comunitarios a través de fondos comunitarios.....	50
CAPITULO 6. ESTRUCTURA DE LOS APOYOS COMUNITARIOS Y METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE VALORES DIRIGIDOS A MONITORAS AIN-C.....	58
6.1 Estructura de los Apoyos Comunitarios dirigidos a Monitoras AIN-C.....	58
6.2. Metodología para el cálculo de valores de apoyos comunitarios dirigidos a las Monitoras AIN-C	60
CAPITULO 7. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN	66
7.1. Monitoreo y supervisión	66

7.2 Evaluación.....	71
7.3. Monitoreo y supervisión del Fondo Comunitario	72
CAPITULO 8. SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA DE APOYOS COMUNITARIOS A LA SALUD MATERNO INFANTIL	75

GLOSARIO

AIN – C: Atención Integral a la niñez en la comunidad

CCPPT: Comité Comunitario para plan de parto y traslado

CONE BÁSICO: Cuidados obstétricos neonatales esenciales básico

CONE Completo: Cuidados obstétricos y neonatales esenciales completo

CODIPRO: Comité Directivo del Programa

DIPLAN: Dirección de Planificación

DF: Dirección Financiera

DPSS: Dirección de Provisión de Servicios

DRS: Dirección Regional de Salud

EBS: Equipo Básico de Salud

EEC: Estrategia de Extensión de Cobertura

EC: Equipo Comunitario de Salud

ISM: Iniciativa Salud Mesoamérica

MINSA: Ministerio de Salud

PACO: Programa de Apoyos Comunitarios a la salud materno infantil

SIREGES: Sistema de registro estadístico de salud

UBA: Unidad Básica de Atención

UGSAF: Unidad de Gestión de Salud Administrativa y Financiera

APENDICES

Apéndice 1. Integralidad entre los componentes del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil

Apéndice 2. Administración de recursos y operatividad del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil

Apéndice 3. Variables e indicadores para monitoreo

Apéndice 4. Fondos Comunitarios

Apéndice 5. Ajustes y Recomendaciones para el Programa de Apoyos Comunitarios

Apéndice 6. Información del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil en el sistema de información SIREGES

FLUJOGRAMAS

Flujograma 1. Proceso Promotores Voluntarios de Salud

Flujograma 2. Proceso Monitoras AIN-C

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Tipo de Bonos

Tabla 2. Controles prenatales por edad gestacional y recurso de preferencia

Tabla 3. Valores a pagar por Apoyos Comunitarios dirigidos a mujeres embarazadas

Tabla 4. Resumen por tipo de bonos

Tabla 5. Cantidad de Promotores Voluntarios por Comarca

Tabla 6. Valor a pagar por las actividades objeto de apoyos comunitarios – Promotores Voluntarios de Salud

Tabla 7. Valores a pagar según indicador para Fondos Comunitarios

Tabla 8. Cantidad de Monitoras AIN-C por Comarca

Tabla 9. Valor a pagar por las actividades objeto de apoyos comunitarios – Monitoras AIN-C

Tabla 10. Roles de los actores involucrados en el proceso de apoyos comunitarios a Promotores Voluntarios de Salud

Tabla 11. Roles de los actores involucrados en el proceso de apoyos comunitarios a Monitoras AIN-C

CONTENIDO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Estructura Operativa del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil

Gráfica 2. Apoyos comunitarios para mujeres embarazadas

Gráfica 3. Descripción del Fondo Comunitario

Gráfica 4. Componentes del Programa

Gráfica 5. Elementos que componen el Programa

Gráfica 6. Temporalidad de la Intervención dirigida a mujeres embarazadas

Gráfica 7. Ponderación para captación temprana, controles prenatales trimestrales en CONE Básico y parto institucional, control puerperal y control neonatal – Mujeres Embarazadas

Gráfica 8. Temporalidad de la Intervención dirigida a Promotores Voluntarios de Salud

Gráfica 9. Ponderación por evento para Promotores Voluntarios de Salud

Gráfica 10. Rangos por niveles de cobertura – Promotores Voluntarios de Salud

Gráfica 11. Temporalidad de la Intervención dirigida a comunidades a través de Fondos Comunitarios

Gráfica 12. Ponderación momentos privilegiados para Fondos Comunitarios

Gráfica 13. Temporalidad de la Intervención dirigida a Monitoras AIN-C

Gráfica 14. Ponderación de actividades para Monitoras AIN-C

Gráfica 15. Rangos por niveles de cumplimiento – Monitoras AIN-C

CUADROS

Cuadro 1. Actividades objeto de apoyos comunitarios para Promotores Voluntarios de Salud

Cuadro 2. Actividades objeto de apoyos comunitarios para Monitoras AIN-C

Cuadro 3. Apoyos comunitarios por tipo de mecanismo, unidad ejecutora y destinatario

Cuadro 4. Cartera de servicios y ambientes en etapa Prenatal

Cuadro 5. Resultados, indicadores y expresión matemática para el cálculo de apoyos comunitarios dirigidos a la comunidad – Fondo Comunitario

ANEXOS

Anexo 1. Metodología para el cálculo de apoyos comunitarios

Anexo 2. Información enviada por equipos regionales sobre costos de transporte con CONE Básico de referencia

Anexo 3. Costos para la estructura propuesta

Anexo 4. Alternativas de mecanismo local para el manejo de recursos

Anexo 5. Alternativas para la administración del Programa de Apoyos Comunitarios

Anexo 6. Tablas con valores para cálculo de apoyos

Anexo 7. Listado Comités de Salud activos en las Comarcas

Anexo 8. Situaciones de alerta durante el proceso y mitigación de las mismas

CAPITULO 1. INTRODUCCION

El Estado de Panamá viene haciendo esfuerzos por reducir la tasa de mortalidad materna, mediante la introducción de planes como por ejemplo el Plan Estratégico 2010 – 2014 y su programa de Niñez y Adolescencia, sin embargo, aún requiere tomar medidas que le permitan extender progresivamente los beneficios de los servicios de salud a las mujeres indígenas y reducir las brechas de inequidad; propugnando por hacer realidad las intenciones plasmadas por el Estado Panameño, en el acogimiento que hiciera en el año 2008 al Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de los derechos sociales, económicos y culturales (DESC¹).

En este sentido, el Estado de Panamá reconoce las barreras culturales, económicas y sociales que se encuentran afectando directamente el acceso y uso de los servicios de salud por parte de las mujeres embarazadas que habitan en las comarcas indígenas y principalmente aquellas que se encuentran en los territorios más alejados. Así, el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil - PACO, parte de un enfoque de derechos, donde los destinatarios de los mismos, son corresponsables en el ejercicio de sus derechos y por tanto, los apoyos comunitarios cumplen una función de dinamizadores, que permiten estrechar las brechas de inequidad que afectan negativamente el acceso y uso de los servicios materno infantiles.

A través del Programa de Apoyos Comunitarios, se busca que una mujer embarazada ejerza y goce efectivamente de su derecho a la salud, tomando en cuenta su ciclo vital, desde los primeros meses de su estado de gestación. El PACO hace énfasis en los controles prenatales a lo largo del proceso de embarazo y principalmente busca lograr que las mujeres embarazadas tengan un parto institucional asistido por personal calificado, acompañado de la atención postnatal al neonato dentro de las primeras horas de su nacimiento, de conformidad con la normatividad panameña.

También fortalece el conocimiento de las comunidades para lograr el acceso a los servicios de salud en tiempo oportuno cuando se presentan situaciones de riesgo (signos de alarma), en los diferentes grupos poblacionales y particularmente en las embarazadas, puérperas y el neonato, fortaleciendo el protagonismo y autonomía de las comunidades en los temas que son de su interés y que se encuentren relacionados con el sector salud.

Experiencias en otros países latinoamericanos como México han arrojado hasta un 11% de disminución en la mortalidad materna y en Honduras arrojaron un 20% de aumento

¹ DESC: Derechos económicos, sociales y culturales están referidos a los derechos en **salud**, vivienda, educación, alimentación, trabajo y agua que son de realización progresiva por parte de los Estados. En la vía de proteger estos derechos, el Estado Panameño ratificó en el año 2008 el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales.

en la cantidad de mujeres que se practicaron al menos 5 controles prenatales, al haber incorporado dentro de sus estrategias este tipo de intervenciones.

ANTECEDENTES

Panamá contaba en el año 2010 con 3.661.835 habitantes, de los cuales el 12.3% correspondía a poblaciones indígenas², que habitan en áreas comarcales y rurales limítrofes; entre ellas, se encuentran las comarcas de Guna Yala con 33.109 habitantes, Ngâbe Buglé que es la de mayor población con 154.000 indígenas y Emberá Wounnan con 10.001 personas.

En el año 2011 la tasa de mortalidad en las comarcas indígenas presentaba el siguiente comportamiento: Darién 24, Guna Yala 30,3 y Ngâbe Buglé 33 por 1.000 nv³ respectivamente, cifras que se encontraban por encima de la tasa nacional (16, 6 por 1.000 nacidos vivos). Esta realidad viene siendo objeto de llamado de atención por parte de la Dirección de Planificación del mismo Ministerio de salud, indicando que esta situación se encuentra focalizada mayormente en las comarcas de Emberá, Guna Yala y Ngâbe Buglé⁴. Así mismo, el Ministerio identificó que la mayor parte de muertes maternas (47,5%) se presenta en los lugares de difícil acceso del territorio panameño.

En este mismo sentido, el seguimiento durante el proceso de gestación de la embarazada cobra mayor relevancia como factor preventivo en la ocurrencia de muerte materna, si el mismo se brinda de manera consistente a lo largo del embarazo; sin embargo, la línea de base aplicada al total de mujeres (832) que dieron a luz en los dos últimos años en las comarcas de Guna Yala y Emberá, arrojó que el 29% había recibido atención por parte de un médico o enfermera antes de su semana 12 de gestación y el 78%⁵ recibió tan solo un control prenatal por parte de este mismo personal. Así mismo, un escaso 5% asistió a cuatro o más controles de atención prenatal con los siguientes atributos de calidad: grupo sanguíneo, examen de sangre para detectar anemia, examen de sangre para detectar sífilis, prueba de VIH, examen para detectar el nivel de glucosa, control de presión arterial materna, control del peso materno, medición de la altura uterina y medición de la frecuencia cardíaca fetal.

Dentro de los factores sociales, económicos y culturales que completan este panorama de salud en las comarcas, se encuentran los mencionados en diferentes estudios cualitativos que entre otros, manifiestan la falta de recurso económico, la dificultad de acceso a los establecimientos de salud y la no posibilidad de acompañamiento por parte de sus familiares (por razones económicas), entre otras (ligadas a la oferta), como barreras⁶ para que las mujeres embarazadas se acerquen a solicitar los servicios

² Situación de Salud de Panamá. Dirección de Planificación. 2013. Ministerio Nacional de Salud.

³ Boletín Estadístico de Salud 2008. Publicado en Julio de 2009. Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. República de Panamá.

⁴ Página 81. Situación de Salud de Panamá. Dirección de Planificación. 2013. Ministerio Nacional de Salud.

⁵ Cobertura de atención prenatal (Pág 78) en Censo y encuesta de base de los hogares - Panamá SM 2015 -. Salud Mesoamérica. Febrero de 2014.

⁶ Ward V y Bill D. Estudio de oferta y demanda para servicios de salud en poblaciones indígenas en Panamá (2011) y Waters W. Análisis cualitativo de las barreras a la demanda por servicios de salud en pueblos indígenas en Panamá (2011).

materno infantiles. En la línea de base levantada por Salud Mesoamérica (2014) para Guna Yala y Emberá, se encontró que el 28% de las mujeres, mencionaron que los establecimientos de salud se encontraban a mucha distancia y un 22% no pudo solventar el transporte, otro 22% no pudo conseguir transporte y el restante 28% manifestó no sentirse suficientemente enfermo.

Estas situaciones anteriormente descritas, se agudizan si se tiene en cuenta que para el año 2012, la situación de pobreza extrema afectaba al 6.4% de los panameños; que para las comarcas indígenas cobija a más de la mitad de la población (68.5%)⁷.

Partiendo de este contexto, el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil, responde a la Iniciativa Salud Mesoamérica en su componente 2. Aumento de la demanda de servicios materno infantil, que tiene como objetivo reducir las barreras económicas, sociales y culturales que limitan el acceso y uso de estos servicios; éstas son el punto de partida para determinar la estructura de los diferentes apoyos dirigidos a los destinatarios de los mismos.

El presente documento presenta la descripción de cada apoyo comunitario por destinatario, a saber: mujeres embarazadas, promotores voluntarios de salud, Monitoras AIN-C y Comunidad, así como los elementos que se tuvieron en cuenta para el cálculo de los mismos.

Igualmente, se exploraron varias alternativas para llevar a cabo la administración y operatividad de los apoyos comunitarios en las regiones, así como la manera de llevar a cabo el monitoreo de todo el programa y finalmente las recomendaciones para la sostenibilidad y ajuste del mismo.

CAPTITULO 2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYOS COMUNITARIOS A LA SALUD MATERNO INFANTIL

En este capítulo se detallan algunos elementos importantes que tiene en cuenta el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil (PACO), como los objetivos que se alcanzarán, las poblaciones que atenderá, los diferentes tipos de apoyos que recibiría cada una de ellas, los componentes que aborda el Programa y las articulaciones que tiene con otros programas y componentes que se vienen adelantando desde ISM 2015 y que pueden afectar de manera positiva o negativa su desarrollo.

Algunos de estos elementos deberán ser desarrollados a profundidad y de manera progresiva por los diferentes responsables de las Direcciones y equipos técnicos tanto del nivel central como regional, con el fin de asegurar que el PACO logre la mayor efectividad en los propósitos propuestos.

- **Aspectos contemplados por el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil**

⁷ Situación de Salud de Panamá. Dirección de Planificación. 2013. Ministerio Nacional de Salud.

El programa se encuentra inmerso en la estructura programática y organizativa del sistema de salud, como lo muestra la gráfica 1 y refuerza desde la demanda del servicio (principalmente el componente comunitario) todo el esquema de resultados que se viene implementando en Panamá desde Octubre de 2012, el cual incorporó principalmente el modelo de financiamiento capitado vinculado a la gestión por resultados y a la atención nominalizada en la red fija. Así mismo, se encuentra articulado con la Estrategia de Extensión de cobertura, al privilegiar momentos dentro del proceso de gestación de la mujer, ofrecidos desde la cartera de prestaciones priorizada en los servicios de Promoción, Prevención y Atención que se brindan desde las Unidades Básicas de Atención - UBA.

El PACO privilegia el CONE Básico habilitado, como la unidad ejecutora que da respuesta diferenciada a los servicios de salud materno infantiles, en concordancia con el proceso de habilitación que el MINSA viene adelantando. En este mismo sentido, busca fortalecer las coordinaciones entre la Red Fija y la Red Itinerante, dinamizando la "sala de situación"⁸ como parte de los procedimientos que deben seguirse con las mujeres embarazadas en el marco de la cartera de prestación de servicios. También toma como unidad ejecutora a las organizaciones comunitarias administradoras de los fondos comunitarios, quienes estarán encargadas de los apoyos comunitarios dirigidos a la comunidad.

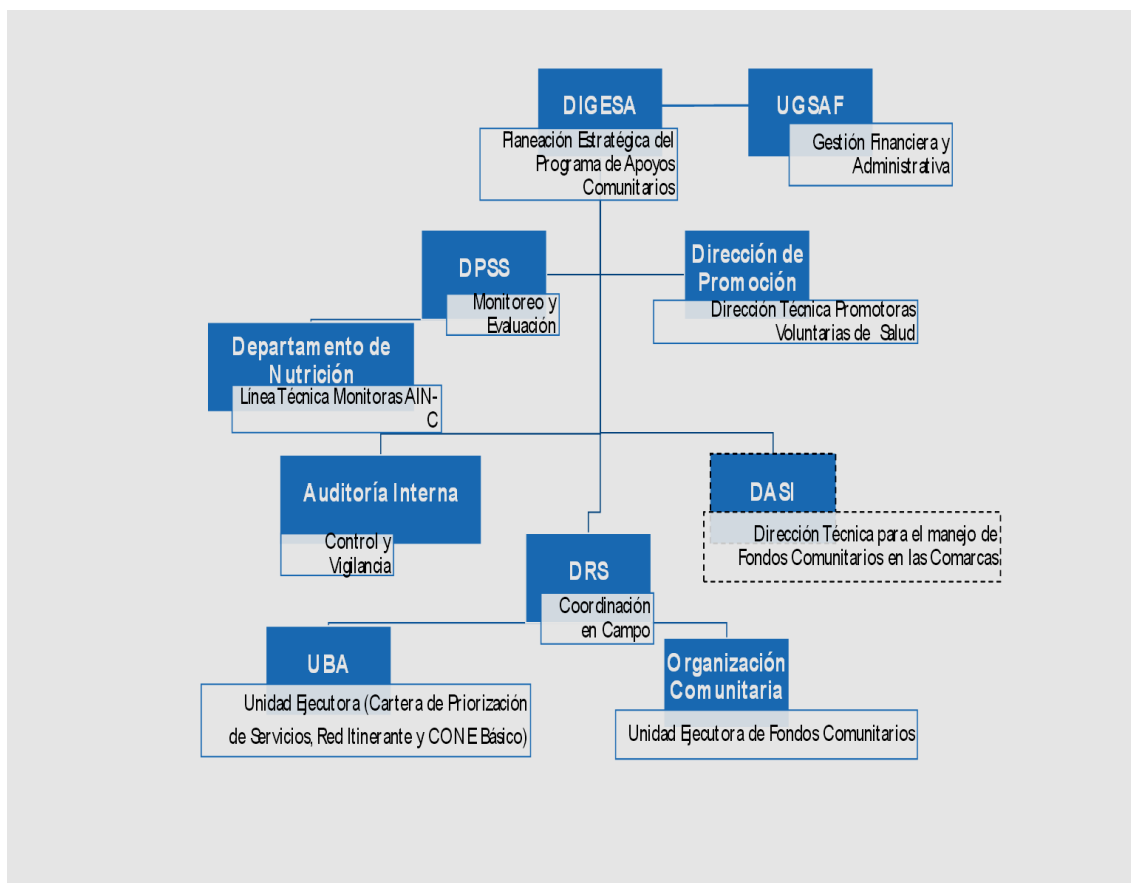
Así mismo, en el aspecto comunitario, busca fortalecer la autonomía que tienen los pueblos indígenas en los asuntos de su interés, en este caso en los temas de salud, mayormente focalizado hacia las mujeres embarazadas.

- **Estructura del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil**

A continuación se muestra la estructura operativa que funcionará al interior del MINSA, mencionando las principales funciones de las diferentes Direcciones y áreas, relacionadas con el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil:

Gráfica 1 Estructura Operativa – Programa Apoyos Comunitarios

⁸ La Sala de Situación es un espacio regional y local que existe para la coordinación de acciones de referencia, contra - referencia y seguimiento de pacientes entre el CONE Básico habilitado y las Redes Itinerantes. Para el caso del PACO, se empleará para el seguimiento al estado gestacional de las mujeres embarazadas, la referencia y contra- referencia de las mismas para sus controles prenatales y programación de parto y para adelantar las acciones operativas del PACO.



DIGESA: Formula y actualiza de manera permanente, participativa y basada en la evidencia científico-técnica, las normas que regirán el PACO. Así mismo se encargará de la planeación estratégica del programa.

La **Unidad de Gestión Administrativa y Financiera – UGSAF:** se encarga de planear y gestionar la intervención financiera en el territorio de conformidad con las políticas y lineamientos técnicos impartidos desde el nivel ministerial para el sector. Así mismo, realiza todos los ajustes a los valores de los apoyos comunitarios y al presupuesto destinado para el funcionamiento de los Fondos comunitarios y al pago de actividades para Promotores Voluntarios de Salud y Monitoras AIN - C.

La **Dirección de Provisión de Servicios de Salud – DPSS:** es la encargada de revisar las proyecciones de apoyos comunitarios requeridos por las regiones para la operación y preparar la solicitud de recursos. Igualmente tendrá a su cargo, el personal para realizar el monitoreo en las regiones, relacionado con los diferentes destinatarios (embarazadas, comunidad -Fondo Comunitario, Promotores Voluntarios de Salud y Monitoras AIN-C).

La **Auditoría Interna** se encarga de velar por la transparencia de los diferentes procedimientos administrativos y financieros del PACO.

La **Dirección de Asuntos Indígenas – DASI:** encargada de dar la línea técnica para el manejo y capacitación de las organizaciones comunitarias que se encargarán del

manejo de los Fondos comunitarios, así como su articulación y seguimiento con el Plan de Desarrollo Indígena. Deberá estar en coordinación con la DRS y la DPSS. Esta Dirección solo aplica para el Programa de Apoyos Comunitarios en las comarcas indígenas.

La **Dirección de Promoción**: es la encargada de dar el direccionamiento técnico a las actividades que desarrollarán los Promotores Voluntarios de Salud (PVS) en coordinación con la DRS, la DPSS y DASI. Responsable de desarrollar los contenidos para los componentes de educación y mercadeo social a cargo de los PVS y su puesta en campo.

El **Departamento de Nutrición**: es el encargado de dar los lineamientos técnicos para las actividades que desarrollarán las Monitoras AIN-C en coordinación con la DRS y la DPSS, así como su puesta en campo.

La **Dirección Regional de Salud – DRS** es el ente coordinador de la intervención a nivel regional, tanto de los procesos operativos, como administrativos – financieros y de monitoreo para los cuatro destinatarios que se cubren (mujeres embarazadas, comunidad, PVS y Monitoras AIN-C). Así mismo, tendrá las funciones de consolidar la información resultante de la intervención y rendir los informes de la misma a la DPSS.

La **Red Itinerante** está encargada de atender a la mujer embarazada durante su proceso de gestación conforme a las normas, guías y protocolos aplicables a los siguientes momentos: captación temprana, controles prenatales regulares y certificar en el caso de captación temprana que el control prenatal se dio antes de la semana 12 de gestación de la embarazada.

En el caso de actores comunitarios, tendrá bajo su cargo la supervisión del cumplimiento de las actividades a cumplir por los actores comunitarios (Promotores Voluntarios de Salud y Monitoras AIN-C) delegados al EBS y que se encuentran ligadas al aumento de la demanda de los servicios materno infantiles.

El **CONE Básico habilitado** tiene bajo su responsabilidad la cotidianidad de la operación de entrega y canje de los apoyos comunitarios dirigidos a mujeres embarazadas, que se entregarán mediante el mecanismo de **bonos**, así como la coordinación con la Red Itinerante para el seguimiento de las condiciones de salud de las embarazadas y la entrega de bonos que ésta debe hacer durante las giras. Así mismo, todo lo que se refiere a la administración de los mecanismos de pago establecidos tanto para mujeres embarazadas como para los PVS y las Monitoras AIN-C. También tendrá bajo su responsabilidad el monitoreo del cumplimiento de la supervisión a los PVS y Monitoras AIN-C, a través de los responsables delegados del EBS.

La **organización comunitaria administradora del Fondo Comunitario** estará encargada de la administración de los recursos que perciba el Fondo, el cual será empleado para: i) actividades de salud relacionadas con el plan de parto, ii) salida de mujeres embarazadas de conformidad con las situaciones habilitadas para el fondo

comunitario y iii) la priorización de situaciones de salud que decanten en morbi-mortalidad identificados por la comunidad en otras poblaciones.

2.1 Objetivos del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil

Objetivo General

Apoyar la prevención de la mortalidad materno infantil en las comarcas indígenas de Guna Yala, Emberá Wounnnan y Ngâbe Buglé mediante el debilitamiento de las barreras económicas, sociales y culturales que obstaculizan el acceso y uso de los servicios materno - infantiles ofrecidos por el MINSA.

Objetivos Específicos

- Promover la demanda de los servicios materno – infantiles mediante un apoyo económico dirigido a mujeres embarazadas y Promotores Voluntarios de Salud en tres momentos durante el proceso de gestación: i) control prenatal antes de la semana 12 de embarazo, ii) controles prenatales trimestrales en un CONE Básico habilitado y iii) parto institucional con control puerperal y control neonatal de conformidad con las normas del MINSA.
- Apoyar la reducción de las barreras económicas, sociales y culturales de las comarcas indígenas sujeto de intervención, mediante un apoyo dirigido a la comunidad en forma de fondos comunitarios que les brinde la posibilidad de atender temas de salud relacionadas con Plan de Parto y otros riesgos relacionados con salud, identificados en la comunidad que sean de su interés.
- Facilitar el acceso a los servicios materno - infantiles de las embarazadas que van a tener un parto institucional y los neonatos, las mujeres embarazadas y las puérperas que presentan signos de alarma mediante la habilitación de fondos comunitarios, que apoyen su desplazamiento hasta un CONE Básico habilitado.
- Fomentar prácticas saludables de nutrición entre los cuidadores de los niños y niñas entre 0 y 24 meses, mediante el apoyo a las actividades de consejería de las Monitoras AIN-C.

2.2 Área de Cobertura

Comarcas Guna Yala, Emberá Wounnan, Ngâbe Buglé y sus comunidades limítrofes en las Provincias de Bocas del Toro, Veraguas y Chiriquí.

2.3 Población destinataria de apoyos comunitarios

El PACO está dirigido a los siguientes destinatarios, quienes recibirán apoyos comunitarios:

- A. Mujeres que se encuentran en estado de embarazo en las comarcas Guna Yala, Emberá Wounnan, Gnâbe Buglé y sus comunidades limítrofes en las Provincias de Bocas del Toro, Veraguas y Chiriquí.
- B. Promotores Voluntarios de Salud⁹
- C. Comunidad – Organizaciones administradoras de Fondos Comunitarios para el área de cobertura.
- D. Monitoras AIN-C.

A. Mujeres embarazadas: Los apoyos comunitarios a las mujeres embarazadas privilegian tres momentos durante el proceso de su gestación, que adicionalmente, hacen parte de las estrategias identificados por el MINSA como reductoras de la morbi- mortalidad materna¹⁰ y que también se convierten en puntos estratégicos para la continuidad en la atención de la gestante, hasta decantar en el parto institucional.

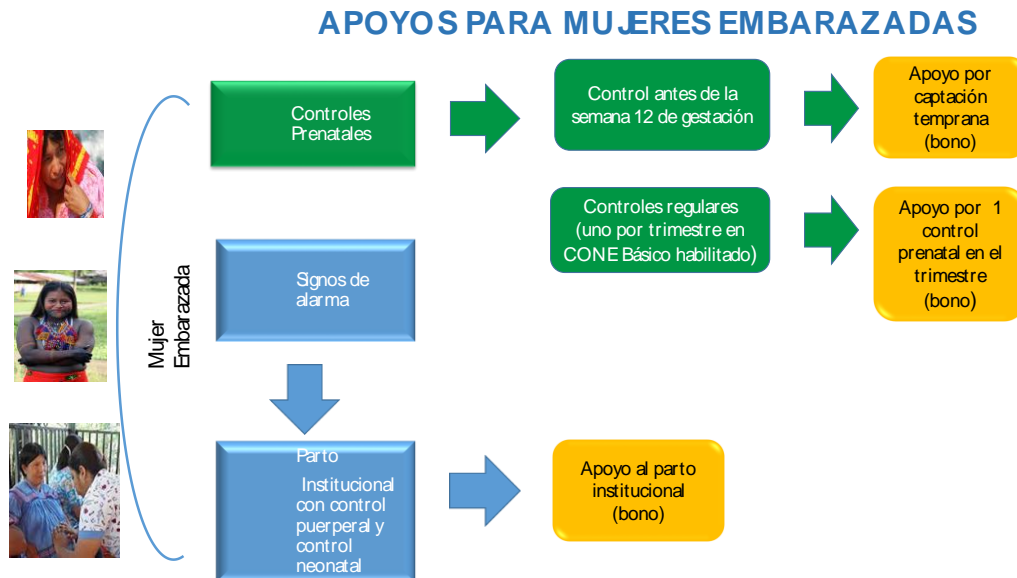
Estos momentos son:

- la **captación temprana**, entendida como el primer control prenatal que se practica una mujer antes de su semana 12 de gestación.
- controles prenatales de conformidad con la norma de Panamá, pero haciendo énfasis **en 3 controles prenatales (uno por trimestre) en un CONE Básico habilitado** o en la extensión de los servicios del mismo, que cuenten con atributos diferenciados.
- **parto institucional** al que se le otorga la mayor importancia, buscando con ello reducir las tasas de mortalidad materna.

Gráfica 2.

⁹ Se empleará la palabra Promotor Voluntario de Salud (PVS) y Monitoras AIN-C a lo largo del documento con fines de agilizar la lectura, bajo el entendido que dichas palabras no hacen acepción de sexo (hombre/ mujer), que puede desempeñar dichos roles en su comunidad.

¹⁰ Normas técnico - administrativas y manual de procedimientos. programa de salud integral de la mujer- atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido atención integral de la mujer planificación familiar vigilancia de la mortalidad materna y perinatal (2007). Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social.



B. Comunidad: En la gráfica 3 se muestran los apoyos dirigidos a la comunidad, que se brindarán a través de fondos comunitarios, de conformidad con los resultados alcanzados en unos indicadores propuestos y que contemplan los siguientes usos:

- i) la salida de mujeres embarazadas desde sus comunidades hasta un CONE básico habilitado, de conformidad con las situaciones habilitadas por el fondo comunitario
- ii) actividades de salud relacionadas con el Plan de Parto
- iii) la priorización de situaciones de salud que decanten en morbi-mortalidad identificados por la comunidad por ciclo vital.

Gráfica 3. Descripción del Fondo Comunitario

DESCRIPCIÓN OTORGAMIENTO DE RECURSOS Y USO DEL FONDO COMUNITARIO



C. Promotores Voluntarios de Salud: se brindarán apoyos en actividades que se encuentren directamente relacionados con el aumento de la demanda de servicios materno infantiles. El cuadro 1 muestra las diferentes actividades por las cuales se va a dar un apoyo conforme al logro alcanzado.

Cuadro 1. Actividades Objeto de Apoyo Comunitario a Promotores Voluntarios de Salud

ACTIVIDADES PROMOCIÓN OBJETO DE APOYO COMUNITARIO	DESTINATARIO
Captación de gestantes de sus comunidades asignadas antes de la semana 12 de gestación	PROMOTOR VOLUNTARIO DE SALUD
Embarazadas de sus comunidades asignadas con al menos un control prenatal por trimestre de gestación en el CONE básico habilitado o en la extensión de servicios del mismo.	
Embarazadas de sus comunidades asignadas que tuvieron parto institucional, control puerperal y control neonatal.	

D. Monitoras AIN-C: se brindarán apoyos en actividades que hacen parte de la Estrategia de la Atención Integral a la Niñez en la Comunidad, como lo muestra el cuadro 2, cuya finalidad es la de mejorar las prácticas nutricionales, particularmente en las comarcas indígenas.

Cuadro 2. Actividades Objeto de Apoyo Comunitario a Monitoras AIN-C

ACTIVIDADES AIN-C OBJETO DE APOYO COMUNITARIO	DESTINATARIO
Cobertura de niños y niñas de cero (0) a 24 meses bajo su cargo, que cuentan con consejería individualizada	MONITORES AIN-C
Asistencia a sesiones mensuales AIN-C de madres / cuidadores principales bajo su cargo que tengan niños y niñas entre 0 y 24 meses	

El siguiente cuadro (3) resume el tipo de mecanismos que se empleará por destinatario para la entrega y canje de los diferentes apoyos comunitarios, así como la unidad ejecutora encargada de la entrega y canje de los mismos.

Cuadro 3. Apoyos Comunitarios Por Tipo De Mecanismo, Unidad Ejecutora Y

APOYO COMUNITARIO (MECANISMO)	UNIDAD EJECUTORA	DESTINATARIO
Bono	Red Itinerante (entrega) CONE Básico habilitado (entrega y canje)	Mujeres embarazadas
Apoyos a la comunidad – Fondos Comunitarios	Organización comunitaria administradora de Fondo Comunitario	Comunidad
Apoyos comunitarios a actores del equipo comunitario (pagos por resultados/productos)	CONE Básico habilitado – Supervisores y Custodio de Caja Menuda	Promotores Voluntarios de salud Monitoras AIN-C
Destinatario		

2.4 Componentes del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil

El PACO tiene dos grandes componentes a los que apunta la efectividad de los apoyos comunitarios, como lo muestra la gráfica 4:

- ❖ Componente de salud materno – infantil
- ❖ Componente de Nutrición.

Gráfica 4

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE APOYOS COMUNITARIOS A LA SALUD MATERNO - INFANTIL



❖ Componente 1. Salud materno - Infantil

Conformado por el bloque de los apoyos comunitarios dirigidos a las mujeres embarazadas, los Promotores Voluntarios de Salud (PVS) y a las organizaciones comunitarias que administran los fondos comunitarios.

El bloque de los apoyos comunitarios que comparte este primer componente, tiene en común los siguientes momentos, identificados por el MINSA, dentro de las estrategias que reducen la morbi – mortalidad materna y perinatal:

- **Captación temprana**, entendiendo que entre más tempranamente se atienda por personal calificado a una mujer, que cree o está embarazada, será más seguro llegar a un buen resultado del embarazo y del cuidado de la salud de la mujer y el neonato.
- **Controles prenatales trimestrales en un CONE Básico habilitado** que permita:
 - El diagnóstico precoz y manejo oportuno y adecuado de la Amenaza de Parto Prematuro, embarazo gemelar, antecedentes de cesárea, entre otras.
 - Calidad en la monitorización materna y fetal con métodos clínicos y tecnológicos

- Detectar oportunamente a la embarazada con posible alteración del crecimiento fetal para su manejo adecuado
 - Asegurar la identificación del alto riesgo obstétrico y perinatal y su referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad .
 - Todas aquellas especificadas en los protocolos y normatividad panameña.
- **Parto Institucional con control puerperal y control neonatal:** es el parto llevado a cabo en una institución que cuente con personal calificado y con los recursos técnicos y tecnológicos necesarios, que permitan vigilar la labor y atención del parto y del recién nacido que eviten complicaciones y permitan la aplicación de medidas necesarias que reduzcan las situaciones que ponen en peligro la vida de la mujer y el neonato.

❖ **Componente 2. Nutrición**

El componente de nutrición está conformado por los apoyos comunitarios dirigidos a fortalecer la Estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad, apoyando la puesta en práctica de las directrices dadas por el Manual AIN-C principalmente en las actividades relacionadas con Consejería de madres y cuidadores principales de los niños y niñas entre 0 y 24 meses a cargo de las Monitoras AIN-C.

El PACO apoya la efectividad de las actividades culturalmente pertinentes, que ayudan a sensibilizar, transformar o adaptar prácticas nutricionales por parte de las madres y cuidadores principales, quienes tienen bajo su responsabilidad, el cuidado y protección de los niños y niñas.

2.5 Elementos que conforman el PACO

Los apoyos comunitarios que se van a brindar se encuentran soportados por las teorías de Orientación del Comportamiento, empleados en la Promoción de la salud y a través del diseño de su estructura apoya el debilitamiento de las barreras culturales, económicas y sociales, a la vez que se articulan con otros elementos como el educativo, mercadeo social y el de Provisión de Servicios.

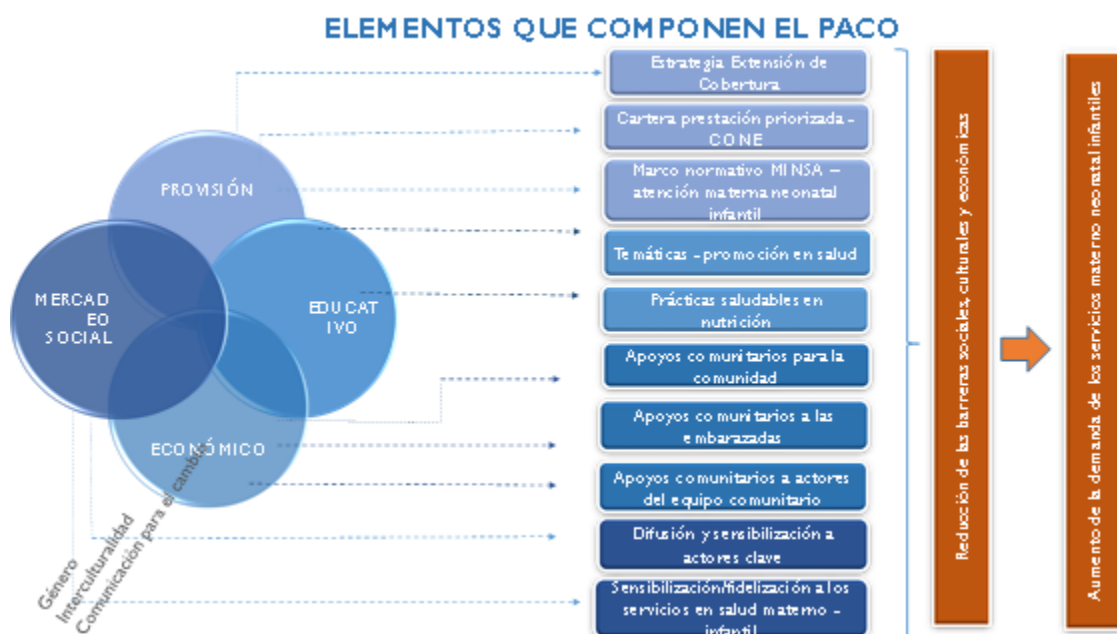
El PACO estará conformado por cuatro (4) elementos como lo muestra la gráfica 5, a saber: económico, educativo, mercadeo social y de provisión, que en conjunto brindan el soporte técnico y operativo a la intervención en campo, buscando reducir las barreras económicas, culturales y sociales que afectan la demanda de servicios materno infantiles; así mismo, se busca el mejoramiento de las condiciones de salud de las mujeres indígenas en estado de embarazo.

La integralidad entre estos elementos¹¹ busca que el componente económico sea efectivo en su propósito de apoyar el incremento de la demanda de los servicios materno infantiles.

Para que se dé esta integralidad, la Dirección de Promoción estará encargada de desarrollar una estrategia de campo que permita tener un equipo comunitario realizando actividades que organizadamente redunden en el uso de los servicios materno infantiles. Bajo esta Dirección deberán converger los componentes de educación y mercadeo social.

Gráfica 5.

¹¹ Esta integralidad entre los diferentes elementos del PACO permiten la combinación de varios métodos empleados dentro de las teorías del Aprendizaje y las teorías del Procesamiento de información, empleadas para trabajar tanto la memoria a corto plazo como a largo plazo, decantando en la fijación del comportamiento deseado.



- a. **Económico:** A través de este componente se brindarán los apoyos comunitarios a las mujeres, a la comunidad y a los actores del equipo comunitario (Promotores Voluntarios de Salud y Monitoras AIN-C); facilitando el acceso de las embarazadas con signos de alarma o que van para parto institucional, control puerperal y control neonatal, hasta una red fija (CONE básico habilitado) y motivando el uso de los servicios materno – infantiles en los diferentes momentos de gestación (captación temprana, control prenatal trimestral en CONE Básico habilitado y parto institucional, control puerperal y control neonatal).
- b. **Educativo:** Tiene como objetivo brindar información y conocimientos suficientes y necesarios sobre temas identificados como sensibles, para el uso de los servicios materno infantiles, que por lo tanto apoyen la motivación de los actores clave por acceder y usar los mismos, que decante en un cambio positivo en las actitudes y comportamientos de éstos. Conformado por los énfasis dirigidos a las mujeres embarazadas desde la Promoción en salud que actualmente se viene desarrollando y la búsqueda de prácticas saludables en salud desde el aspecto nutricional de las embarazadas y de los niños y niñas menores de 24 meses.
- c. **Mercadeo Social:** Brinda el soporte necesario a las actividades de carácter operativo de los equipos comunitarios, entre ellos, los PVS, que faciliten el acceso y uso de los diferentes apoyos comunitarios dirigidos a la embarazada. Compuesto por i) la difusión necesaria que se debe realizar sobre la razón de contar con los apoyos destinados a las embarazadas que se dirigen a tener un parto institucional y su relación con la oferta de servicios materno infantiles, ii) todas las acciones dirigidas a lograr la captación temprana de gestantes y iii)

todas aquellas actividades que conduzcan a la fidelización de las embarazadas a los servicios materno infantiles.

- d. Provisión:** Definido y asociado a lo que precisa el reglamento operativo de la estrategia de EEC y la Cartera de Prestaciones Priorizadas en el marco del enfoque CONE y del marco normativo vigente para la atención materno infantil del MINSA. Para el caso de la intervención del PACO, se entenderá como: los diferentes momentos y actores tanto de la comunidad como institucionales, que hacen parte del tránsito que realiza una mujer embarazada, desde que busca o planea salir de su comunidad para asistir a controles prenatales o para tener su parto institucional, control puerperal y neonatal, hasta que llega a una unidad de atención resolutive.

El detalle sobre los elementos de educación y mercadeo social del PACO pueden ser consultados en el **Apéndice 1**. Integralidad de los Componentes del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil.

La articulación entre los diferentes componentes y el de economía se desarrolla en el **Manual Operativo**.

CAPITULO 3. ESTRUCTURA DE LOS APOYOS COMUNITARIOS Y METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE VALORES DIRIGIDOS A LAS MUJERES EMBARAZADAS

En este capítulo se describen los elementos tenidos en cuenta para la conformación de los apoyos comunitarios dirigidos a mujeres embarazadas y la metodología empleada para el cálculo de los valores a pagar.

3.1. Estructura de los apoyos comunitarios dirigidos a mujeres embarazadas

Por medio de los apoyos comunitarios dirigidos a mujeres embarazadas, se aportará al incremento de la demanda de los servicios materno infantiles, al tiempo que se incide en el mejoramiento de sus condiciones de su salud y se contribuye a la reducción de la morbi – mortalidad materna, disminuyendo las brechas que persisten entre la población indígena de Panamá respecto a: i) controles prenatales practicados por personal calificado y con atributos diferenciados y ii) parto institucional, control puerperal y control neonatal de conformidad con la normatividad panameña.

3.1.1 Condicionalidades para que las mujeres embarazadas reciban los apoyos comunitarios:

1. Encontrarse en los territorios donde tendrá acción el PACO: Guna Yala, Ngäbe Buglé y Emberá Wounnan.
2. Estar embarazadas
3. Asistir y cumplir con el momento privilegiado por el PACO y que el mismo sea certificado por personal especializado del MINSA en la Tarjeta de Control Perinatal.

3.1.2 Temporalidad de la intervención: La mujer embarazada podrá acceder a los apoyos comunitarios por un periodo máximo de **10 meses** contemplados así: 9 meses por el proceso de gestación y un mes por el neonato. No obstante, como la mujer no llega necesariamente, en el mes 1 de embarazo, el tiempo se contará a partir del mes de gestación que tiene la mujer cuando es captada, más 1 mes por el neonato. Ver Gráfica 6.

Gráfica 6. Temporalidad de la Intervención de apoyos dirigidos a mujeres embarazadas



3.1.3 Mecanismo para la entrega de apoyos comunitarios a mujeres: el tipo de mecanismo que se empleará para cada uno de los eventos privilegiados, será el bono¹², el mismo se constituye en una garantía para las mujeres embarazadas de que asistieron efectivamente a cada uno de los eventos y por lo tanto tienen el derecho de recibir el apoyo comunitario.

Características de los tipos de Bonos: En la tabla 1 se explican las características de los tipos de apoyos comunitarios dirigidos a las mujeres embarazadas:

¹² El bono, para el caso de los apoyos a las mujeres embarazadas es el elemento que hace las veces del refuerzo que se asociará al comportamiento que se espera promover (mayor frecuencia en la asistencia a los controles prenatales y parto institucional). Por esta razón se requiere que ocurra un intervalo pequeño entre "la entrega del bono" y "el comportamiento deseado" (práctica del control prenatal o el parto institucional); este tipo de intervención es calificado como condicionamiento operante (Learning Theory en Planning Health Promotion Program an Intervention mapping approach. 2011). Paralelamente, es muy importante desarrollar los elementos planteados en el PACO como parte de la integralidad del programa, buscando con ello estimular la memoria a largo plazo entre las mujeres embarazadas para anclar el comportamiento deseado.

1. **Bono para control prenatal:** por captación temprana¹³ y controles prenatales trimestrales en CONE Básico habilitado (BCP)
2. **Bono para parto institucional,** control puerperal y control neonatal. (BPI)

Tabla 1. Tipo de Bonos

TIPO DE BONO	DESCRIPCIÓN
BONO PARA CONTROL PRENATAL – BCP	<p>Se entrega en dos momentos diferentes:</p> <p><u>1er momento:</u></p> <p>Cuando una mujer se acerca a una red fija o a una red itinerante porque cree estar en estado de embarazo antes de su semana 12 de gestación y a quien el personal calificado le confirme positivamente el mismo, certificándolo en la tarjeta de control perinatal de la mujer.</p> <p><u>2do momento:</u></p> <p>Cuando una mujer asista al menos una vez por trimestre a un CONE Básico habilitado o a la extensión de servicios del mismo, para practicarse un control prenatal con características de calidad como: asistido por personal calificado, realización de pruebas de laboratorio, exámenes del feto y exámenes físicos y que lo certifique personal calificado.</p>
BONO PARA PARTO INSTITUCIONAL, CONTROL PUERPERAL Y CONTROL NEONATAL - BPI	<p>Cuando una mujer en estado de embarazo, se dirige a un CONE Básico habilitado para tener su parto con su control puerperal y el primer control del neonato. Así mismo, el bono se entregará a aquellas mujeres que saliendo de su comunidad por signos de alarma, culminen en un parto en un CONE Básico habilitado o en un CONE Completo.</p>

Los apoyos comunitarios entregados a través de bonos, refuerzan y dinamizan tres momentos del proceso de gestación de la mujer embarazada:

- Captación temprana (primer control prenatal antes de la semana 12 de embarazo)
- Un control prenatal por trimestre en CONE Básico habilitado
- Parto Institucional, control puerperal y control neonatal

¹³ Captación Temprana: toda mujer que se encuentre en estado de embarazo antes de haber cumplido (12) doce semanas de gestación y que haya sido atendida por personal calificado (EBS).

Captación Temprana: Las mujeres embarazadas se acercarán a una red Itinerante o al CONE Básico habilitado para ser atendida porque sospecha estar embarazada antes de su semana 12 de embarazo, en cuyo caso recibirá un **bono** posterior a que el personal calificado (médico o enfermera) confirmen el estado de gestación y lo certifiquen en la Tarjeta de Control Perinatal, para ser canjeado en el CONE Básico habilitado. (El procedimiento operativo podrá consultarse en el Manual Operativo. Módulo 1)

Control prenatal regular trimestral en CONE Básico habilitado¹⁴: La red Itinerante o el mismo CONE Básico habilitado, dentro de la periodicidad de controles prenatales que regularmente debe tener una embarazada, le asignarán a ésta una cita, en el CONE Básico habilitado de referencia para que asista trimestralmente a un control prenatal que guarde las siguientes características: identificación de grupo sanguíneo, examen de sangre para detectar anemia, examen de sangre para detectar sífilis, prueba de VIH, examen para detectar el nivel de glucosa, control de presión arterial materna, control del peso materno, medición de la altura uterina y medición de la frecuencia cardíaca fetal.

Se considera que un CONE Básico está habilitado cuando cumple con los requerimientos para prestar una cartera de servicios focalizados a la atención de la embarazada durante la etapa prenatal y por lo tanto, dispone de los recursos físicos, de personal, entre otros, que permiten brindar un control prenatal diferenciado. En el cuadro 4 se detalla la cartera de servicios del CONE Básico para la atención y ambientes en etapa prenatal.

Otras características del control prenatal en CONE Básico habilitado podrán consultarse en los protocolos de atención y en las normas técnico – administrativas y manual de procedimientos del Programa de Salud Integral de la Mujer. Al tener un control por trimestre en CONE Básico habilitado, se busca contribuir a reducir la posibilidad de que las embarazadas desarrollen complicaciones durante el embarazo y que éstas se familiaricen con la instancia que atenderá el parto institucional, control puerperal y control neonatal.

Cuadro 4. Cartera de servicios y ambientes en la etapa prenatal

CONE BASICO
Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL/RPR.
Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh Detección del VIH en mujeres de alto riesgo y de otras ITS.
Aplicación de antibióticos y anticonvulsivantes parenterales.
Atención odontológica.
Estabilización, tratamiento inicial y referencia de las complicaciones

Fuente: Estrategia de CONE para el MINSA Adecuada a las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas. Ministerio de Salud.

¹⁴ Se privilegia el CONE Básico dado que el MINSA se encuentra en un proceso de habilitación de los mismos donde se encuentren acondicionados para brindar un servicio diferenciado en materia de controles prenatales.

Consideración Importante: Durante la fase de planeación para la implementación del PACO, el MINSA emitirá oficialmente el listado de los CONE Básicos por comarca que se encuentran habilitados. Las implicaciones que tiene para el PACO que un CONE Básico no se encuentre habilitado, es que se presente un sobre costo en el estimativo del transporte por la mayor distancia que una embarazada deba recorrer para llegar al CONE Básico habilitado, así mismo se verán afectadas las rutas de traslado levantadas en el Plan Comunitario de Traslado.

Una vez la mujer embarazada cumpla la cita en el CONE Básico habilitado, el personal calificado (médico o enfermera) certifica el evento en la Tarjeta de control perinatal. El máximo de veces que se puede recibir este apoyo son **3**. Tanto el personal calificado de los EBS del CONE Básico habilitado como de la Red Itinerante cuidarán que se cumpla la norma de Panamá¹⁵ en materia de controles prenatales.

La cita para control prenatal trimestral en CONE Básico habilitado debe tratar de darse en la última semana del trimestre correspondiente. En la tabla 2 se muestra el número de controles correspondientes con la normatividad panameña de conformidad con la edad gestacional y el talento humano que preferiblemente debe atender el control.

Tabla 2. Controles prenatales por edad gestacional y recurso de preferencia

No. de Controles	Edad Gestacional	Recurso de Preferencia
Primer control	Menos de 12 semanas	Médico o Enfermera
Segundo control	16 semanas	Médico o Enfermera
Tercer control	22 semanas	Médico o Enfermera
Cuarto control	28 semanas	Médico o Enfermera
Quinto control	32 semanas	Médico
Sexto Control	35 – 37 semanas	Médico
Séptimo control	38 – 41 semanas	Médico

Fuente: NORMAS TÉCNICO – ADMINISTRATIVAS Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER. MINISTERIO DE SALUD CAJA DE SEGURO SOCIAL (2007) ***Esta distribución del recurso es flexible, de acuerdo a las posibilidades de la instalación de salud. El control debe continuar hasta que termine el embarazo.**

Parto Institucional, control puerperal y control neonatal: El CONE Básico habilitado o la Red Itinerante le asignarán cita a la mujer embarazada en el CONE Básico habilitado de referencia, para tener un parto asistido por personal calificado (médico), su primer control puerperal y se le practique el control al neonato en sus primeras horas de nacido de conformidad con la normatividad panameña. Una vez se haya dado el evento se certifica el mismo en la Tarjeta de Control Perinatal y se da el bono para ser canjeado en el CONE Básico habilitado.

En caso de que se presente un signo de alarma por el cual la mujer deba ser remitida a un CONE Completo, el personal deberá entregar la hoja de salida, indicando el

¹⁵ La norma de Panamá establece que una mujer embarazada debe cumplir al **menos siete (7)** controles prenatales a lo largo de su proceso de gestación; por lo tanto es deber del EBS tanto de la Red Itinerante como del CONE Básico habilitado asegurar todo tipo de coordinaciones que hagan posible continuar con el cumplimiento de esta norma.

diagnóstico a la mujer para que pueda reclamar y o canjear su bono por este concepto en el CONE Básico habilitado. (Todos estos procedimientos se detallan en el Manual Operativo Módulos 1 y 3).

3.2 Metodología para el cálculo de valores de los apoyos comunitarios dirigidos a mujeres embarazadas

3.2.1 Aspectos considerados en la definición de costos para los apoyos comunitarios dirigidos a las mujeres embarazadas

En la definición de los montos para los apoyos comunitarios se tuvieron en cuenta aspectos arrojados tanto en las investigaciones cualitativas, como el análisis realizado sobre la demanda de los servicios infantiles en los aspectos que privilegia el PACO; ejercicios que decantaron en la propuesta final de los montos a entregar. Estos aspectos son:

- A. Investigaciones Cualitativas
- B. Información y análisis sobre la demanda de servicios materno infantiles
- C. Ponderación de los momentos privilegiados por el PACO
- D. Costos de transporte y clasificación de comunidades

A. Investigaciones Cualitativas: se analizaron los siguientes aspectos respecto a las barreras existentes para la demanda de servicios en salud¹⁶, así:

- La necesidad de las mujeres embarazadas de contar con un apoyo económico para desplazarse hasta el CONE Básico.
- Los gastos por alimentación y hospedaje en que incurrirían las mujeres embarazadas al trasladarse hasta el CONE Básico.
- El deseo de la mujer embarazada de estar en compañía de la persona que ella considere en el momento del parto.

B. Información y análisis sobre la demanda de servicios materno infantiles: se llevó a cabo un ejercicio de microsimulaciones que tuvo como objetivo poder calcular el monto óptimo en que el costo marginal se iguala al beneficio marginal, tomando como base la información arrojada por la línea de base de Mesoamérica para las mujeres que hacen parte del Programa de la Red de Oportunidades de las comarcas Guna Yala y Emberá.

También se calcularon los beneficios marginales del programa utilizando como supuestos los impactos del programa “Janani Suraksha Yojana- JSY” en India (que asigna un subsidio a las mujeres para asistir al parto institucional) y el criterio de la

¹⁶ Ward V y Bill D. Estudio de oferta y demanda para servicios de salud en poblaciones indígenas en Panamá (2011) y Waters W. Análisis cualitativo de las barreras a la demanda por servicios de salud en pueblos indígenas en Panamá (2011).

OMS de efectividad en términos de DALYS y PIB pc¹⁷. Los resultados mostraron que la línea de beneficio marginal siempre estaba por encima del costo marginal, lo que implica que el programa es costo-efectivo para cualquier monto que se establezca para los apoyos comunitarios. (Ver detalles en el **Anexo Técnico 1**. Metodología para el cálculo de apoyos comunitarios).

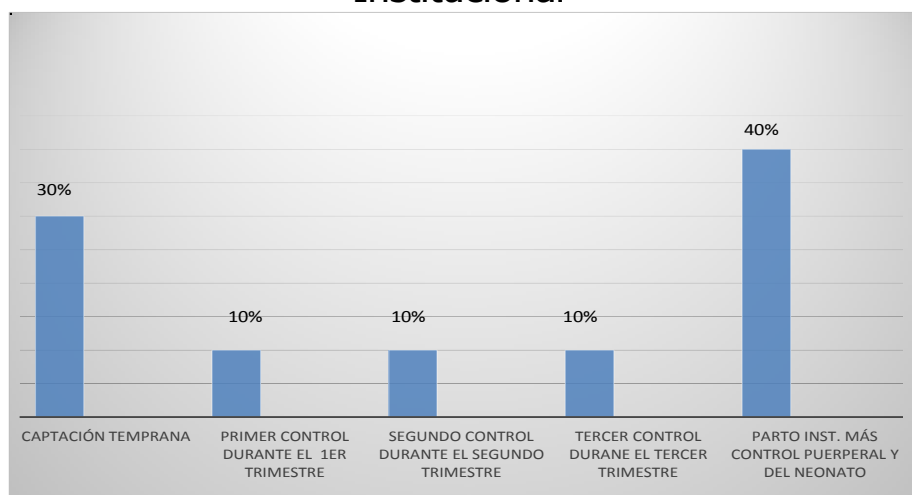
C. Ponderación de los momentos objeto de bono: con base en el análisis realizado, se dio un orden de importancia asignado a cada momento (captación temprana, control prenatal trimestral en CONE Básico habilitado y parto institucional con control puerperal y control neonatal) basado en el uso que han realizado las mujeres de los mismos, según se encuentren en comunidades más cercanas o lejanas de los Centros básicos de referencia. La ponderación de los momentos se puede apreciar en la Gráfica 7, así:

Se privilegia el parto institucional, control puerperal y el control neonatal, como el evento de mayor importancia, con el ánimo de apoyar la disminución de muertes maternas por causas prevenibles.

El segundo momento se otorga a la captación temprana por considerar que entre más tempranamente una mujer comience a usar los servicios de salud materno infantiles, mayor será la posibilidad de detectar problemas que se puedan presentar a lo largo del proceso de gestación, en este sentido igualmente se privilegia, aunque en menor medida, los controles prenatales regulares en un CONE Básico habilitado que brinden la posibilidad de apoyar la detección de complicaciones gineco – obstétricas.

Gráfica 7

Ponderación para Captación Temprana, Controles Prenatales Trimestrales y Parto Institucional



7

¹⁷ La OMS considera que un programa es costo efectivo si el precio de un DALY está por debajo de tres PIB pc.

Esta ponderación hace parte integral del valor que se le asignará a cada tipo de bono para pago.

D. Costos de transporte y clasificación de comunidades

Todas las comunidades de las comarcas han pasado por un ejercicio previo de clasificación que fue empleado para el cálculo del estimativo de transporte y que tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- Levantamiento de costos desde la comunidad de origen de la mujer embarazada hasta el **CONE básico de referencia** – Elaborado con equipos de salud de las comarcas y transportadores de la comarca de Ngâbe Buglé. (Ver **Anexo 2**. Información provista por equipos regionales)
- Costos diferenciados según tipo de transporte por comunidad (pasajes, gasolina, etc.).
- Levantamiento del tiempo (en horas) estimado para llegar de la comunidad de origen de la mujer embarazada hasta el CONE básico de referencia. Elaborado con equipos de salud de las comarcas.

Al final del ejercicio se obtuvo la siguiente clasificación:

Comunidades Tipo A: Corresponde a las comunidades que se encuentran desde menos de una (1) hora y hasta tres (3) horas del CONE Básico de referencia o que comparten su misma ubicación.

Comunidades Tipo B: Corresponde a las comunidades que requieren más de tres (3) horas de desplazamiento hasta el CONE Básico de referencia.

3.2.2. Cálculo de apoyos comunitarios para mujeres embarazadas – Bonos

El valor de los apoyos comunitarios para mujeres embarazadas está relacionado con los momentos privilegiados por el PACO durante su proceso de gestación, a saber: captación temprana, control prenatal trimestral en CONE Básico habilitado y parto, control puerperal y control neonatal y su fórmula para el cálculo de pago se establece de la siguiente manera:

$$I_{iz} = Capt * (p_{1z}) + (\sum_{k=2}^4 Ctrol_k * p_{kz}) + Part * (p_{5z})$$

Donde:

iz: Apoyo a la Mujer Embarazada i en la zona z

i: Mujer Embarazada

z: Zona Geográfica de acuerdo al tiempo de transporte al CONE Básico habilitado de referencia (**A ó B**)

p_{kz} = Es el precio a recibir por la realización de cada indicador k para cada zona z

k son los eventos a los que deben asistir las Mujeres Embarazadas: Captación Temprana, 3 Controles Prenatales Trimestrales en CONE Básico habilitado, y Parto Institucional (con Control Puerperal y del Neonato)

K1: Capt: Captación Temprana asistida (0, 1)

K2, 3, 4: Ctrol: Control Prenatal Trimestres 1, 2 y 3 asistido (0, 1)

K5: Part: Parto Institucional con Control Puerperal y Control Neonatal asistido (0, 1)

$p_{5z} > p_{1z} > p_{kz}$

- **Cálculo del valor para bonos**

Cada uno de los bonos (BCP y BPI) está diferenciado por tipo de comunidad de conformidad con la tipología establecida (comunidad tipo A y tipo B) y de momento privilegiado por el PACO (un control prenatal regular en un CONE Básico habilitado por trimestre, captación temprana y parto institucional, control puerperal y control neonatal).

El cálculo final para determinar el **valor de los bonos** se obtuvo a partir del ejercicio de microsimulación en el que se calculó la demanda por servicios de salud materno-infantil bajo diferentes escenarios de montos del subsidio de la Red de Oportunidades en términos reales, obteniendo rendimientos positivos a todo lo largo de la curva de demanda; por tanto, se seleccionó el valor de los apoyos en los que se obtienen tasas de cobertura del 100% de los beneficiarios.

Los resultados de la microsimulación establecen un monto promedio para el caso de parto institucional, con base en ello y en los pesos relativos de los eventos (30% – Captación Temprana-10%–Control Prenatal- 40%-Parto Institucional) se calculó el monto para la Captación Temprana y los Controles Prenatales Trimestrales, quedando la propuesta de costos como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Valores de apoyos comunitarios dirigidos a mujeres embarazadas

Valores Mujeres Embarazadas

Precios (p_{ek}) para Embarazadas (Balboas)		
Eventos	Zona A	Zona B
Capatacion Temprana	45,0	45,0
Control Primer trimestre	15,0	15,0
Control Segundo trimestre	15,0	15,0
Control Tercer trimestre	15,0	15,0
Parto Institucional	60,0	90,0
Maximo pago embarazada:	150	180

Los Apoyos a Mujeres Embarazadas se hacen efectivos en el momento en el que tienen lugar los eventos

15

El detalle sobre los cálculos para llegar a los valores expuestos en la tabla 3, podrán consultarse en el **Anexo Técnico 1**. Metodología para el cálculo de apoyos comunitarios.

Pagos: Los pagos a las mujeres embarazadas se realizan por evento cumplido. Es decir que una mujer podrá tener un máximo de 5 pagos durante su proceso de gestación, al haber asistido a los momentos que privilegia el PACO así: uno por asistir a un control prenatal antes de su semana 12 de gestación, donde el estado de embarazo haya sido certificado por el personal calificado, un pago por cada control trimestral certificado por el personal calificado y un pago por parto institucional, control puerperal y control neonatal certificado por personal calificado.

La tabla 4 contiene el tipo de bonos, la frecuencia de pago, la periodicidad de entrega de los bonos y las condiciones de entrega de los mismos y el cubrimiento que tienen.

Tabla 4. Resumen por tipo de bonos

Tipo de Apoyo	Frecuencia de pago	Valor del Apoyo	Periodicidad de entrega	Condiciones de entrega	Cubrimiento
Bono por Control Prenatal (BCP) por Captación Temprana	por evento	De conformidad con tabla de estratificación por Clasificación de comunidades (tipo A o B)	1 vez antes de la semana 12 de gestación	Control certificado por personal calificado	mujer embarazada
Bono Control Prenatal (BCP) una vez por trimestre en CONE Básico habilitado	por evento	De conformidad con tabla de estratificación por Clasificación de comunidades (tipo A o B)	1 vez cada trimestre de gestación conforme a protocolo médico, certificado por personal calificado	Control certificado por personal calificado	mujer embarazada
Bono por parto Institucional, control puerperal y control neonatal (BPI)	por evento	De conformidad con tabla de estratificación por Clasificación de comunidades (tipo A o B)	1 vez después del parto certificado por personal calificado	Parto, control puerperal y control neonatal, certificado por personal calificado	mujer embarazada + acompañante

Cada uno de estos pagos los efectuará el custodio de caja menuda, previa autorización del funcionario a quien se le haya asignado esta función y se realizarán en el CONE Básico habilitado, posterior a verificar la certificación por parte del personal calificado.

La lista con el valor a pagar por cada bono de acuerdo a la clasificación en la que haya quedado la comunidad será provista por la DRS antes de iniciar la ejecución del PACO.

Los procesos operativos para la entrega y canje de bonos de control prenatal por captación temprana, controles prenatales trimestrales en CONE Básico habilitado y Parto institucional podrán consultarse en el **Manual Operativo, Módulo 1**.

CAPITULO 4. ESTRUCTURA DE LOS APOYOS COMUNITARIOS Y METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE VALORES DIRIGIDOS A PROMOTORES VOLUNTARIOS DE SALUD

Los Promotores-as voluntarios-as¹⁸ de salud (PVS) hacen parte de los actores de los equipos comunitarios previamente determinados por la estrategia ISM para recibir apoyos comunitarios.

¹⁸La función de Promotor Voluntario de Salud no está sujeto a condiciones de género, no obstante en aquellas comarcas donde el equipo regional lo sugiera, se deberá dar prioridad a las parteras como parte de este grupo.

Estos actores son elegidos por la comunidad y por lo tanto gozan de confianza y credibilidad por parte de los pobladores de las comunidades y al mismo tiempo, son enlaces entre los servicios de salud que ofrece el Estado panameño y la población indígena.

Los apoyos comunitarios que se van a brindar, se darán por el logro de los PVS en actividades que se encuentren directamente relacionadas con el aumento de la demanda de servicios materno infantiles¹⁹.

Un aspecto importante para lograr la mayor difusión es saber el número de PVS con el que se dispone en cada comarca. Actualmente, el reporte brindado por los equipos regionales, respecto al número total de PVS es el siguiente:

Tabla 5. Cantidad de Promotores Voluntarios de Salud por comarca

COMARCA	TOTAL PROMOTORES-AS VOLUNARIOS-AS DE SALUD
Guna yala	30
Ngâbe Buglé	684
Emberá Wounnan	NR*

Fuente: Equipos Regionales de Salud.

La comarca de Emberá Wounnan presenta la particularidad de tener asistentes de salud, quienes han estado encargados de las actividades de promoción en las diferentes comunidades, por lo anterior, el equipo regional propuso que este personal, continúe a cargo de las actividades de Promoción y que solo se complete con promotores voluntarios de salud en aquellas comunidades donde no exista la figura del asistente de salud. En el momento de llevar a cabo el piloto, la regional deberá haber provisto esta información.

Así mismo se identificó la necesidad de que la Dirección de Promoción desarrolle todo lo referente al trabajo de campo que deben realizar los PVS.

4.1 Apoyos Comunitarios dirigidos a Promotores Voluntarios de Salud

Los apoyos comunitarios destinados a las PVS, siguen la misma estructura de los apoyos a mujeres embarazadas donde se privilegian momentos dentro del proceso de gestación (captación temprana, controles prenatales trimestrales en CONE Básico

¹⁹ Los apoyos comunitarios que se brindan a los PVS también reposan sobre las Teorías del Aprendizaje pero en este caso es básico el COMPROMISO inicial que adquieren las personas de la comunidad que van a ejercer este rol y su PERCEPCION frente a las actividades que van a desarrollar. Así, si la persona presenta un fuerte compromiso hacia su comunidad y comprende la importancia que revierte su accionar en las actividades que se propusieron, se puede esperar un mayor desempeño y auto eficacia en el cumplimiento de las mismas.

habilitado y parto institucional, control puerperal y control neonatal). En el caso de los PVS, se entra a apoyar el esfuerzo que realizan en la búsqueda y seguimiento de las mujeres embarazadas, para que éstas asistan y sean constantes en el uso de los servicios materno infantiles.

4.1.1 Actividades objeto de apoyo comunitario:

- **Captación Temprana:** se dará un apoyo comunitario a cada PVS, cuando las mujeres de las comunidades que le han sido asignadas tuvieron parto y asistieron a su primer control prenatal (en CONE Básico habilitado o Red Itinerante). El estado de gestación de la mujer deberá estar certificado por el personal calificado.
- **Controles prenatales, uno por trimestre en CONE Básico habilitado:** Se dará un apoyo comunitario por la cantidad de embarazadas de las comunidades que le fueron previamente asignadas, que tuvieron parto y asistieron a un Control Prenatal en CONE Básico habilitado en uno de los tres trimestres del embarazo. El control deberá estar certificado por el personal calificado.
- **Parto Institucional, control puerperal y control neonatal:** se da un apoyo comunitario por la cantidad de embarazadas que tuvieron su parto parto asistido por personal médico calificado en un CONE (Básico o Completo). El parto deberá estar certificado por el personal calificado.

(El detalle sobre las actividades que deberán realizar los PVS se puede consultar en el **Manual Operativo, Módulo 2**).

4.1.2 Temporalidad

Todo PVS que haya sido seleccionado previamente por las comunidades de conformidad con los requerimientos de la DRS, podrá permanecer por un año en el PACO al final del cual, la Dirección de Promoción y la DRS definirán su continuidad.

Gráfica 8



El año empieza a correr a partir de que el supervisor (Educador o Técnico de Saneamiento Básico) hace entrega a los PVS del listado de mujeres en edad fértil de las comunidades que le hayan sido asignadas. La entrega del listado deberá coincidir con el final de la capacitación que impartirá la Dirección de Promoción a los PVS.

Los supervisores de los PVS (Educadores o Técnico de Saneamiento Básico) son los encargados de hacer el seguimiento en campo a las actividades que deben desarrollar los PVS de conformidad con los lineamientos de la Dirección de Promoción, también estarán encargados de programar los pagos de cada PVS.

Todo lo relacionado con el proceso que se debe seguir con los PVS puede consultarse en el **Manual Operativo, Módulo 2**.

4.1.3. Mecanismo para la entrega de apoyos comunitarios a los PVS: los apoyos comunitarios a cada PVS se llevarán a cabo en los CONE Básicos habilitados, empleando la caja menuda, de conformidad con los reportes entregados por el Supervisor.

4.2 Metodología para el cálculo de valores de los apoyos comunitarios dirigidos a los Promotores Voluntarios de Salud

4.2.1 Aspectos contemplados en los apoyos comunitarios a PVS:

En el cálculo de los valores se reconoce el esfuerzo de cada PVS por cada mujer embarazada (per cápita) que cumple efectivamente con los eventos objeto de apoyos comunitarios y tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- A. Carga de Mujeres Embarazadas por PVS

- B. Ponderación de los momentos privilegiados por el PACO
- C. Rangos de desempeño

El valor final a pagar a cada Promotor Voluntario de Salud dependerá del número de mujeres embarazadas que correspondan a las comunidades asignadas, que hayan tenido su parto durante el periodo de corte (cuatrimestre) y hayan cumplido con el momento privilegiado por el PACO.

A. Carga de Mujeres embarazadas por PVS

Cada PVS tiene una o varias comunidades asignadas, con un total de 300 personas por cubrir a través de actividades de Promoción, apoyo a la nominalización, saneamiento básico, entre otras; estas comunidades hacen parte de la división actual que tiene el MINSA por grupos poblaciones o áreas de salud en el caso de Guna Yala. De esta forma, cada PVS estará a cargo del grupo de mujeres en edad fértil (población potencial a ser destinatarias de apoyos comunitarios) que hacen parte de la comunidad o comunidades asignadas.

Se determinó el porcentaje de mujeres en edad fértil del grupo de 300 que puede llegar a cubrir un PVS en un año.

Se realizó un análisis para determinar el número de nacimientos promedio para cada PVS por año y por cuatrimestre. (El detalle sobre este proceso puede consultarse en el **Anexo Técnico 1. Metodología para el cálculo de apoyos comunitarios**).

El resultado de este ejercicio arrojó que para un periodo de cuatro meses se pueden estimar tres (3) nacimientos por PVS.

B. Ponderación de los momentos enfatizados para ser objeto de apoyo comunitario: Así, como se muestra en la gráfica 9, se reconoce altamente el esfuerzo que la PVS debe realizar en las actividades que conllevan a que una mujer embarazada decida tener su parto en un CONE Básico habilitado.

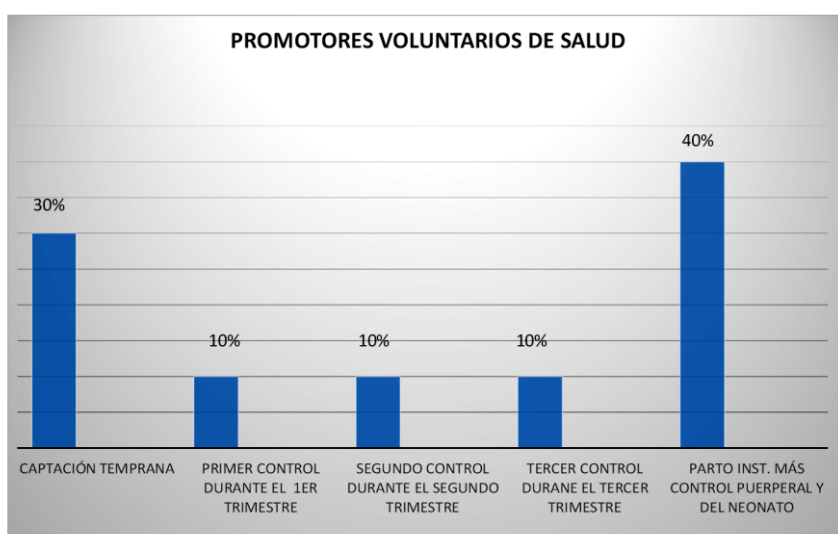
El segundo lugar de importancia se da a la captación temprana de una mujer en estado de embarazo y todas las actividades que deberá desarrollar (la búsqueda activa, sensibilización y motivación de la embarazada y su familia hacia los servicios de salud materno infantiles, entre otros).

El tercer lugar se da a las actividades de seguimiento sobre las mujeres que deben practicarse sus controles prenatales y a aquellas que por algún motivo no vuelven al siguiente control, principalmente el que tendrá lugar en el CONE Básico habilitado²⁰ trimestralmente.

²⁰ Se privilegia el CONE Básico, como instancia habilitada para brindar una respuesta diferenciada a los controles prenatales que se brindarán desde el servicio de salud materno infantil.

Gráfica 9.

Ponderación para Captación Temprana, Controles Prenatales Trimestrales y Parto Institucional



8

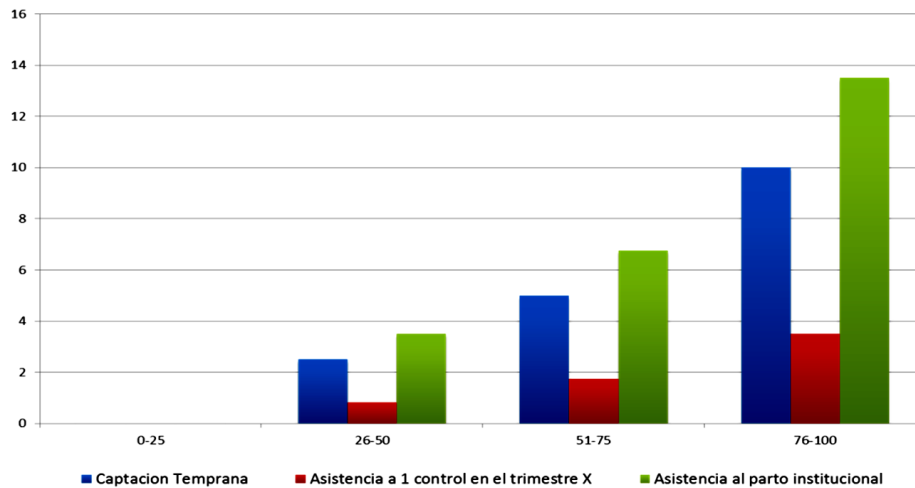
C. Rangos por Desempeño:

Se construyó una tabla por rangos de desempeño según los niveles de cobertura alcanzados por los PVS, en consecuencia, a mayor número de mujeres cubiertas por el PVS obtendrá un mayor valor que se traduce en un mayor pago. (Ver Gráfica 10)

Gráfica 10.

Promotores Voluntarios de Salud

Los valores se organizan por rangos según niveles de cobertura y aumentan a medida que los PVS logren captar un mayor número de Mujeres Embarazadas de sus comunidades asignadas:



21

4.2.2 Cálculo de valores para los apoyos comunitarios dirigidos a Promotores Voluntarios de Salud

El valor de los apoyos comunitarios para Promotores Voluntarios de Salud está relacionado con los momentos privilegiados por el PACO durante el proceso de gestación de la embarazada y su fórmula para el cálculo de pago se establece de la siguiente manera:

$$I_i = \sum_{k=1}^5 N_{ik} \cdot p_{ke} \quad \text{si} \quad X_{ke-1} \leq \frac{N_{ik}}{NT_{ik}} < X_{ke}$$

$$p_{ke} > 0$$

$$\Delta p(k, e) > 0$$

Donde:

Promotor: i

I_i : Apoyo comunitario para el promotor i

k = 1, 2, 3, 4 y 5 son los eventos que deben atender las Mujeres Embarazadas asignadas al Promotor Voluntario de Salud: Captación Temprana, al menos un Control Prenatal Trimestral en CONE Básico habilitado y parto institucional, control puerperal y control neonatal.

n=1...N son las mujeres que terminaron su embarazo en el periodo de pago

$N_{ik} = 1$ si la mujer n , que está asignada al promotor i , realizó el evento k

NT_{ik} = Número Total de casos posibles para promotor i en indicador k

p_{ek} = es el precio per cápita para cada indicador k en función de cada estrato de cobertura e

En la tabla 6 se muestra el valor establecido para pago por cada una de las actividades objeto de apoyo comunitario:

Tabla 6. Valor a pagar por las actividades objeto de apoyo comunitario – Promotor Voluntario de Salud

Promotores Voluntarios de Salud					
Precios (p_{ek}) para Promotores (Balboas)					
Tasas Cobertura (N_{ik}/NT_{ik}) del Indicador k (%)					
Eventos		0-25	26-50	51-75	76-100
K=1	Capatacion Temprana	0	2,5	5	10
K=2	Control Primer trimestre	0	1	1,75	3,5
K=3	Control Segundo trimestre	0	1	1,75	3,5
K=4	Control Tercer trimestre	0	1	1,75	3,5
K=5	Parto Institucional	0	3,5	6,75	13,5

Los Apoyos Comunitarios a los Promotores Voluntarios de Salud se hacen efectivos cada cuatro meses y no pueden superar los \$100 en cada período

22

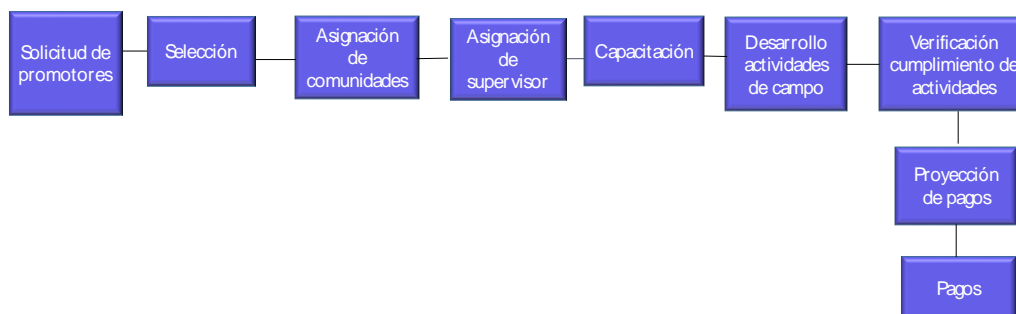
Ciclo de pago: El pago de apoyos comunitarios a PVS se llevará a cabo cada cuatro (4) meses, de conformidad con el consolidado de los logros alcanzados por cada actividad objeto de apoyo y el valor otorgado a cada una de ellas y no podrá exceder un valor máximo de cien (100) USD por cuatrimestre para cada PVS.

El detalle sobre el proceso operativo se puede consultar en el **Manual Operativo. Módulo 2).**

Operativamente el proceso de PVS sigue la siguiente dinámica, la cual se desarrolla en detalle en el Manual Operativo del PACO y las instancias encargadas de cada procedimiento se nombran a continuación:

Flujograma 1. Proceso Promotores Voluntarios de Salud

Proceso de Apoyos Comunitarios - Promotor voluntario de salud



Dirección de Promoción: estará encargada de la definición de actividades y los tipos de soportes que deberán emplear los PVS para constatar su efectividad en la búsqueda, enganche y seguimiento de las mujeres embarazadas de sus comunidades asignadas.

También se encargarán de revisar, ajustar y desarrollar los temas en los que deberá focalizarse la capacitación para asegurar que tanto el componente educativo como de mercadeo social del PACO está de acuerdo con los fines propuestos y definirá las actividades que deberá ejecutar en campo cada PVS.

DRS: Encargada de todo lo referente a la planeación en campo de la cantidad de PVS requeridos y de la proyección de recursos que se necesitan para efectuar sus pagos, así como la asignación de PVS por supervisor y de comunidades a cubrir.

Estar en permanente coordinación con la Dirección de Promoción para todo lo referido a las actividades de campo de los PVS y con la DPSS para el monitoreo del programa en lo que a los PVS se refiere.

Educador o Responsable de Saneamiento Básico: ejercen la supervisión en campo de los PVS, del seguimiento a las actividades objeto de pago, de la proyección de pagos cuatrimestrales y la actualización de información referente a los PVS asignados.

Deberá mantenerse en constante coordinación con el encargado de Promoción en la región y con los demás responsables de las actividades de pago (responsable de la caja menuda), capacitación (Promoción), planeación estratégica en campo (DRS), consolidación de información (equipos de gestión) y monitoreo (DPSS en la región).

Promotores Voluntarios de Salud: se encargarán de ejecutar las actividades para pago propuestas por el PACO de conformidad con las instrucciones que reciban en las

capacitaciones y las directrices provenientes de la Dirección de Promoción o de la DRS a través de su supervisor.

Custodio de Caja Menuda: hacer efectivo el pago de PVS, enviar los informes de pago al Coordinador de Gestión para su consolidación.

Director CONE Básico habilitado y Coordinador Red Itinerante: Monitorea la proyección de pagos efectuados por los supervisores de los PVS. En el caso del Director de CONE Básico habilitado, autorizar el pago de los PVS.

Responsable del área de promoción en la región: encargado de monitorear las actividades de supervisión de los educadores y responsables de saneamiento básico.

Encargado de coordinar las diferentes capacitaciones dirigidas a los PVS de acuerdo con los cronogramas y disposiciones de la Dirección de Promoción.

Recibe y consolida la información proveniente de las posibles quejas, sugerencias y otras, provenientes de las mujeres que hacen parte del PACO.

Da respuesta o canaliza las mismas a las instancias correspondientes según sea la naturaleza de la queja o reclamo de la mujer embarazada. Asegurando en todo caso que las mujeres que hacen parte del programa reciban una respuesta efectiva.

CAPITULO 5. ESTRUCTURA DE APOYOS COMUNITARIOS Y METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE VALORES BRINDADOS A TRAVÉS DE FONDOS COMUNITARIOS

En este capítulo se describen los elementos tenidos en cuenta para la conformación de los apoyos comunitarios dirigidos a la comunidad a través de fondos comunitarios²¹ y la metodología empleada para el cálculo de los valores a pagar.

5.1 Estructura de apoyos comunitarios a través de fondos comunitarios

El Estado Panameño consciente de las barreras sociales, culturales y económicas que viven algunas comunidades indígenas, que ponen en riesgo la vida de la mujer y del neonato e incrementan la morbi – mortalidad materna, brindará unos apoyos a través de fondos comunitarios, constituyéndose en una ayuda para que la población indígena inicie un ejercicio de planeación que busque articular posteriormente, con la formulación y desarrollo de las actividades consignadas o que harán parte del Plan de Desarrollo de los pueblos indígenas.

Este apoyo está diseñado para sensibilizar a toda la comunidad en torno a los beneficios que implica hacer uso de los servicios de salud y apoyar el financiamiento de actividades que sean de interés de la comunidad indígena, las cuales deben haber sido concertadas previamente por la misma y estar relacionadas con:

- i) la salida de mujeres embarazadas que se dirigen a tener su parto institucional o que presentan signos de alarma, extendiendo esta salida para el caso de los neonatos. (ver apartado sobre asignación de recursos).
- ii) actividades de salud relacionadas con el Plan de Parto.
- iii) la priorización de situaciones de salud que hayan decantado en morbi-mortalidad identificados por la comunidad por ciclo vital.

5.1.1 Condicionalidades

Para que una comunidad reciba fondos comunitarios deberá cumplir con los indicadores propuestos.

- **Indicadores para la asignación de recursos:**

²¹ El apoyo comunitario a la comunidad a través de fondos comunitarios se convierte igualmente en un "condicionante operante" (conocido así en la Teoría del Aprendizaje), dirigido a toda la comunidad, en este sentido, el fondo hace las veces de refuerzo al estar asociado al desempeño colectivo de la comunidad (tanto de las mujeres embarazadas como de los miembros encargados de planear la salida de las mismas desde sus comunidades). Se espera conseguir eficacia por parte de la comunidad hacia la planeación de la salida de las mujeres que van a parto institucional así como frente a las demás situaciones descritas en el documento. Por ello, es muy importante que el MINSA cumpla a tiempo con la entrega de este apoyo para reforzar el esfuerzo realizado por el colectivo en su conjunto.

El MINSA otorgará un recurso a manera de fondo comunitario con base en el resultado obtenido por cada una de las comunidades en los indicadores propuestos para la asignación del mismo, el cual entregará a la organización comunitaria encargada del manejo del fondo o fondos comunitarios al que pertenezca la comunidad. Estos indicadores son:

- Plan Comunitario de Traslado de la Mujer Embarazada y de Recién Nacidos²²: Que la comunidad cuente en el momento de iniciar el PACO en la misma, con un Plan que garantice su organización para la preparación y efectiva salida de las mujeres embarazadas que se dirigen a tener un parto institucional o aquellas que presentan signos de alarma.

A partir del segundo año, este Plan deberá estar actualizado anualmente.

- Asistencia a los momentos privilegiados por el PACO: Que el mayor número de las mujeres embarazadas de la comunidad, hayan asistido a los momentos privilegiados por el PACO (captación temprana, Controles prenatales trimestrales en un CONE Básico habilitado o en la extensión de los mismos y parto institucional, control puerperal y control neonatal), de conformidad con las condicionalidades del programa.
- Diligenciamiento de la Ficha de Plan de Parto: que el mayor número de mujeres embarazadas de la comunidad, hayan diligenciado su Ficha de Plan de Parto.
- Asistencia a la totalidad de momentos privilegiados por el PACO: Que a las mujeres embarazadas de la comunidad se les haya confirmado su estado antes de la semana 12 de embarazo (CONE Básico habilitado o Red Itinerante), asistiendo posteriormente a los tres controles prenatales trimestrales en CONE Básico habilitado y tenga un parto institucional con un primer control puerperal y el control del neonato de conformidad con la normatividad panameña. También se incluye que las mujeres embarazadas hayan realizado su plan de parto.

- **Plan Comunitario de Traslado de la puérpera y de recién nacidos**

Este indicador es un **pre- requisito** para que una comunidad acceda a los recursos del fondo.

²² Plan Comunitario de Traslado de la Mujer Embarazada y de Recién Nacidos: Es un documento realizado por el Comité de plan de parto y traslado, en colaboración con el personal de salud, que debe tener información sobre los medios de transporte y las instalaciones donde deben llegar, entre otros, los neonatos y las mujeres que presenten signos de alarma durante el embarazo o en el post parto.

El Plan Comunitario de Traslado es un instrumento que le permite a la comunidad planear, gestionar y coordinar todas las actividades requeridas para que la población que debe salir de manera inesperada pueda hacerlo en el menor tiempo posible, garantizando que tanto los recursos humanos como logísticos se encuentren disponibles y que las coordinaciones con la red de servicios del MINSA se han llevado a cabo frente a la activación de la alarma. Igualmente, debe contemplar la ruta que seguirán los transportadores de las personas que deban ser desplazadas, para que el recorrido se realice en el menor tiempo posible y con las mínimas paradas intermedias necesarias hasta llegar al punto de articulación con la instancia resolutive de la red de servicios.

Para que la comunidad acceda a los recursos provenientes de este indicador deberá tener elaborado este Plan a más tardar al final del primer año de haber sido incorporada la comunidad en el PACO.

El recurso proveniente por el indicador de Plan Comunitario de Traslado de la mujer embarazada y de recién nacidos es un monto de asignación fija y hace parte de un rubro exclusivo para el manejo del desplazamiento de:

- a. Toda mujer embarazada a quien no haya sido posible programarle su parto desde la UBA.
- b. Toda mujer embarazada a quien una UBA le haya programado un parto pero no haya podido salir de la comunidad.
- c. Toda mujer embarazada que se encuentre cercana al parto (al menos 5 días antes del evento).
- d. Toda mujer embarazada que se encuentre iniciando la labor de parto.
- e. Toda mujer que haya tenido un parto **no** asistido por personal calificado.
- f. Así mismo toda mujer embarazada, puerpera o neonato que presente signos de alarma.

(Ver detalle en el **Apéndice 4. Fondos Comunitarios**)

y para el primer año de entrega tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- Clasificación de las comunidades según tipo: Para el cálculo de este recurso, se toma como base la clasificación realizada para las comunidades, por tipo (A ó B) que tiene en cuenta el costo diferenciado de transporte hasta el CONE Básico de referencia; constituyéndose en el primer tramo de salida de la mujer embarazada o en post parto o el neonato con presencia de signos de alarma.
- Incidencia de casos: se toma como base el porcentaje de casos que se presenten por signos de alarma en los neonatos (2.2%) y en las mujeres que se encuentran embarazadas o en su fase de post parto (15%)²³.

²³ OMS 2005, Lancet 2006-7.

A partir del segundo año, se dará un monto fijo por la actualización del Plan Comunitario de Traslado de acuerdo al tipo de comunidad (A ó B) sobre la base del costo de traslado de una mujer embarazada hasta el CONE Básico habilitado, pero no se tomará la incidencia de casos, pues se reemplaza por un monto per capita, de conformidad con los resultados que obtenga la comunidad en los indicadores por asistencia a los eventos privilegiados por el PACO y a la totalidad de los mismos.

- **Asistencia a los momentos privilegiados por el PACO**

Los recursos provenientes de los indicadores de: i) asistencia de las embarazadas a los momentos privilegiados del PACO y ii) asistencia a la totalidad de momentos privilegiados, son de asignación variable y dependerán de los resultados obtenidos por cada comunidad en cada uno de ellos, así:

Asistencia de las embarazadas a los momentos privilegiados por el programa: mide la cobertura alcanzada por la comunidad en captación temprana, controles prenatales en un CONE Básico habilitado y partos institucionales con controles puerperales y controles neonatales en un CONE (básico o completo) y la elaboración de la ficha de plan de parto obtenida por las comunidades.

Asistencia a la totalidad de momentos privilegiados por el programa: mide la cobertura de mujeres que mostraron interés por mejorar las condiciones de salud haciendo uso de los servicios materno neonatal infantiles; habiendo cumplido todo el ciclo programado de intervención: Un primer control antes de su semana 12 de gestación, tres controles prenatales trimestrales en un CONE Básico habilitado, parto institucional con control puerperal y control neonatal en un CONE (básico o completo) y elaboración de la ficha de plan de parto.

Ambos indicadores podrán ser empleados para rubros diferentes: apoyo para el traslado de embarazadas, puérperas y neonatos que presentan signos de alarma, para ejecutar las actividades relacionadas con el plan de parto o para los aspectos de morbi - mortalidad de salud que haya priorizado la comunidad por ciclo vital.

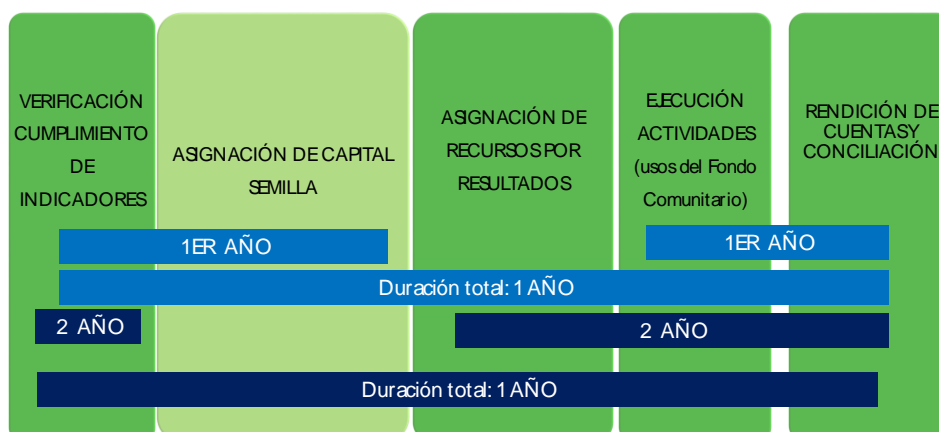
La comunidad dejará consignado en acta los porcentajes destinados para cada uno de los rubros al inicio del convenio/contrato con la DRS y podrá variar cada año de conformidad con las necesidades de la comunidad, pero en todo caso se deberá dejar por escrito en el convenio el porcentaje para cada uno de ellos.

5.1.2 Temporalidad:

La transferencia de los apoyos comunitarios para el fondo comunitario, iniciar a partir del **primer año** en que la comunidad se incorpore al PACO siempre y cuando cumpla con el indicador de tener elaborado el Plan Comunitario de Traslado. La comunidad tendrá un año para ejecutar dicho recurso.

Gráfica 11.

CICLO DE LOS APOYOS COMUNITARIOS A ORGANIZACIONES COMUNITARIAS ADMINISTRADORAS DE FONDOS COMUNITARIOS



A partir del **segundo año** en adelante, la asignación del recurso para el fondo comunitario se realiza de conformidad con los resultados obtenidos por la comunidad frente al cumplimiento de los indicadores propuestos (actualización del Plan Comunitario de Traslado, Cantidad de mujeres embarazadas con ficha de plan de parto diligenciada, Asistencia a los momentos privilegiados por el PACO y Asistencia a todos los momentos en su conjunto privilegiados por el PACO) para ser empleado en las diferentes actividades planteadas para el fondo comunitario.

5.1.3 Mecanismo para la entrega de fondos comunitarios: El mecanismo que se empleará para entregar los recursos por concepto de Fondo Comunitario será la transferencia; la cual se transfiere a las organizaciones administradoras de fondos comunitarios que hayan sido seleccionadas para este propósito. (Ver detalle en el **Apéndice 4**)

5.2 Metodología para el cálculo de valores de los apoyos comunitarios a través de fondos comunitarios

5.2.1 Aspectos considerados en la definición de costos para los apoyos comunitarios a través de fondos comunitarios

En la definición de los montos para apoyos comunitarios a través de fondos comunitarios, se toma como base algunos aspectos que se analizaron en los apoyos para mujeres embarazadas:

- A. Costos de transporte y clasificación de comunidades
- B. Ponderación de los momentos privilegiados por el PACO

A. Costos de transporte y clasificación de comunidades: Se partió del ejercicio realizado para estimar el costo que tiene trasladar a una persona (en este caso una mujer embarazada) desde su comunidad de origen hasta el CONE básico de referencia y se continuó empleando la clasificación por tipo de comunidad A ó B. (Ver detalle en el apartado D. Costos de Transporte y clasificación de comunidades punto 3.2.1 del presente documento).

B. Ponderación: Los momentos que tiene en cuenta el Fondo Comunitario como parte de sus indicadores, se corresponden con los privilegiados tanto para mujeres embarazadas como para Promotores Voluntarios de salud, adicionando el evento de tener diligenciada la Ficha de Plan de Parto.

Como se muestra en la gráfica 12, se privilegia el parto institucional, control puerperal y el control neonatal (30%), como el evento de mayor importancia, con el ánimo de que el mayor número de mujeres de la comunidad hayan dado a luz en una instancia del servicio de salud habilitada para ello y asistido por personal calificado; momento durante el cual la mujer podrá estar acompañada de la persona que ella elija.

Se otorga a la captación temprana (20%), que como se ha dicho anteriormente, busca que una mujer se acerque lo más tempranamente a usar los servicios de salud materno infantiles.

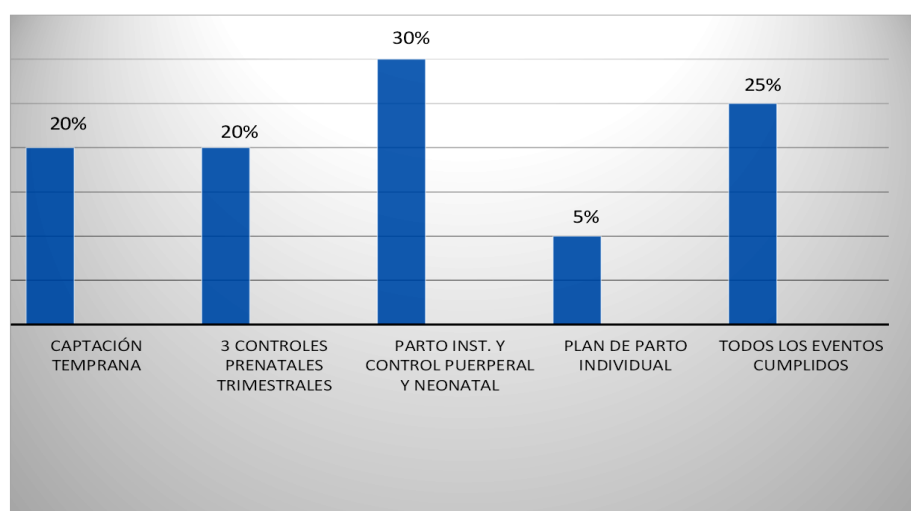
Se equiparan los tres controles prenatales regulares en un CONE Básico habilitado (20%) al porcentaje total que se le otorga a la captación temprana, buscando apoyar la detección de complicaciones gineco – obstétricas a lo largo del proceso de gestación de la mujer.

En menor medida con un (5%) se tiene en cuenta la elaboración del Plan de Parto, que incluye el acuerdo que firman las autoridades indígenas para adelantar en sus territorios el Plan de Parto con todas las mujeres que allí habitan y el diligenciamiento de la Ficha de Plan de Parto por parte de las mujeres embarazadas. Lo anterior, con el ánimo de reforzar la planeación del embarazo y la salida que deberán efectuar las mujeres que se dirijan a tener su parto institucional.

Finalmente se da un valor porcentual de (25%) por el cumplimiento de todos los eventos: captación temprana, 3 controles prenatales trimestrales en CONE Básico habilitado con parto institucional, control puerperal y control neonatal y la elaboración de Plan de Parto; privilegiando el compromiso de las comunidades y de las mujeres embarazadas por el cumplimiento de todo el proceso.

Gráfica 12

Ponderación para Captación Temprana, Controles Prenatales Trimestrales, Parto Institucional, Controles Puerperales y Neonatales y Plan de Parto para Fondos Comunitarios



25

El valor de los apoyos comunitarios para el fondo comunitario está sujeto a los resultados obtenidos por las comunidades en los indicadores propuestos; reconociendo cada año el esfuerzo comunitario por los logros alcanzados en los eventos que se muestran en el cuadro 4.

Los apoyos a los Fondos Comunitarios **sólo generan pago por la existencia o actualización del Plan Comunitario de Traslado**, asignándole un precio a su cumplimiento. Este indicador es un costo fijo.

Cuadro 5. Resultado, Indicadores y expresión matemática para Fondos Comunitarios

Fondos Comunitarios

Resultado	Indicador	Expresión matemática
5 eventos de Salud Materno-Infantil (SMI)	<ul style="list-style-type: none"> - Captación temprana - 3 Controles Prenatales por Trimestre en CONE Básico habilitado - Parto Institucional, Control Puerperal y del Neonato - Plan de Parto Individual - Mujeres Embarazadas que cumplen con los 4 eventos de SMI en su conjunto 	$EM_j \cdot \left(\sum_{k=1}^5 N_{jk} \cdot p_{kz} \right)$
Plan Comunitario de Traslado	Plan Comunitario de Traslado actualizado	$EM_j \cdot p_{emz}$

27

La fórmula para el cálculo de los apoyos comunitarios dirigidos a la comunidad, se establece de la siguiente manera:

$$I_{jzc} = EM_j \cdot \left(\sum_{k=1}^5 N_{jk} \cdot p_{kzc} \right) + EM_j \cdot p_{emzc}$$

Donde:

I_{jzc} : Es el pago a la comunidad j en la zona z de la comarca c

j: comunidad

z: Zona geográfica de acuerdo a tiempo de transporte al CONE básico habilitado de referencia (A ó B)

c: Comarca indígena (Ngâbe Buglé, Guna Yala, Emberá Wounnan)

k=1, 2, 3, 4, 5 son los eventos que se miden a nivel de mujer (captación temprana, asistencia a 3 controles -al menos uno por trimestre-, parto institucional -con Control Puerperal y del Neonato-, que tenga el plan de parto, y todos los eventos en conjunto)

p_{kzc} : precio de cada evento k, $\sum_{k=1}^5 p_k = 1$, $p_k \in [0,1]$

N_{jk} : número de mujeres en la comunidad j que cumplieron con el indicador k

EM_j : variable binaria que vale 1 si la comunidad j tiene hecho un Plan Comunitario de Traslado actualizado y 0 si no lo tiene.

p_{emzc} : precio de tener el Plan Comunitario de Traslado actualizado para la comunidad en la zona z de la comarca c.

4.2.1 Cálculo de valores para el indicador de Plan Comunitario de Traslado

El valor para el indicador de Plan Comunitario de Traslado para el primer año, se calcula teniendo en cuenta:

- El costo promedio del transporte en cada tipo de comunidad (A ó B) según la distancia al CONE Básico de referencia en cada Comarca Indígena.
- El total de la incidencia de casos de signos de alarma que ocurre en promedio en una comunidad así: 2.2% de la población de neonatos y 15% del total de mujeres embarazadas, sobre el total de mujeres esperadas para el año.

Durante el primer año se entregará un monto inicial a manera de capital semilla por este indicador, dicho monto contempla el valor fijo por tener realizado el Plan Comunitario de Traslado y la proyección estimada del costo de traslado por comunidad tipo (A ó B) por la tasa de incidencia de mujeres embarazadas, púerperas y neonatos que deben salir por presentar signos de alarma.

A partir del segundo año, se reconocerá únicamente, un valor por comunidad tipo (A ó B) por tener actualizado el Plan Comunitario de Traslado.

Los detalles de este cálculo se pueden consultar en detalle en el **Anexo Técnico 1. Metodología para el cálculo de apoyos comunitarios.**

5.2.2 Cálculo de los valores por mujer embarazada que cumple con eventos del PACO

Este monto es variable y se entrega por cada Mujer Embarazada (per cápita) que cumpla con asistir a los momentos privilegiados por el PACO y a la totalidad de los mismos. Este indicador solo se aplica a partir del segundo año. Para establecer su valor se tuvo en cuenta:

- Las tasas de fertilidad en las comarcas indígenas.
- El costo promedio del transporte en cada tipo de comunidad (A ó B) según la distancia al CONE Básico de referencia en las Comarcas.

Tabla 7. Valores a pagar según indicador para fondos comunitarios

Fondos Comunitarios

Precios (pkzc) para Fondos Comunitarios por ME que cumple (Balboas)				
	Eventos	Zonas geográficas		Peso rel. por evento
		A	B	
K=1	Capatacion Temprana	1,00	8,00	20%
K=2	Tres Controles Trimestrales	1,00	8,00	20%
K=3	Parto Institucional, Ctrol PP y NN	1,50	12,00	30%
K=4	Plan de Parto	0,50	2,00	5%
K=5	4 eventos de SMI en conjunto	1,50	10,00	25%

Precio del Plan Comunitario de Traslados (pemz) (Balboas)		
	Zonas geográficas	
	A	B
	50	200

29

Los detalles sobre la metodología para el establecimiento de los valores podrá consultarse en el **Anexo Técnico 1** Metodología para el cálculo de apoyos comunitarios.

- Consideraciones importantes: El MINSA deberá entrar a revisar los valores de los costos de transporte entregados por los equipos regionales, principalmente el de Ngâbe Buglé donde es necesario referenciar valores para algunas de las comunidades de los grupos poblacionales. Se sugiere el levantamiento de costos para la comarca Ngâbe Buglé. Igualmente, es importante que el MINSA revise y ajuste los criterios técnicos y el concepto que fueron tenidos en cuenta para la determinación de "comunidades", con el fin de que todas compartan un mismo parámetro que pueda servir para la proyección y posterior asignación de los recursos a embarazadas así como para la planeación del trabajo de campo con los equipos comunitarios.

Ciclo de Pagos: El recurso para el fondo comunitario se empieza a entregar el primer año de conformidad con los requisitos por indicador a cada nueva comunidad, no obstante, a partir del segundo año, contado a partir del mes en que ésta se integra al PACO, se iniciará con el indicador por asistencia a eventos. El MINSA debe asegurar que se prioricen las comunidades donde se implemente por primera vez el programa.

- Instancias que intervienen:

Comité de Salud o Comité de Plan de Parto y traslado (CCPPT): Encargados de elaborar el Plan Comunitario de Traslado, socializarlo y apoyar su implementación.

Educador o Responsable de Saneamiento Básico: Acompaña la elaboración del Plan Comunitario de Traslado y monitorea su implementación. Reporta al Director del CONE Básico habilitado o al Coordinador de la Red Itinerante el estado del Plan.

Director de CONE Básico habilitado o Coordinador Red Itinerante: Revisan y dan las sugerencias al Plan Comunitario de Traslado y comunican oficialmente a la DRS el estado del Plan (Ver detalles en el Manual Operativo Módulo 3).

Por medio del Equipo de Gestión, entrega a la DRS el reporte anual sobre los resultados obtenidos en los indicadores por cada comunidad.

DRS: Se asegura de que la autoridad indígena en la comunidad ha firmado el acuerdo que permite llevar a cabo las acciones para implementar el Plan de Parto.

Designa formalmente un supervisor del convenio/ contrato para cada organización comunitaria administradora de Fondos comunitarios.

Asigna el recurso por comunidad de conformidad con los resultados obtenidos en los indicadores y a los valores establecidos por el MINSA.

Socializa con las autoridades indígenas los resultados de los indicadores de las comunidades.

Monitorea la ejecución de los fondos a través del supervisor delegado del convenio con la organización comunitaria encargada de la administración del fondo comunitario.

Coordina con DASI y asegura la participación de las autoridades indígenas en los diferentes procesos del PACO que sean de su interés (fondos comunitarios, perfiles de los promotores voluntarios de salud, construcción de los mensajes para la socialización del programa entre la comunidad).

DASI: coordina con las autoridades indígenas la incorporación de los aspectos del Fondo Comunitario que sean de interés de los pueblos indígenas en el Plan de Desarrollo Indígena, así como las capacitaciones que sean necesarias para su consecución.

Autoridades Indígenas: Encargadas de presentar un listado de organizaciones comunitarias existentes en su comunidad a la DRS que potencialmente podrían administrar el o los fondos comunitarios. (Todo lo referente a Fondos Comunitarios puede consultarse en el **Apéndice 4. Fondos Comunitarios**)

Se aseguran de haber firmado el acuerdo para implementar las actividades de Plan de Parto.

Dan a conocer entre las comunidades los resultados obtenidos en los indicadores.

Participan en los procesos de su interés (fondos comunitarios, perfiles de los promotores voluntarios de salud, construcción de los mensajes para la socialización del PACO entre la comunidad).

Aseguran que se lleven a cabo las auditorías sociales necesarias para vigilar el funcionamiento de los fondos comunitarios.

Velan por no exceder los montos asignados para el fondo comunitario por rubro.

Coordinan con DASI todo lo referente a la incorporación de los aspectos del Fondo Comunitario que sean de interés de la comunidad, en el Plan de Desarrollo Indígena.

CAPITULO 6. ESTRUCTURA DE LOS APOYOS COMUNITARIOS Y METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE VALORES DIRIGIDOS A MONITORAS AIN-C

Las Monitoras AIN-C también hacen parte de los actores de los equipos comunitarios previamente determinados por la estrategia ISM para recibir apoyos comunitarios.

Son elegidas por la comunidad y por lo tanto gozan de confianza y credibilidad por parte de los pobladores de las comunidades y al mismo tiempo, son enlaces entre los servicios de salud que ofrece el Estado panameño y la población indígena.

Los apoyos comunitarios que se van a brindar, se darán por el logro de las Monitoras AIN-C en actividades que se encuentren directamente relacionados con el mejoramiento de las prácticas nutricionales en niños y niñas entre 0 y 24 meses²⁴.

Actualmente, el reporte brindado por los equipos regionales, respecto al número total de Monitoras AIN-C es el siguiente:

Tabla 8. Cantidad de Monitoras AIN-C por Comarca

COMARCA	TOTAL MONITORAS AIN-C
Guna yala	179
Ngâbe Buglé	751
Emberá Wounnan	NR

Fuente: Equipos Regionales de Salud.

En el momento de llevar a cabo el piloto, la regional de Darién (Emberá Wounnan) deberá haber coordinado acciones con el Departamento de Nutrición para contar con Monitoras AIN-C, de conformidad con las directrices impartidas para dicha región.

6.1 Estructura de los Apoyos Comunitarios dirigidos a Monitoras AIN-C

El PACO, hace énfasis en técnicas y herramientas empleadas por el componente AIN-C para su ejecución en campo y su cumplimiento de conformidad con las especificaciones dadas para cada una de ellas por el Manual AIN-C, serán objeto de apoyo comunitario.

²⁴ Los apoyos comunitarios que se brindan a las Monitoras AIN-C también reposan sobre las Teorías del Aprendizaje pero en este caso es básico el COMPROMISO inicial que adquieren las personas de la comunidad que van a ejercer este rol y su PERCEPCION frente a las actividades que van a desarrollar. Así, si la persona presenta un fuerte compromiso hacia su comunidad y comprende la importancia que revierte su accionar en las actividades que se propusieron, se puede esperar un mayor desempeño y auto eficacia en el cumplimiento de las mismas.

6.1.1 Actividades objeto de apoyo comunitario:

1. **Consejería individualizada a madres / cuidadores principales de niños y niñas de cero (0) a 24 meses:** Una Monitora AIN-C debe visitar individualmente y de acuerdo con el protocolo, al mayor número de niños y niñas asignados bajo su cargo durante el mes para el periodo de corte. En estas visitas es donde se establecen los compromisos con las madres en materia de nutrición.
2. **Participación de madres / cuidadores principales de niños y niñas entre 0 y 24 meses en sesiones AIN-C:** las Monitoras AIN –C propenderán por cubrir la mayor cantidad de cuidadores de niños y niñas entre 0 y 24 meses bajo su cuidado, motivándolos y logrando su efectiva asistencia a las sesiones mensuales para compartir y discutir sobre temas de cuidado de salud y nutrición de los niños y niñas.

6.1.2. Temporalidad

Toda Monitora AIN-C que haya sido seleccionada previamente por las comunidades de conformidad con los requerimientos de la DRS, podrá permanecer por un año en el PACO al final del cual, el Departamento de Nutrición y la DRS definirán su continuidad.

Gráfica 13.

CICLO DE LOS APOYOS COMUNITARIOS A MONITORAS AIN-C



El año comienza a correr a partir de que el supervisor (Nutricionista o Técnico de Enfermería 2) hace entrega a las Monitoras AIN-C del listado de niños y niñas, así como de sus cuidadores o madres asignadas. La entrega del listado deberá coincidir con el final de la capacitación que impartirá el Departamento de Nutrición.

Los supervisores son los encargados de hacer el seguimiento en campo a las actividades que deben desarrollar las Monitoras AIN-C de conformidad con los lineamientos del Manual AIN-C y de programar los pagos de cada Monitora.

Todo lo relacionado con el proceso que se debe seguir con las Monitoras AIN-C puede consultarse en el **Manual Operativo. Módulo 4**.

6.1.3. Mecanismo para la entrega de apoyos comunitarios a las Monitoras AIN-C: los apoyos comunitarios a cada Monitora AIN-C se llevarán a cabo en los CONE Básicos habilitados, empleando la caja menuda, de conformidad con los reportes entregados por el Supervisor.

6.2. Metodología para el cálculo de valores de apoyos comunitarios dirigidos a las Monitoras AIN-C

6.2.1. Aspectos contemplados en el otorgamiento de apoyos comunitarios a Monitoras AIN-C:

En el cálculo de los valores se reconoce el esfuerzo que cada Monitora debe realizar para cumplir efectivamente con las actividades objeto de apoyos comunitarios y tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- A. Carga de niños y niñas, y cuidadores por Monitora AIN-C
- B. Ponderación de actividades propuestas
- C. Rangos por cumplimiento de actividades

A. Carga de Niños y niñas y cuidadores por Monitora AIN-C

A toda Monitora AIN-C se le asigna un total de 12 niños y niñas en edades entre 0 y 24 meses.

Así mismo se le debe asignar el grupo de cuidadores²⁵ que participarán en las reuniones mensuales.

²⁵ Por Cuidadores se entenderá: el adulto responsable del cuidado cotidiano permanente del niño o niña.

El valor de los apoyos comunitarios para Monitoras AIN-C se otorga teniendo en cuenta: que el máximo número de niños y niñas así como de cuidadores asignados no supere doce (12) y que se cumplan las actividades propuestas.

Se valora el esfuerzo por cubrir la mayor cantidad de niños y niñas asignados de conformidad con los lineamientos establecidos en el Manual AIN-C.

En el caso del cubrimiento de niños y niñas: cada porcentaje se calcula por actividad realizada contra el total de niños y niñas cubiertos para el periodo de corte.

Par el caso de reuniones mensuales el porcentaje se calcula por el total de cuidadores que asistieron efectivamente durante el periodo de corte.

B. Ponderación: Así como se muestra en la gráfica 14. Se otorga una mayor relevancia al esfuerzo que deben realizar las Monitoras en visitar a cada niño y niña asignado para brindar consejería sobre nutrición y establecer compromisos sobre este tema, que redunden en cambios positivos de prácticas nutricionales (65%).

Se tiene en cuenta también, aunque en un menor medida, el esfuerzo que realizan las Monitoras para llevar a cabo las reuniones mensuales con cuidadores (30%).

Gráfica 14



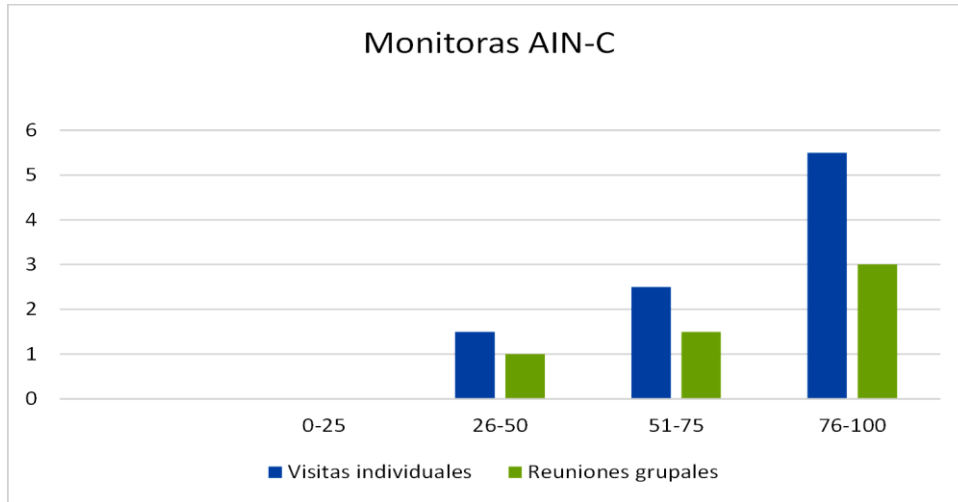
41

C. Rangos por cumplimiento

Se construyó una tabla por rango de cumplimiento, de manera que a mayores niveles de cobertura de niños-as o cuidadores asignados se aumente el valor alcanzado, lo que se traduce en un mayor monto de pago. (Ver gráfica 15)

El detalle sobre el procedimiento de la construcción de rangos se puede consultar en el **Anexo Técnico 1**. Metodología para el cálculo de apoyos comunitarios.

Gráfica 15



6.2.2 Cálculo de valores para los apoyos comunitarios dirigidos a Monitoras AIN-C

La fórmula para el cálculo de pago será la siguiente:

$$I_i = \sum_{k=1}^3 N_{ik} \cdot p_{ke} \quad \text{si} \quad X_{ke-1} \leq \frac{N_{ik}}{NT_{ik}} < X_{ke}$$

Monitora: i

I_i : Apoyo para la monitora i

Indicadores de eventos $k = 1, 2$ y 3 que corresponden con la realización de visitas individuales, asistencia de cuidadores a reuniones grupales y convocatoria y seguimiento a la asistencia de niños y niñas a controles de crecimiento y desarrollo.

N_{ik} = Número de casos "efectivos", es decir, cumplidos, que podrá cobrar la monitora i por el indicador k.

NT_{ik} = Número Total de casos posibles para la monitora i en indicador k

$p(k, e)$ = Es una función que otorga pesos diferentes a cada indicador k y dentro de cada indicador, a cada estrato de cobertura. (Ver tabla 8)

p_{ek} = Valor de la función p (k,e).

X_{jke} = límite del estrato de cobertura e para el evento k.

En la tabla 9 se muestran los valores máximos a pagar por cada una de las actividades, de conformidad con el porcentaje de niños y niñas o de cuidadores cubiertos en los cuatro meses para cada una de las actividades propuestas:

Tabla 9. Valor de actividades objeto de apoyo comunitario – Monitoras AIN- C

Precios (p_{ek}) para Monitoras (en Balboas)				
Eventos	Tasas Cobertura (N_{ik}/NT_{ik}) del Indicador k (%)			
	0-25	26-50	51-75	76-100
Visitas individuales	0,0	1,5	2,5	5,5
Reuniones grupales	0,0	1,0	1,5	3,0

Ciclo de pago: El pago de apoyos comunitarios a Monitoras AIN-C se llevará a cabo cada cuatro (4) meses, de conformidad con los consolidados de seguimiento a las actividades planteadas en la tabla 8 y el valor total a pagar por cuatrimestre no podrá exceder cien (100) USD por cada monitora en el cuatrimestre.

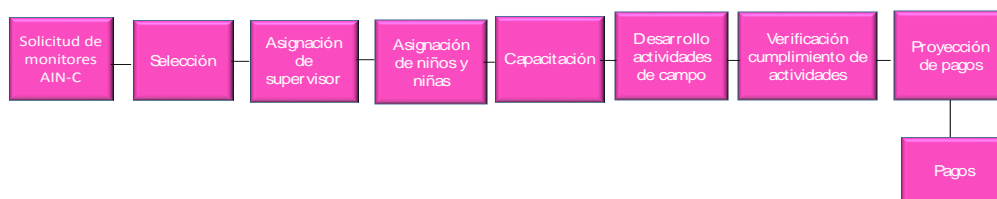
El pago lo proyectará el supervisor (Nutricionista o Técnico de Enfermería II) y el responsable del pago será el custodio de caja menuda en el CONE Básico habilitado.

Los pasos que explican la forma en que se realizará la proyección de pagos para cada una de las actividades objeto de apoyo comunitario podrá consultarse en detalle en el **Manual Operativo. Módulo 4.**

Operativamente el proceso de Monitoras AIN-C sigue la siguiente dinámica (ver Flujograma 2), la cual se desarrolla en detalle en el Manual Operativo del Programa de Apoyos Comunitarios y las instancias que participan son las siguientes:

Flujograma 2

Proceso de Apoyos Comunitarios - Monitoras AIN-C



Departamento de Nutrición: estará encargado de la implementación de la estrategia AIN-C en las regiones.

DRS: Encargada de coordinar todo lo referente a la planeación en campo conjuntamente con el Departamento de Nutrición sobre la cantidad de Monitoras AIN-C requeridas y de la proyección de recursos requeridos para sus pagos, así como la asignación de Monitoras AIN-C por supervisor.

Nutricionista o Técnico de Enfermería II: ejercen la supervisión en campo de las Monitoras AIN-C, del seguimiento a las actividades objeto de pago, de la proyección de pagos cuatrimestrales y la actualización de información referente a las Monitoras AIN-C asignadas.

Deberá mantenerse en constante coordinación con el encargado de Nutrición en la región y con los demás responsables de las actividades de pago (responsable de la caja menuda), capacitación (Departamento de Nutrición), planeación estratégica en campo (DRS), consolidación de información (equipos de gestión) y monitoreo (DPSS en la región).

Custodio de Caja Menuda: hace efectivo el pago de las monitoras AIN-C, envía los informes de pago al Coordinador de Gestión para su consolidación.

Director CONE Básico habilitado y Coordinador Red Itinerante: Monitorea la proyección de pagos efectuados por los supervisores de las Monitoras AIN-C. En el caso del Director de CONE Básico habilitado, autorizar el pago de las Monitoras AIN-C por caja menuda.

Nutricionista regional: encargado de monitorear las actividades de supervisión de las nutricionistas y los técnicos de enfermería II, de conformidad con el Manual AIN-C.

- **Revisión y Actualización de valores**

En el **Apéndice 2**. Escenarios por cobertura se presentan tablas con los costos estimados para el PACO desagregado por cobertura.

Los mismos se constituyen en un referente de los posibles costos. No obstante, los diferentes valores de referencia a establecer y emplear para cada una de las fórmulas requieren ser revisados anualmente por la UGSAF y entregados a las diferentes unidades ejecutoras por parte de la DRS.

Es preciso adelantar periódicamente un ejercicio de ajuste de costos y metodología, se recomienda que al menos se haga cada año:

1. Entrar a verificar y ajustar la clasificación de comunidades tipo A o B en función de la densidad poblacional, los tiempos y costos de desplazamiento.
2. Revisar los CONE Básico de referencia indicados por los equipos regionales de salud como punto de llegada de las diferentes comunidades, para asegurar que los mismos corresponden a los CONE habilitados por el MINSA.
3. Verificar que los CONE Básico referenciados se encuentran habilitados para dar respuesta efectiva a la demanda de controles prenatales trimestrales y tengan capacidad efectiva de atender la demanda de parto.

Estas actividades conjuntamente con el empleo de variables técnicas permiten que el programa responda efectivamente a la realidad de las comarcas, al tiempo que se convierten en un instrumento de optimización de los recursos del Estado y permite la toma de decisiones estratégicas en función de las metas y objetivos misionales que se establezca el MINSA en materia de atención materno infantil.

CAPITULO 7. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

7.1. Monitoreo y supervisión

El monitoreo es un seguimiento que se hace periódicamente a la forma en que se vienen desarrollando los procesos y procedimientos para mirar que se ajusten a lo que está planeado.

Para el caso del Programa de apoyos comunitarios, se hará seguimiento sobre los siguientes procesos cada 3 meses y lo llevará a cabo el equipo de supervisión del MINSA, aunque como se mencionó anteriormente es importante contar con un monitor del proyecto para cada una de las comarcas:

- Financiero
- Administrativo
- Operativo

1. Financiero: referido al seguimiento de la ejecución presupuestal.

Busca poder ajustar los costos de la operación del programa de apoyos comunitarios en los primeros momentos de la implementación, de conformidad con:

- la demanda real de mujeres embarazadas que hagan uso de los mecanismos dispuestos en campo: bonos por los diferentes momentos establecidos: captación temprana, controles prenatales y parto institucional
- pagos realizados por concepto de apoyos comunitarios contra el total de promotores voluntarios y monitoras AIN-C que hacen parte del equipo comunitario y que firmaron acta de compromiso.
- Igualmente el monitoreo al aspecto financiero permite determinar el comportamiento que está teniendo la operación a lo largo de su implementación; información útil para tomar decisiones conducentes a optimizar los costos del programa.

En el Apéndice 3 se presenta un conjunto de variables e indicadores potenciales a ser empleados para el monitoreo. Igualmente, se pueden encontrar las variables e indicadores específicos para el monitoreo financiero en el módulo de monitoreo del Manual Operativo.

Cada una de estas variables, permite determinar la cantidad de mujeres embarazadas que emplearon bonos por cada uno de los momentos establecidos, esta información deberá cruzarse con la que arroje la ejecución presupuestal del periodo y de esta

manera conocer el total del costo por cada unidad ejecutora (CONE Básico habilitado y organizaciones comunitarias administradoras de fondos comunitarios).

A esta información se le adiciona la arrojada por los fondos comunitarios sobre la cantidad de recurso ejecutado por concepto del rubro para desplazamiento de neonatos y mujeres embarazadas de acuerdo con los casos habilitados para el fondo comunitario, del rubro empleado para actividades relacionadas con el Plan de Parto y por situaciones de morbi – mortalidad priorizadas por la comunidad por ciclo vital, contra el transferido al fondo.

Respecto a la información sobre pagos de apoyos comunitarios a PVS y Monitoras AIN-C, las variables que aparecen en el Apéndice 3 permiten conocer el total de actores de los equipos comunitarios que recibieron un apoyo comunitario.

La información arrojada por las variables empleadas, deberá cruzarse con la que arroje la ejecución presupuestal del periodo y de esta manera conocer el total del costo por cada unidad ejecutora (CONE Básico habilitado y organizaciones comunitarias administradoras de fondos comunitarios).

Aspectos de Supervisión:

La supervisión sobre los aspectos financieros en lo local la tendrá a cargo el ente fiscalizador, quien mediante visitas aleatorias in situ verificará la ejecución de los recursos asignados a cada CONE Básico habilitado por concepto del manejo de caja menuda para el pago de bonos y apoyos comunitarios a los promotores voluntarios de salud y a las monitoras AIN-C.

Igualmente, el ente fiscalizador verificará la ejecución de los recursos por parte de los agentes de manejo que contrate el MINSA.

Lo anterior no está en detrimento de que auditoría interna del MINSA realice igualmente todo tipo de verificación en campo.

3. Administrativo: se hará el seguimiento al comportamiento de las unidades ejecutoras (CONE Básico habilitado y Organizaciones comunitarias encargadas de administrar los Fondos comunitarios) en términos de:

- el número de desembolsos que debió realizar la DRS a la caja menuda ubicada en los CONE Básicos habilitados, durante los cortes de seguimiento y al final del año. Este se convierte en un indicador que permite determinar la demanda que está teniendo cada CONE Básico habilitado y por ende la cobertura de destinatarias que debe abarcar al año.
- la ejecución del proceso de entrega y canje de bonos a las mujeres embarazadas. Para este proceso se hará una verificación sobre el total de mujeres que recibieron bono según el tipo (BCP o BPI) para el periodo de corte y los canjes de bonos realizados por evento.

- El valor de recursos asignados a las organizaciones administradoras de los fondos comunitarios contra su ejecución por cada rubro.

Aspectos de supervisión

Entrega y canje de bonos: a cargo del equipo supervisor de la DRS. Dicha supervisión deberá incluir visitas aleatorias in situ en los CONE Básicos habilitados y en la Red itinerante, pudiendo solicitar la información de reportes sobre la entrega y canje de bonos que permitan verificar entre otros, que se están entregando de conformidad con los criterios establecidos. Esto no agota otro tipo de mecanismos como el control interno.

Los indicadores y variables sobre información de salida que arroja el programa de apoyos comunitarios, pueden ser consultados en el Apéndice 3. Variables e indicadores para monitoreo.

Esta supervisión incluirá reuniones aleatorias con destinatarias de los apoyos comunitarios en cualquier momento del ciclo de intervención (se sugiere al menos 1 por año) que permitan retroalimentar el proceso.

Ejecución de los Fondos Comunitarios: a cargo del equipo supervisor de la DRS. Dicha supervisión debe incluir reuniones con transportadores, con mujeres que presentaron signos de alarma en el post parto y con las madres de los neonatos que debieron ser trasladados por presentar signos de alarma , pudiendo solicitar a la organización que maneja los fondos, los soportes que constaten la ejecución de este rubro. Los formatos que recogen la diferente información contienen campos que permiten recolectar estos datos.

Auditoría social al proceso de entrega y canje de bonos y a la ejecución de fondos comunitarios: llevada a cabo en la comunidad por parte del equipo de auditoría social; deberá incluir la participación de mujeres que han recibido y canjeado bonos, así como las emplearon el fondo para realizar salidas de la comunidad por presencia de signos de alarma. Las organizaciones administradoras de Fondos comunitarios deberán realizar la rendición de cuentas sobre la ejecución de los otros dos rubros: actividades de plan de parto y ii) priorización de signos de alarma por ciclo vital. Este monitoreo permite conocer la impresión de las destinatarias y de la comunidad en general respecto al programa y a las dificultades o aciertos durante su implementación.

En este sentido, el equipo encargado del monitoreo debe consultar y sistematizar las diferentes quejas levantadas por parte de las destinatarias del programa y entregar un reporte por cada uno de los CONE Básicos habilitados donde opera el mismo. Lo anterior, con el fin de identificar elementos que permitan determinar la calidad que tienen los procesos y procedimientos que se están implementando.

3. Operativo: relacionado con la realización de las actividades de campo que llevan a cabo los Promotores voluntarios de salud y Monitoras AIN-C para hacerse acreedores a un apoyo comunitario.

En el caso de los PVS y Monitoras AIN-C, se le delegará un supervisor en campo, quien estará encargado de planear, acompañar y verificar el cumplimiento de las actividades por las cuales se recibe un apoyo comunitario. Así, el responsable de las actividades que debe desarrollar la Monitora AIN-C será el Técnico de Enfermería II o la Nutricionista del EBS. En el caso de los Promotores Voluntarios de Salud será el Educador o el Técnico de saneamiento del EBS.

En el Apéndice 3. Se presentan algunas variables de salida e indicadores a emplear para el monitoreo y en el Anexo 7 se presentan algunas situaciones de alerta y su forma de mitigarlas.

Tabla 10. Roles de los actores involucrados en el proceso de apoyos comunitarios a los promotores voluntarios de salud

Momento Privilegiado por PACO	Pago	Supervisor (Educador, técnico de saneamiento)	Director Médico / Enfermera	Red Fija	DRS (Promoción)
Captación de mujeres embarazadas antes de semana 12 de gestación de la comunidad asignada	Cuatrimestral sobre el consolidado de la cantidad de mujeres que tuvieron parto en el cuatrimestre y que canjearon bono por captación temprana	Asigna comunidades de acuerdo con los lineamientos de la DRS. Supervisa trabajo de campo. Revisa la información consolidada del mes sobre embarazadas que tuvieron parto y que canjearon bono por captación temprana, por comunidad que lleva el CONE Básico habilitado. Revisa formatos de	Monitorea la proyección para pago a PVS. Monitorea el pago a PVS por medio de la caja menuda.	Consolida mensualmente la información sobre mujeres embarazadas que se acercaron para ser atendidas y canjearon bono por: 1. control prenatal antes de su semana 12 de gestación 2. control prenatal regular una vez cada trimestre 3. Para tener parto institucional, control puerperal y control neonatal	Supervisa proceso (técnico, operativo y administrativo) de apoyos comunitarios dirigidos a los PVS.
Mujeres embarazadas de comunidades asignadas con controles trimestrales en CONE Básico habilitado	Cuatrimestral sobre el consolidado de la cantidad de mujeres que tuvieron parto para el periodo y canjearon bono por asistencia a un control prenatal trimestral en CONE Básico habilitado				
Mujeres que	Cuatrimestral				

tuvieron parto institucional, control puerperal y control neonatal de la comunidad asignada	sobre la cantidad de mujeres que canjearon bono por parto institucional con control puerperal y control neonatal.	canje de bonos. Proyecta pagos por PVS Acompaña el pago a cada Promotor voluntario.			
---	---	---	--	--	--

Tabla 11. Roles de los actores involucrados en el proceso de apoyos comunitarios a Monitoras AIN-C

Momento privilegiado por PACO	Pago	Supervisor (Nutricionista / Técnico II de Enfermería - EBS)	Nutricionista Regional
Cobertura de niños y niñas de cero (0) a 24 meses bajo su cargo que cuentan con consejería individualizada	Cuatrimestral de conformidad con la cantidad de niños y niñas con visita de consejería individualizada	Asignar niños y niñas para consejería individualizada de acuerdo con las directrices de la DRS. Asignar niños y niñas sujeto de seguimiento (visitas domiciliarias) referenciados por UBA.	Indicar las Monitoras AIN-C, bajo el cargo de cada nutricionista de los EBS. Verificar que las proyecciones para pago se encuentren conforme a los valores establecidos. Esta actividad de manera periódica puesto que el médico coordinador del EBS monitorea el ejercicio de proyección para pagos llevado a cabo por el Nutricionista o Técnico de II de Enfermería del EBS.
Participación mensual de mujeres o cuidadores activos con niños y niñas entre 0 y 24 meses en sesiones AIN-C	Cuatrimestral de acuerdo con la cantidad de mujeres o cuidadores que efectivamente participaron para el periodo de corte.	Verificar el cumplimiento de las actividades objeto de apoyos comunitarios de acuerdo con los parámetros establecidos. Proyectar pago para Monitoras AIN-C bajo su cargo. Acompañar el pago a las Monitoras AIN-C bajo su cargo. Remitir la información a los equipos de gestión.	Realizar visitas aleatorias en campo a Monitoras AIN-C para verificar pagos realizados.

Nota: la expresión activos-as hace referencia al hecho de que la persona debe estar viviendo en la comunidad.

Responsabilidad de reporte por instancias:

UBA: será responsabilidad del Equipo de Gestión, consolidar la información proveniente de: i) el canje de bonos y el número total de mujeres que se acercaron para cada evento (captación temprana, controles prenatales por trimestre y parto institucional, control puerperal y control neonatal) y ii) del consolidado de montos pagados por apoyos comunitarios a Promotores Voluntarios de Salud y Monitoras AIN-C y el total de actores del equipo comunitario que las recibieron.

DRS: Es responsable del equipo de monitoreo por comarca que estará encargado de realizar el seguimiento a la ejecución presupuestal cada (3) meses.

Así mismo deberá recibir cada (4) cuatro meses, los reportes remitidos por las UBA y por las organizaciones comunitarias que administran los fondos. Los resultados de este monitoreo los deberá consolidar y enviar a la DPSS cada seis (6) meses.

DPSS: Revisa los informes provenientes de las actividades de los encargados del monitoreo y de la información remitida por al DRS y reporta a la UGSAF dos (2) veces en el año.

7.2 Evaluación

Se cuenta con el diseño de una evaluación inicial que contempla comunidades de control y de evaluación para medir los efectos que puede tener el programa de apoyos comunitarios otorgados a destinatarios específicos (en este caso mujeres embarazadas y promotores voluntarios de salud) en el aumento de la demanda de servicios materno neonatal – infantiles.

Se hará una primera evaluación de procesos en la Comarca Gnâbe – Buglé a los 6 meses de implementado el modelo conducente a retroalimentar los procesos operativos adelantados durante la implementación de la intervención, una segunda a los 12 meses y una última a los 18 meses.

Así mismo, esta evaluación toma en cuenta aspectos cualitativos que permitirán recoger las impresiones de los destinatarios (mujeres embarazadas, promotores voluntarios en salud) que den cuenta de impactos esperados y no esperados.

Se recomienda una evaluación de impacto a los dos años que permita identificar la efectividad de la intervención en la mejoría de acceso y uso de los servicios materno neonatal – infantiles por parte de las mujeres embarazadas que se encuentran en las comunidades más alejadas de los CONE –Básico. Así mismo, que permita determinar el costo – efectividad de la intervención.

También, a modo de contraste, de los resultados inmediatos de provisión relacionados a la cobertura de control prenatal, de parto institucional, de control puerperal y de control neonatal por signos de alarma en las comunidades elegibles y de manera aleatoria en relación a los atributos de calidad brindada (auditoria) según los formularios vigentes del MINSA.

Los resultados obtenidos deberán retroalimentar el programa de apoyos comunitarios y permitir la toma de decisiones en materia de política social.

7.3. Monitoreo y supervisión del Fondo Comunitario

En el caso de los fondos comunitarios, se debe realizar un seguimiento a los siguientes aspectos:

1. Los relacionados con la cantidad de mujeres embarazadas o puérperas que hacen uso del fondo cuando deben trasladarse hasta un CONE Básico habilitado, de conformidad con las situaciones habilitadas para el uso de fondos comunitarios a través de este rubro de traslado de mujeres embarazadas.
 2. Los relacionados con el flujo y puesta in situ de los recursos económicos necesarios para que operen los fondos comunitarios.
1. Uso del fondo para el desplazamiento de embarazadas.
En el Apéndice 3 Variables e indicadores, se entrega una serie de variables que permiten establecer la cobertura de mujeres embarazadas que emplearon el fondo para acceder hasta el CONE Básico habilitado.

Estas variables permiten realizar un seguimiento sobre la cobertura alcanzada por cada organización comunitaria administradora de fondos comunitarios y en combinación con la información de ejecución de cada fondo permite realizar análisis de otro tipo como costo efectividad, entre otros.

2. Flujo y puesta in situ de los recursos económicos

Se emplean variables conducentes a determinar la cantidad de recursos que requiere la operación en una determinada comunidad o corregimiento, por lo que ayudará a que se ajuste el recurso necesario para operar el PACO.

El monitoreo también está dirigido a levantar la información periódica sobre la ejecución del recurso por rubros para establecer el movimiento del fondo respecto de los montos inicialmente entregados para la operación, guiando el comportamiento presupuestal que están y tendrán los fondos.

Aspectos de Supervisión

En primera instancia el/ la Fiscal de la organización encargada de la administración del mismo, es quien deberá verificar mensualmente los movimientos contables del Fondo.

La organización comunitaria, en cabeza del responsable de contabilidad y el Fiscal del Fondo, deben realizar reportes trimestrales sobre el desempeño del Fondo y remitirlos a la Junta Directiva del mismo.

La Junta Directiva a su vez, deberá realizar reportes cuatrimestrales sobre el manejo del fondo comunitario, a manera de rendición de cuentas frente al supervisor del convenio /contrato de la DRS o de la UGSAF.

Es importante que posterior a la segunda rendición de cuentas que deben llevar a cabo las organizaciones comunitarias, la DRS se reúna con los supervisores de convenios para establecer el desempeño que tuvo la organización y poder tomar decisiones respecto a la continuación, fortalecimiento o cambio de organización administradora de recursos. Siempre teniendo en cuenta que la operación no podrá quedar descubierta en campo.

Semestralmente la Junta Directiva de la organización administradora del Fondo o quien ella delegue, deberá rendir cuentas a la comunidad sobre el manejo del mismo, para lo cual se sugiere estén presentes los miembros de la auditoría social y el supervisor delegado por la DRS.

La **DRS**, designará un responsable de la supervisión de los Fondos, quien verificará el funcionamiento del mismo y establecerá el cronograma para que la organización administradora del Fondo Comunitario rinda cuentas cada cuatro (4) meses y hacer una revisión aleatoria de las legalizaciones realizadas previamente por los Comités de Salud a la OE y DRS respectiva, en caso de optar por éstos como administradores de los fondos.

En caso de que la organización comunitaria administradora sea el Comité de Salud, la Red Fija deberá asegurar que cuenta con los elementos de soporte suficientes para llevar a cabo su labor, así como con la capacitación suficiente de su recurso humano; de encontrar debilidades en estos aspectos deberá informarlo a la DRS.

Igualmente, es responsabilidad de la DRS contratar una auditoría externa en caso de que así lo estime necesario. En caso de encontrar situaciones que dejen en evidencia un manejo inconsistente del Fondo, o falta de documentación de sustentación se deberá entrar a auditar y exponer la situación frente a la comunidad, para que estos tomen las medidas necesarias (cambio de los miembros del Comité de Salud, si éstos son los administradores del fondo) y del mismo modo la DRS debe tomar las medidas de control y rigor según normas MINSA, de Hacienda y de Contraloría.

La organización administradora de los fondos comunitarios al hacer las veces de agente de manejo, está enmarcada en todos los procesos de fiscalización y control que tiene el Estado Panameño; por lo anterior, de manera sorpresiva y aleatoria las organizaciones administradoras de los fondos comunitarios podrán ser visitadas por la auditoría interna del MINSA o por los responsables de Contraloría para realizar una revisión a la ejecución de los fondos.

CAPITULO 8. SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA DE APOYOS COMUNITARIOS A LA SALUD MATERNO INFANTIL

La sostenibilidad de la intervención está dada en primera medida al considerar la salud de las mujeres en estado de embarazo como una prioridad de política pública, principalmente teniendo en cuenta la situación socio –económica, política y cultural de las mujeres indígenas.

Todas las acciones que emprenda el Estado de Panamá, conducentes a reducir las brechas de pobreza entre las cuales se encuentra la accesibilidad a las condiciones de salud dignas por parte de las mujeres que han estado históricamente marginadas, como el caso de las indígenas, se constituye en un avance en la búsqueda por la equidad y decanta en el fortalecimiento del sistema público de salud. En este sentido, los Estados que han apostado a mejorar las condiciones de las maternas y de la primera infancia saben que obtendrán un mayor margen de ganancia sobre el desarrollo de sus poblaciones.

En segunda medida y en el sentido del punto anterior, el Estado deberá comprometerse con la asignación de una partida presupuestal específica para el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil y asegurarle una línea presupuestal que proteja y asegure el recurso.

En tercer lugar se encuentran todas las medidas relacionadas con los ajustes necesarios del esquema operativo de la intervención, que busquen alinearlos estratégicamente con la consecución de metas para el sector salud, particularmente de las maternas. En este sentido, cobra importancia todas las medidas de monitoreo y seguimiento, especialmente durante los primeros momentos de la implementación de la intervención, que guíen la toma de decisiones de carácter administrativo y financiero.

Una cuarta medida va dirigida a que el programa actual de extensión de cobertura designe un porcentaje de su presupuesto para el desarrollo del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil. De manera gradual el MINSA a través de los aportes locales y teniendo en cuenta las opciones operativas de la intervención, constitución y/o fortalecimiento de fondos, podrá ir incrementando los recursos disponibles para alcanzar las metas propuestas respecto a la ampliación de cobertura por momentos sensibles (captación temprana, control prenatal en red fija y parto institucional).

Como quinta medida, se encuentra la propuesta de que a corto, mediano y largo plazo, una vez se extienda el programa a las diferentes comunidades y comarcas, se cuente con un sistema de información ágil y eficiente que permita hacer consultas sobre el estado del PACO. En este sentido, se debe procurar que el MINSA descentralice la información desde el nivel central hacia las regiones, que hagan posible las consultas del sistema y contar con módulos para aplicar a la particularidad de los procesos por destinatarios, procurando mantener el sistema en línea hasta donde territorialmente sea posible.

Igualmente, hay formatos de bonos electrónicos de fácil implementación en las UBA y los mismos deberán ser revisados con el responsable de SIGERES para determinar su mejor uso y compatibilidad con el sistema. Se sugiere que esta información sea compartida con Contraloría, de tal suerte que puedan ser considerados como soporte válidos para la legalización de la ejecución de los bonos. Igualmente los diferentes formatos propuestos en el presente documento servirán para contar con las salidas de información que se pueden obtener a partir de su uso y sistematización, lo anterior, en caso de que no se pueda contar con la descentralización del SIREGES en algunas regiones. Los ajustes y sugerencias para el programa de apoyos comunitarios se desarrollan en el **Apéndice 5**.

COMPILACIÓN DE APÉNDICES Y ANEXOS

- **Apéndices**

APÉNDICE 1. INTEGRALIDAD DE LOS COMPONENTES

La integralidad entre los componentes busca que el componente económico sea efectivo en su propósito de apoyar el incremento de la demanda de los servicios materno neonatal- infantiles, teniendo una estrategia que idealmente debería responder a un plan operativo de campo que permita tener un equipo comunitario realizando actividades que organizadamente redunden en el uso de los servicios materno neonatal -infantiles. Este plan operativo deberá estar liderado y monitoreado desde la Dirección de Promoción.

Como parte de este plan operativo está la importancia de identificar actores clave en la toma de decisiones que afectan el uso de los servicios materno - infantiles al interior de las comarcas, así:

Actores Clave: En cada comarca se identificaron actores que tienen influencia en las mujeres gestantes a la hora de tomar decisiones definitivas sobre el uso de los servicios de salud, como la asistencia a controles prenatales y tener parto institucional. Igualmente algunos de ellos, fueron identificados como partícipes en las prácticas de concepción que se dan en cada comarca.

Así, en la Comarca Guna Yala será determinante el trabajo que se desarrolle con el guía espiritual (Nele) y el Inaduled (médico tradicional), principalmente para buscar el aumento de partos institucionales. Las abuelas (que fungen como parteras) así como las madres de las embarazadas desde el aspecto familiar, son esenciales en la toma de decisiones sobre asistencia a controles prenatales y parto institucional. Respecto a su organización política, es importante tener en cuenta a los Sahilas (autoridades locales) con el fin de que se conviertan en actores facilitadores de la salida de mujeres embarazadas de las comunidades hacia los lugares de referencia para parto institucional.

En las comarcas Ngâbe Buglé y Emberá Wounnan es importante incluir en todo el proceso al compañero de la embarazada, debido a la influencia que tiene tanto en la asistencia a controles prenatales como en el parto institucional. En la Comarca Emberá Wounnan adicionalmente, se debe reforzar de manera prioritaria la identificación de signos de alarma durante el embarazo y el propio parto, considerando que la función de partera la desempeña, en la gran mayoría de casos, el compañero de la embarazada. En Ngâbe Buglé es determinante la función de la partera especialmente debido a la gran reserva de las mujeres hacia el género masculino.

La integralidad de los componentes busca que toda la intervención relacionada con el PACO, sea un solo proceso y por lo tanto, los componentes deben estar articulados entre sí de manera intencional, por ello, el plan operativo que se propone para el trabajo ordenado de los Promotores Voluntarios de Salud, debe recoger de manera

ordenada y coherente los componentes de educación, mercadeo social, económico y de provisión. Se propone que este plan operativo sea liderado desde la Dirección de Promoción en salud, que permita articular tanto elementos técnicos (educativo, de mercadeo) como operativos (asegurar la presencia de Promotores Voluntarios en las comunidades, así como su plan operativo de actividades).

Igualmente, la integralidad exige la designación de responsables que guíen y supervisen las actividades que desarrolla en campo, el Promotor Voluntario de Salud y las Monitoras AIN-C. Los responsables de la supervisión fueron identificados conjuntamente con los equipos regionales.

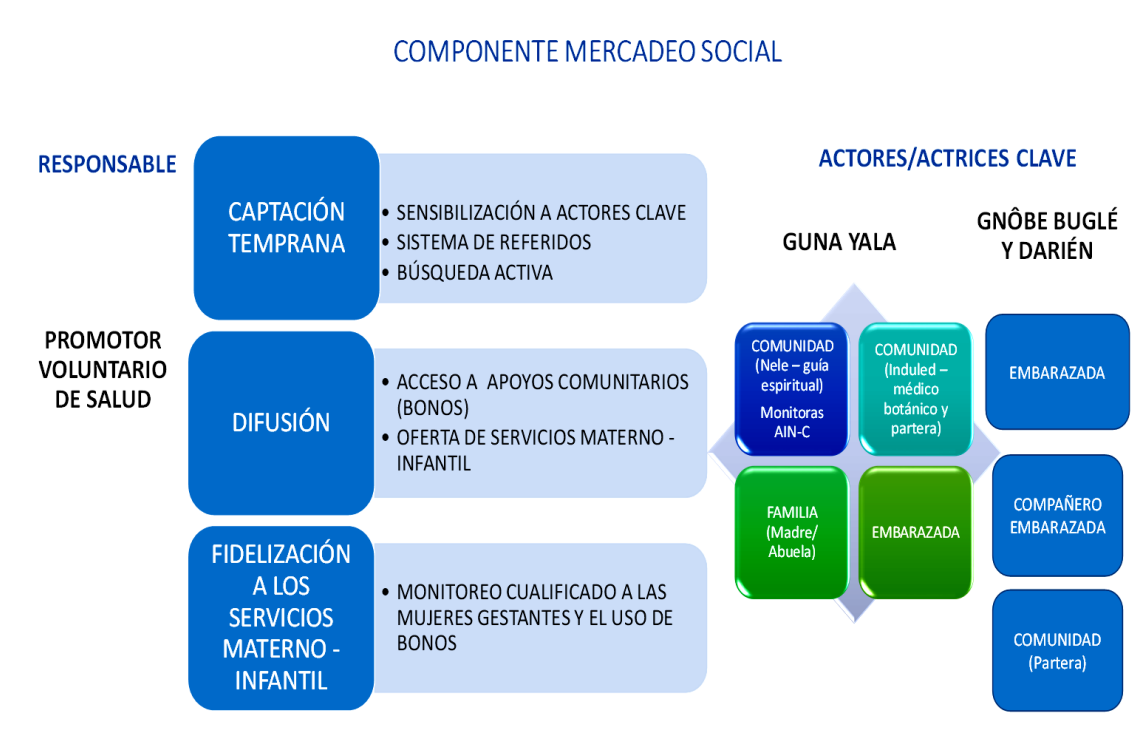
En cada componente se sugieren énfasis en temas que encuentran su razón de ser, en la búsqueda de reducir las barreras culturales o de otra naturaleza vigente, identificadas en cada comarca y que contribuirían positivamente al aprovechamiento de los apoyos comunitarios que se propone introducir. Estos temas se proponen en particular para el plan operativo ideal que debería guiar las actividades de campo de los Promotores Voluntarios de Salud. La mayor información y comprensión que puedan tener los actores clave de cada comarca, redundarán en un cambio de actitud y prácticas que se espera generen un mayor uso de los servicios materno – infantiles.

Componente de Educación: En este sentido, desde el componente de educación que se encuentra a cargo de los Promotores Voluntarios de Salud; se sugiere verificar y ajustar el abordaje de los siguientes temas en particular:



- Componente de Mercadeo Social: se despliega a todo lo largo del proceso de tránsito de la mujer embarazada desde que accede por primera vez a los servicios de salud materno – infantiles, hasta que tiene su atención final en una UBA.

Este componente contempla el desarrollo de tres actividades gruesas que estarían a cargo del Promotor voluntario de salud y que son: i) difusión de la estrategia de intervención del programa de apoyos comunitarios, ii) captación temprana y iii) fidelización a los servicios materno – neonatal - infantiles.



A. Captación Temprana: Constituye una de las actividades principales de campo y se da durante los procesos de focalización de la población susceptible de ser nominalizada dentro de la cual se encuentran las mujeres embarazadas que por lo tanto son destinatarias de los apoyos comunitarios.

Para esta actividad hay que identificar y sensibilizar a los actores clave de cada comarca, de tal suerte que ellos se conviertan en un punto de información para la remisión oportuna de mujeres embarazadas. Esta información es importante para el levantamiento de mapas de mujeres referidas en estado de embarazo, especialmente aquellas que aún no completan su semana 12 de gestación, que le permitan al PVS dirigir de manera eficiente sus actividades de búsqueda activa y posteriormente de monitoreo en campo de las mujeres embarazadas de las comunidades que le sean asignadas.

Otro aspecto importante, es la identificación de espacios de encuentro entre mujeres, que faciliten la búsqueda y referenciación de aquellas que pueden estar en embarazo.

En caso de que se trate de asociaciones o de otro tipo de instituciones, la acción debe estar enfocada a comprometer a la institución o asociación en pro de éste objetivo.

Igualmente, es fundamental adelantar actividades conducentes a sensibilizar a actores clave sobre la comprensión del embarazo, las diferentes situaciones que se pueden presentar durante el proceso de gestación y la necesidad de generar apoyos adecuados a las embarazadas para llegar a un buen término del embarazo, bajo el entendido de que cada embarazo es totalmente diferente al anterior.

B. Difusión: Se refiere a toda la información adaptada culturalmente sobre los tipos de mecanismos para recibir los apoyos comunitarios destinados a mujeres embarazadas y su razón de ser dentro del sistema de salud materno - infantil; se debe dejar claro: qué son, por qué se brindan, quienes pueden acceder a ellos y cómo se usan. En este mismo sentido, mostrar claramente cuál es la relación existente entre cada apoyo económico con cada uno de los servicios materno infantiles (control prenatal, parto institucional y control puerperal y del neonato). Se debe iniciar con esta actividad, previo a la implementación en campo de los apoyos comunitarios. Debe darse una capacitación para la difusión y educación que se va a brindar a las embarazadas y a la comunidad en general.

En esta actividad es fundamental contar con elementos de comunicación para el cambio y de interculturalidad, que le permitan al PVS hacer un trabajo integral entre los temas de educación, los propios de mercadeo y de la futura provisión comprometida. Especialmente para captar aquella población que no se acerca tan fácilmente a los servicios de salud materno - infantiles.

Se sugiere el uso de rotafolios en la medida de lo posible, contruidos conjuntamente con los PVS durante su proceso de capacitación, que contengan información gráfica, lenguaje cotidiano que sean de fácil comprensión para los destinatarios; entre otras estrategias, herramientas o instrumentos validados.

C. Fidelización al sistema de salud: Constituido por todas las tareas de monitoreo permanente a la asistencia de las mujeres en condición de embarazo a sus controles prenatales hasta el momento de parto. Es necesario que los PVS propendan por conocer la situación de cada una de las embarazadas, en especial cuando tienden a no volver a los controles; velar porque se les cumpla con la entrega de bonos²⁶ para tener su parto institucional, control puerperal y control neonatal en un CONE Básico habilitado y en este sentido, convertirse en un transmisor de información cuando se presenta alguna interrupción o discontinuidad o irregularidad sobre el particular, apoyando a su comunidad a velar por el buen funcionamiento de los apoyos comunitarios.

También apoyar el cumplimiento del Plan de Parto que inscribió cada embarazada desde la etapa prenatal temprana, convirtiéndolo en un instrumento real para sus actividades de monitoreo permanente.

²⁶ Bonos: mecanismo a través del cual se entregan los apoyos comunitarios a las mujeres embarazadas por concepto de control prenatal y parto institucional y puerperio.

Es fundamental que la Dirección de Promoción se encuentre coordinada con las Direcciones Regionales de salud para que el plan operativo de los actores comunitarios, responda a la planeación estratégica del sector salud en cada comarca.

APÉNDICE 2. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS Y OPERATIVIDAD

En este apéndice se desarrollan los procesos que seguirá el PACO para administrar los recursos necesarios desde que se realiza el trámite en el nivel central hasta llegar a las regiones; haciendo posible su operación.

Igualmente, se deja una opción para la transferencia local de los recursos a través de un agente de manejo, si el MINSA decide externalizar la operación.

También contiene una propuesta de personal mínimo requerido para el soporte de la operación en los CONE Básicos habilitados en caso de que el MINSA decida emplear los recursos de soporte existentes en la plataforma de la organización existente.

- **Procedimiento Administrativo y financiero del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil**

La financiación para la operación del PACO, se hará a través de **aportes locales**, soportada en la plataforma administrativa y normativa que actualmente tiene el MINSA y que responde igualmente a las regulaciones del Estado Panameño.

En todo caso, el MINSA velará por la realización de los siguientes aspectos, que hagan posible la efectividad de los apoyos comunitarios:

- Que haya una partida presupuestal destinada exclusivamente para la operación del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil. Idealmente, se debería constituir una cuenta exclusiva para el programa.
- Que exista un mecanismo que brinde la posibilidad de realizar pagos en efectivo in situ.
- Que existan unos objetos de gasto aplicables a la intervención del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil.

Los procedimientos administrativos para el PACO pasan por tres niveles: nacional, regional y local.

En el **nivel Nacional** deberán surtirse los procedimientos de planeación que se requieren para poder poner en funcionamiento el mecanismo que operará en el nivel local (Caja Menuda), así mismo será responsable de los procedimientos regulares que hagan posible que se disponga del presupuesto en la región (DRS) para llevar a cabo el

PACO. En este sentido, deberá fluir información desde las regiones que hagan posible proyectar o ajustar el recurso requerido anualmente para el programa.

El **nivel regional** (DRS) será el encargado de realizar los diferentes reembolsos y desembolsos a las unidades ejecutoras (CONE Básico habilitado y Organización comunitaria administradora de Fondos Comunitarios) de conformidad con los tope máximos establecidos para cada caja menuda, así como de realizar los diferentes convenios o contratos con las organizaciones comunitarias encargadas de administrar los fondos comunitarios. Igualmente, estará encargado de consolidar toda la información que arrojen las unidades ejecutoras y que sirvan de insumo para la proyección de recursos necesarios para la operación de los siguientes años.

El **nivel local** estará encargado de la cotidianidad de la operación y se entenderá con los pagos de los apoyos comunitarios a Mujeres embarazadas, Promotores Voluntarios y Monitoras AIN-C. Para el caso de los pagos por bonos y apoyos comunitarios a Promotores Voluntarios y Monitoras AIN-C, será el CONE Básico habilitado la unidad ejecutora y en el caso de apoyos a la comunidad, será la organización comunitaria.

El ciclo financiero pasa por tres momentos a tener en cuenta dentro del proceso:

- Transferencia de los Recursos
- Proyección de Información Requerida
- Desembolsos a la unidad ejecutora: CONE Básico habilitado y Organización Comunitaria administradora de Fondos Comunitarios.

Previo a estos momentos, se tendrá que realizar el siguiente paso de planeación, hasta que la operación quede totalmente a cargo del Estado Panameño:

❖ **Planeación**

La UGSAF deberá solicitar la incorporación del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil, mediante el envío de una nota a la Dirección General del MINSA, en cuyo caso las transferencias se realizarán siguiendo los procedimientos regulares de desembolso a las regiones, bajo las directrices y normativa que dictamine la Dirección General.

Esta acción permite contar con el presupuesto local para los pagos por conceptos de bonos, apoyos comunitarios a Promotores Voluntarios y Monitoras AIN-C y para los fondos comunitarios, al tiempo que permiten tener un destino exclusivo de las transferencias para el desarrollo del programa.

Los objetos de gasto aplicables a la intervención del programa de apoyos comunitarios serán:

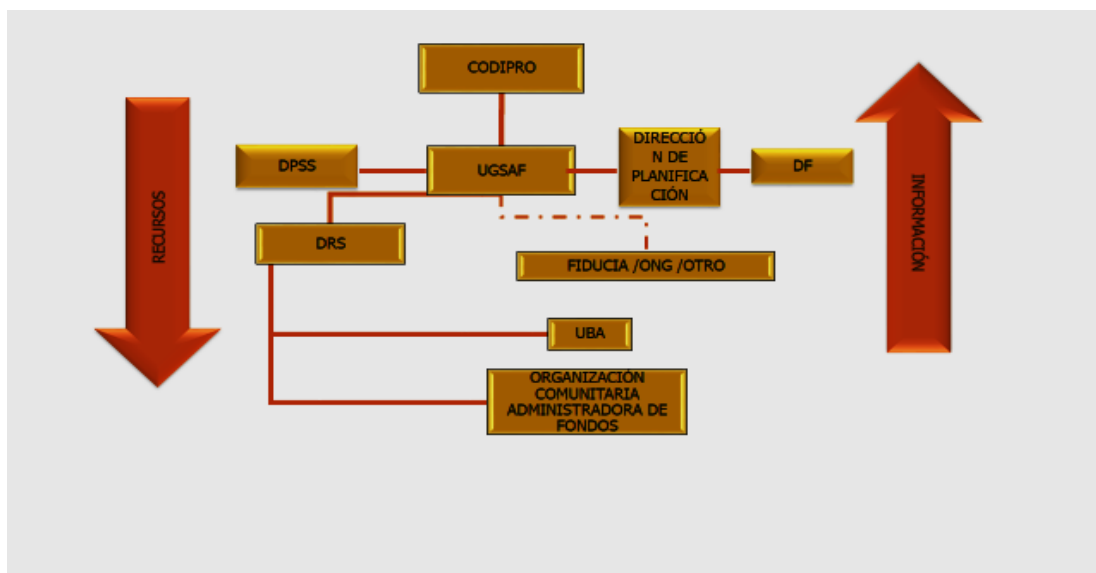
- i) capacitación/entrenamiento de los Promotores Voluntarios de Salud y las Monitoras AIN-C y los apoyos comunitarios atados a la consecución de los logros obtenidos de acuerdo a las actividades pre establecidas.
- ii) los costos operativos que demanda la puesta en marcha del programa de apoyos comunitarios en las diferentes comarcas (costos de la emisión, distribución y entrega de bonos, de adecuaciones para contar con cajas menudas).
- iii) Servicios (contratación de organizaciones comunitarias para el manejo de Fondos Comunitarios, personal administrativo y de monitoreo)
- iv) bienes (archivadores, cajas menudas, equipos de cómputo e impresoras, sellos).

La UGSAF deberá delegar un responsable para la elaboración de un manual administrativo que debe construirse conjuntamente con Contraloría para el manejo exclusivo del programa, particularmente para el buen uso de las cajas menudas. Para este propósito DIGESA deberá enviar la nota a la dirección de Contraloría, explicando el interés del programa y la solicitud de la elaboración del manual.

- **Transferencia de recursos y proyección de información requerida**

El procedimiento administrativo para la transferencia inicial de recursos a la DRS proveniente de aportes locales se muestra en la gráfica 1. Flujo administrativo de los recursos.

Gráfica 1.



CODIPRO: Aprueba solicitud de recursos, envía la información para incorporación al POA.

DF: La Dirección Financiera aprueba el cobro.

DIPLAN: Tramita la solicitud de fondos y gestiona la asignación de recursos.

La **UGSAF** gestiona el cobro al Tesoro Nacional y realiza la transferencia de fondos del sistema de apoyos comunitarios a la DRS, de acuerdo a proyecciones recibidas.

Establece con Contraloría los procesos administrativos de la caja menuda: topes del recurso a manejar en cada CONE Básico habilitado, soportes requeridos, manejo de la información y reportes, de conformidad con los requerimientos del Programa de Apoyos comunitarios a la salud materno infantil.

DPSS: Revisa la solicitud de recursos proveniente de las DRS y prepara la solicitud de recursos para el CODIPRO.

DRS: Revisa y consolida para la región, las proyecciones de bonos enviadas por la UBA, diferenciado por tipo (BCP o BPI).

Realiza las proyecciones para la asignación de fondos a las organizaciones comunitarias que administran los Fondos Comunitarios y los montos para el pago anual por concepto de apoyos comunitarios a promotores voluntarios de salud y monitoras AIN-C.

Realiza convenio/ contrato con la Organización Comunitaria encargada de la administración del Fondo Comunitario.

Elabora los anteproyectos para ser incorporados en el POA de conformidad a la codificación por programas. Teniendo en cuenta las fechas establecidas para el mismo (inicia en Marzo termina en Noviembre) y lo envía a la Dirección de Planificación.

Organización administradora del Fondo Comunitario: administra y rinde cuentas sobre los recursos bajo su cargo por concepto de: i) actividades de salud relacionadas con el plan de parto, ii) salida de mujeres embarazadas de conformidad con las situaciones habilitadas para el fondo comunitario iii) la priorización de situaciones de salud que decanten en morbi- mortalidad identificados por la comunidad por ciclo vital.

UBA: Elabora la proyección del monto de bonos requerido. Será responsabilidad del Equipo de Gestión, consolidar la información proveniente de: i) el canje de bonos y el número total de mujeres que se acercaron para cada evento (captación temprana, controles prenatales por trimestre y parto institucional, control puerperal y control neonatal) y ii) del consolidado de montos pagados por apoyos comunitarios para Promotores Voluntarios de salud y Monitoras AIN-C y el total de actores del equipo comunitario que las recibieron.

- **Mecanismo para el pago in situ**

Respecto al mecanismo de entrega a emplear en el nivel local, se identificaron tres alternativas para el manejo de los recursos, (ver Anexo 3. Alternativas de mecanismo local para el manejo de recursos) de conformidad con los procesos administrativos, financieros y de fiscalización que funcionan actualmente en Panamá, mismos que entran a condicionar la dinámica operativa de la entrega y canje de bonos. En el mismo

anexo, se puede consultar la forma en que operaría el sistema para cada una de las alternativas.

La alternativa 1. Pago por cheques y la alternativa 2. Caja Menuda en el CONE Básico habilitado, privilegian a las UBA y en particular al CONE Básico habilitado, como la unidad ejecutora de la operación. Mientras que la alternativa 3 privilegia a la organización administradora de los Fondos Comunitarios, para el manejo de los recursos, centrando los diferentes procesos para canje y pago de bonos en la comunidad, siendo factible el pago a Monitoras AIN-C y Promotores de Salud por esta misma vía, siempre y cuando esté acompañada de las supervisiones requeridas desde el MINSA.

Después de haber sido revisadas las opciones con personal de la UGSAF, se determinó usar la alternativa 2. Caja Menuda para el pago de bonos en red fija – CONE básico habilitado. Ver Anexo3. Alternativas de mecanismo local para el manejo de recursos) - Opción 2

- **Flujo administrativo para el procedimiento de reembolso de cajas menudas**

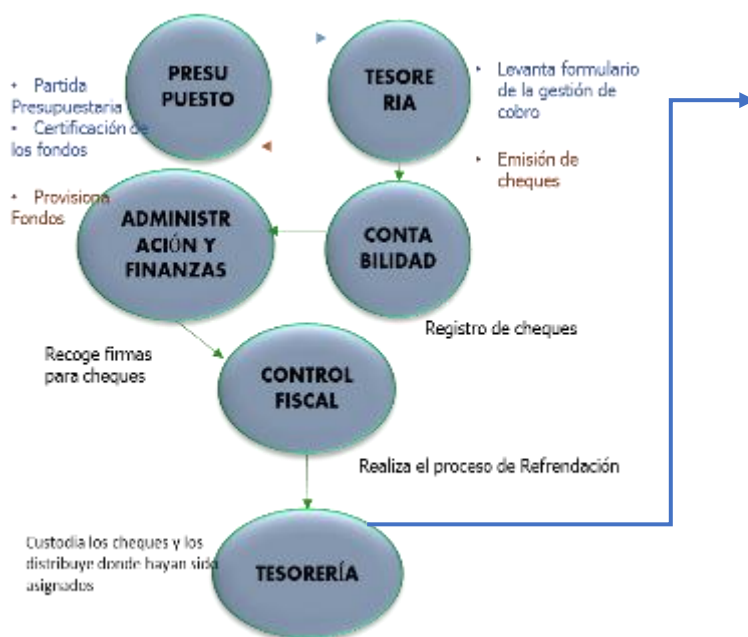
En la Gráfica 2 se muestran las instancias involucradas en el ciclo que debe cumplirse para el desembolso de caja menuda desde la DRS; procedimiento que deberá surtir tantas veces como reembolsos de caja menuda se deban realizar.

Teniendo en cuenta este proceso, el piloto en campo permitirá determinar si es necesario que las cajas menudas se manejen a través de un “agente de manejo”²⁷ externo al personal de las regiones para garantizar el flujo de los recursos de conformidad con las necesidades del PACO.

Gráfica 2. Instancias involucradas en el ciclo de desembolsos para caja menuda



²⁷ Un agente de manejo es aquella persona u organización jurídicamente constituida que entrega, pago o tiene en custodia fondos del Tesoro público y que por tanto, queda sometida a todos los controles, fiscalización y sanciones que rigen en el Estado de Panamá. Para mayor información consultar: "NORMAS LEGALES RELATIVAS AL MANEJO DE LOS FONDOS LIBRO V DE LA ADMINISTRACIÓN Y FISCALIZACIÓN DEL TESORO NACIONAL TITULO I DE LA DIRECCIÓN DEL TESORO NACIONAL CAPITULO IV: De los Empleados y Agentes de Manejo en "Manual de Procedimientos para el uso y manejo de las cajas menudas en las entidades públicas" quinta versión 2010.



DRS: Transfiere los recursos para el manejo de la caja menuda al custodio de la misma, mediante cheque.

Tramita la solicitud de reembolso por parte del custodio de caja menuda, una vez se llegue al 20% de ejecución de los recursos.

Director regional firma los cheques de cajas menudas o en su defecto se transfiere la responsabilidad al nivel nacional.

Responsable del presupuesto en la regional, revisa la partida presupuestaria y certifica los montos.

Tesorería levanta el formulario de gestión de cobro y emite cheques. Custodia los cheques destinados a los CONE Básicos habilitados y los distribuye.

Dirección de administración y finanzas se encarga de recoger la firma de los funcionarios autorizados del pago.

Control fiscal realiza el proceso de refrendación.

CONE Básico habilitado: El custodio de Caja menuda administra el recurso para pago de bonos y apoyos a promotores voluntarios de salud y monitoras AIN-C.

Lleva los registros y soportes requeridos por los entes de control sobre la administración de los recursos.

Solicita el reembolso de la caja menuda.

El detalle del manejo de caja menuda, será abordado desde el Manual Operativo, en el capítulo de procesos administrativos.

En la tabla 1 se especifican las diferentes funciones que tiene cada actor en el procedimiento administrativo, incluyendo la información que deben reportar.

Tabla 1. Roles por niveles (Central, regional y local) involucrados en la administración y proyección de recursos

ACTOR	FUNCIÓN
Nivel Central del MINSA	<p>UGSAF:</p> <p>Deberá solicitar la incorporación del Programa Apoyos Comunitarios a la salud materno – infantil, mediante el envío de una nota a la Dirección General del MINSA.</p> <p>Establecer los topes para las cajas menudas con base en la proyección de bonos, apoyos comunitarios para Promotores Voluntarios de Salud y Monitoras AIN-C y Fondos comunitarios.</p> <p>Con base en la proyección de embarazadas estimadas por Comarca, la UGSAF procede a enviar la transferencia por el costo anual de la operación a la Dirección Regional de Salud (bonos, apoyos comunitarios para PVS y Monitoras AIN-C y para Organizaciones comunitarias administradoras de fondos comunitarios).</p> <p>Actualizar anualmente los valores de los bonos para controles prenatales trimestrales, parto institucional, control puerperal y control neonatal, así como el ajuste del valor para los apoyos comunitarios destinados a los Promotores Voluntarios de Salud y Monitoras AIN-C.</p> <p>Elaborar las tablas con los valores para pago por comunidad de acuerdo a la clasificación elaborada por comunidad tipo (A o B).</p> <p>Realizar los convenios/contratos requeridos para toda la operación en caso de emplear agentes de manejo.</p> <p>Emitir los formatos y bonos a emplear por las diferentes unidades ejecutoras (CONE Básico habilitado/ Organizaciones administradoras de fondos comunitarios).</p> <p>DPSS:</p> <p>Enviar a la DRS el número de bonos correspondientes a la operación del año que deberán ser distribuidos en las comarcas.</p> <p>Enviar a la UGSAF el consolidado de la proyección del recurso por comarcas de bonos, pagos a PVS y Monitoras AIN-C y de fondos comunitarios.</p> <p>Enviar al CODIPRO la solicitud de los montos requeridos por concepto de fondos comunitarios, bonos y apoyos comunitarios a Promotores Voluntarios y Monitoras AIN-C.</p> <p>CODIPRO:</p> <p>Aprobar la solicitud de recursos y enviar la información para su incorporación al POA.</p> <p>DF:</p> <p>La Dirección Financiera aprueba el cobro.</p>

	<p>DIPLAN:</p> <p>Recibir la solicitud de fondos para la firma del Ministro y enviarla al MEF para la asignación de recursos. Una vez firmada la solicitud, los fondos entran a la administración de finanzas.</p>
Dirección Regional de Salud	<p>Recibir los recursos para llevar a cabo la operación anual en una cuenta independiente o en un rubro exclusivo para el PACO y administrar los montos de acuerdo con los topes establecidos para las cajas menudas.</p> <p>Ajustar la cantidad de bonos, pagos a PVS y Monitoras AIN-C requeridos para la operación, así como el total de recursos necesarios para la operación anual.</p> <p>Distribuir los bonos (BCP) y (BPI) para sostener la operación en los CONE básicos habilitados.</p> <p>Celebrar el convenio necesario con la organización u organizaciones que estarán encargadas de administrar los recursos de los fondos comunitarios (agente de manejo).</p> <p>Entregar a la organización u organizaciones que estarán encargadas de administrar los recursos de los fondos comunitarios (agente de manejo), el recurso previamente proyectado para su operación basado en el resultado de cada indicador alcanzado por las comunidades.</p> <p>Se encarga de reembolsar las Cajas Menudas de los CONE Básicos habilitados (en caso de que no se externalice la administración del PACO).</p>
UBA	<p>Ejecutar la entrega de bonos para mujeres embarazadas (CONE Básico habilitado y red itinerante).</p> <p>Los Custodios de Caja Menuda solicitan los reembolsos de la misma cada vez que vaya por el 20% de ejecución.</p> <p>CONE Básico habilitado lleva a cabo la proyección anual de la cantidad de bonos necesarios para la operación de conformidad con el flujo de atención obtenido durante el año inmediatamente anterior y el estimativo de las metas a alcanzar para el año siguiente, y remite a la Dirección Regional de Salud.</p> <p>CONE Básico habilitado lleva a cabo la consolidación de la cantidad de Promotores Voluntarios de Salud y Monitoras AIN-C que hacen parte del programa de apoyos comunitarios.</p> <p>CONE Básico habilitado distribuye bonos a la red Itinerante de referencia: En las UBA mixtas (red itinerante y red fija) el encargado de recibir tanto los bonos para control prenatal como para parto institucional, control puerperal y control neonatal, será el Director Médico del CONE Básico habilitado, quien será responsable por la distribución de bonos tanto prenatales como para parto institucional y control puerperal a la red itinerante cada vez que ésta sale de gira.</p> <p>Los CONE Básicos habilitados deberán solicitar a la DRS nuevos bonos por tipo según ejecución cuando vayan en el 20% de entrega de los</p>

	<p>mismos, iniciada la intervención.</p> <p>Coordinación interna CONE Básico habilitado – red itinerante, “sala de situación” para seguimiento clínico de mujeres embarazadas así como operativo:</p> <p>Revisar los casos clínicos.</p> <p>Entregar y recibir los formatos para el registro de bonos entregados.</p> <p>Entregar la Programación de embarazadas para parto por parte de Red Itinerante.</p> <p>Retroalimentar la información de mujeres embarazadas remitidas para controles prenatales trimestrales por parte de la red Itinerante y el CONE Básico habilitado. Informar a la Red Itinerante sobre las mujeres que ya fueron al control prenatal trimestral.</p> <p>Tanto CONE Básico habilitado como Red Itinerante y Promotores voluntarios de salud asegurar que la mujer acuda a los controles prenatales de conformidad con la norma de Panamá.</p>
--	--

- **Estructura de apoyo sugerida para la operación y otras alternativas para la administración de recursos**

Estructura de Apoyo sugerida para la operación

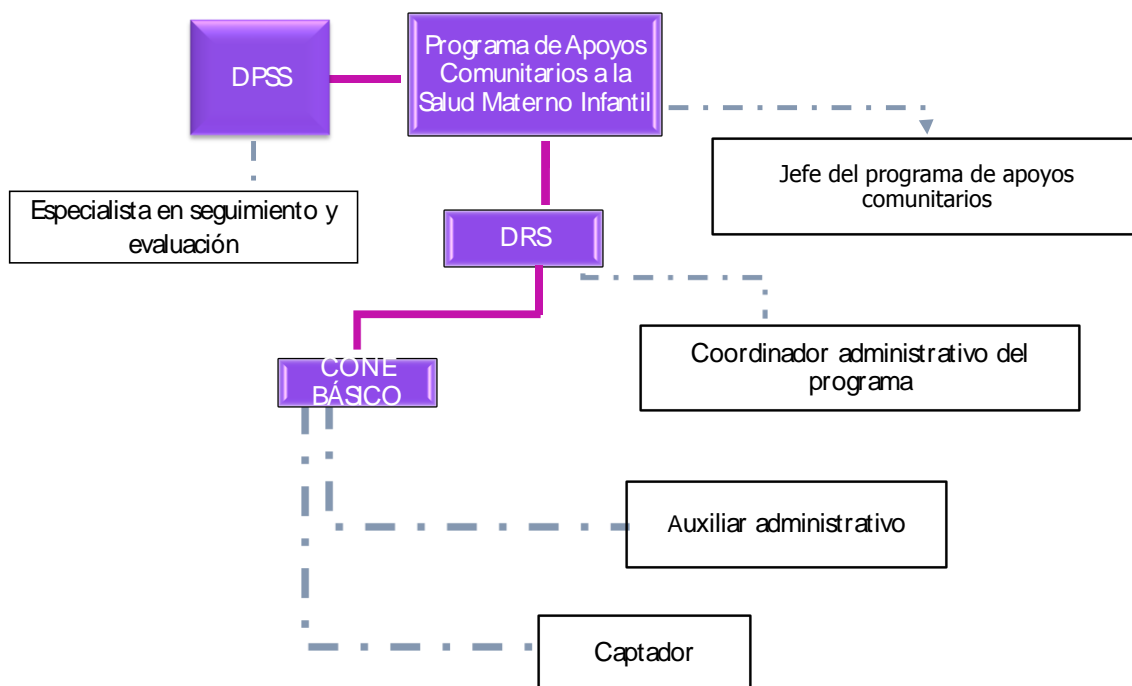
Tomando en cuenta la carga administrativa y operativa que deberán asumir los distintos actores involucrados en el PACO, particularmente los ubicados en el nivel local, se sugiere que en razón del número de cajas menudas y su periodicidad de reembolso, se tenga al menos **un auxiliar administrativo** en cada comarca, principalmente durante los meses en que deben pagarse los apoyos comunitarios a los Promotores voluntarios de salud y a las Monitoras AIN-C. Así como la elaboración de los consolidados del programa.

También **un captador** que apoye las labores de sistematización de la información consolidada que debe reportar cada CONE Básico habilitado.

Tanto el auxiliar administrativo como el captador se requerirán por CONE Básico habilitado de conformidad con la demanda del programa.

Adicional a este personal y dependiendo del peso administrativo que deba llevar cada DRS, se sugiere tener **un coordinador administrativo** que vele por la operación del programa en el nivel local, ubicando uno por cada comarca. Así mismo en el nivel central deberá designarse a un **coordinador de todo el programa de apoyos comunitarios**. También se sugiere la contratación de al menos un **especialista para el seguimiento y evaluación del programa**, que lleve a cabo los análisis pertinentes sobre la operación financiera, administrativa y operativa del programa. (Ver **Anexo 3**. Costos para la estructura propuesta). La gráfica 3 muestra cómo quedaría ubicada esta estructura propuesta:

Gráfica 3



- **Otra alternativa para la administración de recursos**

Agentes de Manejo: Teniendo en cuenta la carga administrativa que supone el PACO para el personal técnico de los EBS (quienes deberán destinar tiempo para las labores administrativas necesarias para la operación, así como la consolidación y proyección de la información anual para el buen funcionamiento del programa), se deja la opción en el **Anexo 5**. Alternativas para la administración de recursos, para que los recursos puedan ser administrados por agentes de manejo, no obstante, es importante tener en cuenta:

- que la operación deberá tener su base en el CONE Básico habilitado, donde se hayan llevado a cabo los procesos de habilitación, esperando que el programa de apoyos comunitarios, entre a fortalecer el uso de los servicios materno neonatal infantiles que se brinden desde la oferta institucional de salud.
- Que debe propender por fortalecerse las relaciones entre las instancias del sistema (CONE Básico habilitado y Red Itinerante) a través de la "sala de situación".
- Que para el tema de controles prenatales y el aseguramiento del cumplimiento de la norma panameña, se requiere de la coordinación de acciones que pasan por la aplicación de protocolos y normatividad propios de la prestación del servicio materno infantil entre el CONE Básico habilitado y la Red Itinerante.

- Que el PACO también busca afectar positivamente el acceso a los servicios, por lo que es fundamental garantizar el apoyo de transporte a las embarazadas.
- Que entre más cercana la operación al nivel local, será más ágil dar respuesta a cualquier contingencia que se presente.

• Procedimiento operativo para la distribución, entrega y canje de bonos

Distribución, entrega y canje de bonos

El procedimiento para la distribución de bonos tanto prenatales (BCP) como para parto institucional, control puerperal y control neonatal (BPI) se hará de la siguiente manera: Ver Gráfica 4 . Distribución de bonos.

Gráfica 4



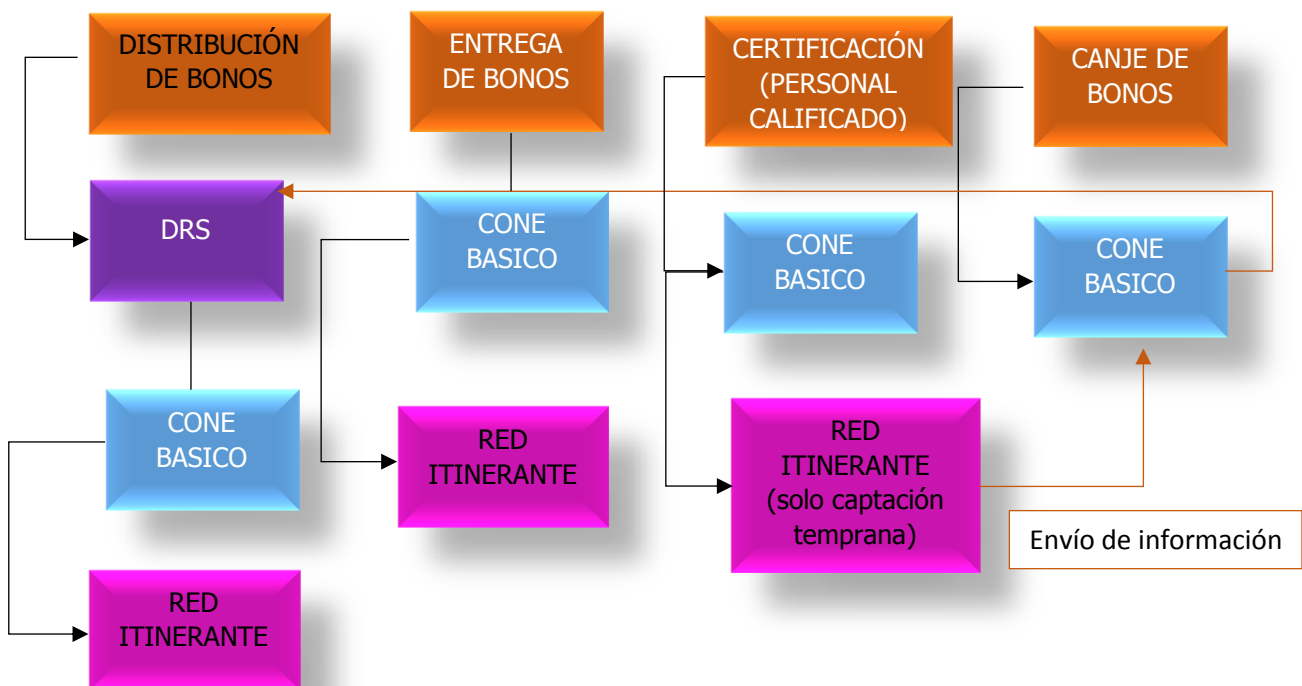
La distribución de bonos se realizará desde las DRS a los CONE Básicos habilitados (Red Fija) de cada comarca.

La DRS distribuirá los bonos entre los CONE básicos habilitados, quienes deberán solicitar nuevos bonos cuando vayan en el 20% de entrega y a su vez los distribuirán entre las redes itinerantes previamente asignadas, cada vez que se dispongan a salir de gira. Tanto los CONE Básicos habilitados como las redes itinerantes harán la entrega de bonos a las mujeres embarazadas. Finalmente, el custodio de la caja menuda del CONE básico habilitado, realizará los canjes correspondientes. (Ver **Manual Operativo, Módulo 1**).

El **procedimiento operativo para la entrega y canje de bonos** implica una serie de coordinaciones previas que permitirán fortalecer las relaciones entre los diferentes EBS y las Redes Itinerante y Fija (CONE Básico habilitado). Así la DRS deberá asignar un CONE Básico habilitado de referencia a cada Red Itinerante con el cual coordinará acciones para el recibo de bonos, intercambio de información como el cronograma de giras, la retroalimentación sobre los pacientes atendidos en las giras y en particular respecto al programa de apoyos comunitarios, la entrega del listado de mujeres embarazadas a quienes se les entregó bonos por los diferentes momentos privilegiados en el PACO, en particular se incluyen las mujeres embarazadas a quienes la red itinerante les haya programado cita para parto institucional o para continuar con el control trimestral que se practicará en un CONE Básico habilitado.

En la gráfica 5 se detallan las funciones que debe cumplir cada instancia que participa en el procedimiento para la distribución, entrega y canje de los bonos.

Gráfica 5



Las funciones que tiene cada una de las instancias para el procedimiento es el siguiente:

DRS

- Asigna a cada Red Itinerante un CONE Básico habilitado de Referencia, con quien deberá coordinar el recibo de apoyos para entregar por evento a cada mujer embarazada cuando se dirija a realizar su gira y cada vez que regrese de la misma.

- Entrega los bonos al CONE Básico habilitado para controles prenatales (BCP) y parto institucional (BPI).
- Consolida información proveniente de cada CONE Básico habilitado

CONE Básico habilitado

- Distribuye bonos BCP y BPI a cada Red Itinerante.
- Solicita a cada Red Itinerante el cronograma de giras.
- Socializa en la “sala de situación” las mujeres embarazadas que fueron atendidas como producto de la remisión de la Red Itinerante.
- Brinda atención a las mujeres embarazadas para cada uno de los momentos de acuerdo con los protocolos de atención, procedimientos y normas del MINSA.
- Certifica en la Tarjeta de Control Perinatal, la asistencia prestada a cada una de las embarazadas que acudió a la cita para cada momento.
- Canjea el apoyo comunitario correspondiente a cada momento (captación temprana, control prenatal trimestral o parto institucional).
- Solicita nuevos bonos a la DRS cuando haya entregado el 20% de los mismos.
- Consolida la información del procedimiento de entrega y canje de apoyos comunitarios.
- Envía la información consolidada del procedimiento de entrega, certificación y canje de apoyos comunitarios a la DRS.

Red Itinerante

- Se coordina con el CONE Básico habilitado asignado para el recibo de bonos y formatos B2. Entrega de bonos, **antes de salir de gira**.
- Certifica los casos de embarazo cuando la gestante tenga antes de 12 semanas de embarazo y entrega bono para su canje en el CONE Básico habilitado.
- Atiende a las mujeres embarazadas y les asigna cita en CONE Básico habilitado de acuerdo con el momento de gestación de la mujer.
- Participa en la “sala de situación” con el CONE Básico habilitado una vez retorna de la gira para retroalimentarlo respecto a las mujeres embarazadas que deberán ir para control trimestral y las programadas para parto, así como para compartir los aspectos clínicos de los pacientes atendidos, en particular las embarazadas.
- Entrega al CONE Básico habilitado el Formato *B2. Entrega de bonos* para los informes consolidados que deben reportarse a las DRS.

Escenarios costos del programa por cumplimiento de coberturas

A continuación se presenta un ejercicio proyectivo, sobre el costo total del PACO desagregado según el cumplimiento de cobertura alcanzado por las comarcas (100%, 75% y 50%).

Consideraciones:

- Para efectos del cálculo en la comunidad Ngâbe se trabajó solo con el 84% de comunidades y del total de la población que tenían datos completos.
- El costo del programa en el 1er año contempla en Fondos comunitarios el índice total de puérperas y neonatos con signos de alarma y el valor fijo de plan comunitario de traslado.
- El costo del programa en el 2do año contempla en Fondos comunitarios el porcentaje de cumplimiento de asistencia de mujeres a los eventos privilegiados por el programa y el valor fijo del plan comunitario de traslado.

Escenario 1. Cumplimiento 100%

TOTAL COSTO PROGRAMA 1er año			TOTAL COSTO PROGRAMA 2do año	
Embarazadas	1119000		Embarazadas	1119000
Promotores	249662		Promotores	249662
Monitoras	157876		Monitoras	157876
Fondo comunitario	58472		Fondo comunitario	35891
TOTAL	1585010		TOTAL	1562429

Escenario 2. Cumplimiento 75%

TOTAL COSTO PROGRAMA 1er año 75% CUMPLIMIENTO			TOTAL COSTO PROGRAMA 2do año 75% CUMPLIMIENTO	
Embarazadas	839250		Embarazadas	839250
Promotores	93620		Promotores	93620
Monitoras	49882		Monitoras	49882
Fondo comunitario	58472		Fondo comunitario	33748
TOTAL	1041224		TOTAL	1016499

Escenario 3. Cumplimiento del 50%

TOTAL COSTO PROGRAMA 1er año 50% CUMPLIMIENTO		TOTAL COSTO PROGRAMA 2do año 50%	
Embarazadas	559500	Embarazadas	559500
Promotores	33044	Promotores	33044
Monitoras	16627	Monitoras	16627
Fondo comunitario	58472	Fondo comunitario	31605
TOTAL	667643	TOTAL	640776

Nota: Las proyecciones presentadas están sujetas a cambios.

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF

APÉNDICE 3. VARIABLES E INDICADORES PARA MONITOREO

VARIABLES DE SALIDA DE INFORMACIÓN	INDICADOR	FORMULA	FUENTE	LUGAR	OBSERVACIÓN
Total de recursos empleados para el traslado de mujeres embarazadas y puerperas por signos de alarma	Total de fondos empleados para traslado de embarazadas y puerperas con signos de alarma	Montos ejecutados por concepto de mujeres embarazadas y puerperas con signos de alarma / total de recursos desembolsados al Fondo	Libro de cuentas / reportes de ejecución	Organización administradora de Fondo Comunitario / DRS / Agente externo de pago	Permite establecer el total de recursos que está empleando una comunidad para trasladar a las embarazadas y puerperas con signos de alarma. Su análisis a la luz de otros indicadores puede dar indicios sobre el comportamiento que están presentando las comunidades hacia el programa de apoyos comunitarios.
Total de recursos empleados para el traslado de neonatos por signos de alarma	Total de fondos empleados para traslado de neonatos con signos de alarma	Montos ejecutados por concepto de neonatos con signos de alarma / total de recursos desembolsados al Fondo	Libro de cuentas / reportes de ejecución	Organización administradora de Fondo Comunitario / DRS / Agente externo de pago	Permite establecer el total de recursos que está empleando una comunidad para trasladar a los neonatos que presentan signos de alarma.
Total de recursos ejecutados por apoyos a la captaciones tempranas	Apoyos entregados a mujeres embarazadas por captación temprana	Montos ejecutados por canje de bonos por captación temprana en el periodo / total de recursos entregados para la caja menuda en el periodo de corte	Formato consolidado de pagos	CONE básico / Agente externo	Permite determinar los topes de caja menuda en cada CONE Básico habilitado
Total de recursos ejecutados por apoyos a controles trimestrales de calidad	Apoyos entregados a mujeres embarazadas por controles prenatales	Montos ejecutados por canje de bonos por controles trimestrales con atributos de calidad en el periodo / total de recursos entregados para la caja menuda en el periodo de corte	Formato consolidado de pagos	CONE básico / Agente externo	Permite determinar los topes de caja menuda en cada CONE Básico habilitado
Total de recursos ejecutados por apoyos a parto institucional	Apoyos entregados a mujeres embarazadas por parto institucional	Montos ejecutados por canje de bonos por parto institucional en el periodo / total de recursos entregados para la caja menuda en el periodo de corte	Formato consolidado de pagos	CONE básico / Agente externo	Permite determinar los topes de caja menuda en cada CONE Básico habilitado
Número de destinatarias que canjearon bono por control prenatal con énfasis en captación temprana	Porcentaje de mujeres embarazadas que tuvieron un control prenatal antes de su semana 12 de gestación practicado por personal calificado	# total de mujeres que canjearon bonos por control prenatal antes de semana 12 de gestación / # total de bonos por control prenatal entregados * 100	Formato canje de bonos / Formato entrega de bonos / Tarjeta de control perinatal / Hoja Clínica	CONE básico / Agente externo	Con este indicador se pretende observar si el apoyo comunitario por captación temprana está siendo efectivo para que una mujer embarazada comience su ciclo de cuidado desde las primeras semanas de gestación (antes de la semana 12)
Número de destinatarias que canjearon bono por control prenatal con énfasis en control prenatal regular trimestral en CONE Básico	Porcentaje de mujeres embarazadas que se acercaron a un CONE básico habilitado para tener su control prenatal trimestral	# total de mujeres que canjearon bonos por control prenatal trimestral / # total de bonos por control prenatal entregados * 100	Formato canje de bonos / Formato entrega de bonos	CONE básico / Agente externo	Permite determinar la cobertura de mujeres embarazadas que se acercan a un CONE básico trimestralmente para practicarse un control prenatal.

**DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF**

Número de destinatarias que canjearon bono por parto institucional	Porcentaje de mujeres embarazadas que se acercaron a un CONE básico habilitado para tener su parto, control puerperal y control neonatal	# total de mujeres que canjearon bonos por parto institucional, control puerperal y control neonatal/# total de bonos por parto institucional entregados*100	Formato entrega de bonos / Formato canje de bonos	CONE básico /Agente externo	Permite determinar la cobertura alcanzada de mujeres embarazadas que tuvieron parto institucional a quienes se les entregó bono.
Número de bonos entregados en CONE Básico	Demanda de bonos en CONE Básico habilitado	# de bonos entregados en CONE básico habilitado	Formato entrega de bonos	CONE básico /Agente externo	Permite determinar el flujo de demanda de bonos que está teniendo el CONE Básico.
Número de bonos entregados en Red Itinerante	Demanda de bonos en Red Itinerante	# de bonos entregados en Red Itinerante / total de bonos distribuidos en Red Itinerante	Formato entrega de bonos en red Itinerante	CONE básico	Permite determinar el flujo de demanda de bonos que está teniendo la red itinerante. Este indicador también permite que la DRS y el CONE Básico puedan calcular mejor el número de bonos que debe entregar a cada Red Itinerante referenciada cada vez que sale de gira.
Número de Promotores voluntarios a quienes se les dio apoyo comunitario por captación temprana	Porcentaje de promotores voluntarios de salud que recibieron apoyo comunitario por captación temprana para el periodo de corte	# de promotores voluntarios con pago por captación temprana/total de promotores voluntarios*100	Formato P3. Consolidado entrega apoyos comunitarios a promotores voluntarios	Dirección de Promoción Regional	Permite realizar el seguimiento al cumplimiento de pagos por parte de los supervisores.
Número de Promotores a quienes se les dio apoyo comunitario por controles prenatales trimestrales	Porcentaje de promotores voluntarios de salud que recibieron apoyo comunitario por controles prenatales regulares para el periodo de corte	# de promotores voluntarios con pago por controles prenatales/total de promotores voluntarios*100	Formato P3. Consolidado entrega apoyos comunitarios a promotores voluntarios	Dirección de Promoción Regional	Permite realizar el seguimiento al cumplimiento de pagos por parte de los supervisores.
Número de promotores a quienes se les entregó apoyo comunitario por parto institucional	Porcentaje de promotores voluntarios de salud que recibieron apoyo comunitario por parto institucional para el periodo de corte	# de promotores voluntarios con pago por parto institucional/total de promotores voluntarios*100	Formato P3. Consolidado entrega apoyos comunitarios a promotores voluntarios	Dirección de Promoción Regional	Permite realizar el seguimiento al cumplimiento de pagos por parte de los supervisores.
Número de Monitoras AIN-C a quienes se les entregó apoyo comunitario por visitas individualizadas a niños y niñas entre 0 y 24 meses	Porcentaje de Monitoras AIN-C que recibieron apoyo comunitario por visita individualizada a niños y niñas entre 0 y 24 meses de acuerdo a protocolos para su edad en el periodo de corte	# de Monitoras AIN-C con pago por visita individualizada/total de Monitoras AIN-C *100	M2. Consolidado entrega apoyos comunitarios a Monitoras AIN-C	Nutricionista Regional	Permite realizar el seguimiento al cumplimiento de pagos por parte de los supervisores.
Número de Monitoras AIN-C a quienes se les entregó apoyo comunitario por asistencia de cuidadores a sesiones mensuales AIN-C	Porcentaje de Monitoras AIN-C que recibieron apoyo comunitario por la asistencia de madres a sesiones AIN-C para el periodo de corte	# de Monitoras AIN-C con pago por asistencia de cuidadores a sesiones/total de Monitoras AIN-C *100	M2. Consolidado entrega apoyos comunitarios a Monitoras AIN-C / SREGES	Nutricionista Regional	Permite realizar el seguimiento al cumplimiento de pagos por parte de los supervisores.
Número de mujeres embarazadas que fueron atendidas y recibieron apoyos comunitarios por captación temprana	Porcentaje de mujeres con control prenatal antes de la semana 12 que recibieron apoyos comunitarios	# total de mujeres que canjearon bonos por control prenatal antes de semana 12 de gestación /# total de mujeres captadas tempranamente esperadas*100	SREGES / Hoja Clínica / Tarjeta de Control Perinatal	CONE BÁSICO HABILITADO / DRS	Permite conocer la efectividad del PACO en el alcance de las metas propuestas tanto por región como por comarca

**DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF**

Número de mujeres embarazadas que fueron atendidas y recibieron apoyos comunitarios por tener al menos un control prenatal trimestral en CONE Básico habilitado	Porcentaje de mujeres con al menos un control por trimestre.	# total de mujeres que canjearon bonos por controles prenatales trimestrales en CONE Básico habilitado /# total de mujeres que se practicaron controles con atributos de calidad *100	SREGES /Hoja Clínica / Tarjeta de Control Perinatal	CONE BÁSICO HABILITADO / DRS	Permite conocer la efectividad del PACO en el alcance de las metas propuestas tanto por región como por comarca
Número de mujeres de las comarcas que tuvieron parto institucional, control puerperal y control neonatal	Porcentaje de mujeres de las comarcas que tuvieron parto institucional	# total de mujeres de las comarcas que canjearon bono por parto institucional/# total de mujeres de las comarcas que tuvieron partos *100	SREGES /Hoja Clínica / Tarjeta de Control Perinatal	CONE BÁSICO HABILITADO / DRS	Permite conocer la efectividad del PACO en el alcance de las metas propuestas tanto por región como por comarca
Número de mujeres de las comarcas que asistieron a todos los eventos privilegiados por el programa	Porcentaje de mujeres que canjearon bonos por la totalidad de momentos privilegiados por el programa	# total de mujeres que canjearon bonos por la totalidad de los momentos/total de mujeres que canjearon bonos* 100	SREGES/ Formato Consolidado Canje de bonos	CONE BÁSICO HABILITADO / DRS/ AGENTE DE MANEJO EXTERNO	Permite conocer la efectividad del PACO en el alcance de las metas propuestas tanto por región como por comarca
Número de comunidades que emplearon los fondos para el traslado de embarazadas y puerperas con signos de alarma	Porcentaje de comunidades que trasladaron a las mujeres embarazadas y puerperas que presentaron signos de alarma	# total de comunidades que emplearon fondos para trasladar embarazadas y puerperas con signos de alarma /total de comunidades a las que se les transfirieron recursos para el fondo*100	Formato de inscripción al fondo comunitario y reporte del CCPT sobre traslados	Fondo Comunitario	Permite conocer la efectividad del PACO en el alcance de las metas propuestas tanto por región como por comarca
Número de comunidades que emplearon los fondos para el traslado de neonatos que presentaron signos de alarma	Porcentaje de comunidades que trasladaron a los neonatos que presentaron signos de alarma	# total de comunidades que emplearon fondos para trasladar neonatos con signos de alarma /total de comunidades a las que se les transfirieron recursos para el fondo*101	Formato de inscripción al fondo comunitario y reporte del CCPT sobre traslados	Fondo Comunitario	Permite conocer la efectividad del PACO en el alcance de las metas propuestas tanto por región como por comarca
Número de destinatarias trasladadas por signos de alarma usando fondos	Porcentaje de mujeres embarazadas que se desplazaron empleando el Fondo Comunitario	# de embarazadas con signos de alarma transportadas usando el fondo / total de embarazadas de la comunidad*100	Formato de inscripción al fondo comunitario y reporte del CCPT sobre traslados	Fondo Comunitario	Permite observar la cobertura de embarazadas que presentaron signos de alarma a quienes se les apoyó.
Número de mujeres en post parto trasladadas por signos de alarma usando fondos	Porcentaje de puerperas que se desplazaron empleando el Fondo Comunitario	# de puerperas con signos de alarma transportadas usando el fondo / total de embarazadas de la comunidad*100	Formato de inscripción al fondo comunitario y reporte del CCPT sobre traslados	Fondo Comunitario	Permite observar la cobertura de puerperas que presentaron signos de alarma a quienes se les brindó apoyo.
Número de acudientes con neonatos trasladados por signos de alarma usando el fondo	Porcentaje de neonatos que se desplazaron empleando el Fondo Comunitario	# de neonatos que presentaron signos de alarma transportados usando el Fondo/total de nacidos vivos *100	Formato de inscripción al fondo comunitario y reporte del CCPT sobre traslados	Fondo Comunitario	Permite observar la cobertura de neonatos que presentaron signos de alarma a quienes se les brindó apoyo

APÉNDICE 4. FONDO COMUNITARIO

La constitución de fondos comunitarios, como se ha mencionado anteriormente, busca contribuir a la reducción de las barreras sociales, culturales y económicas que viven algunas comunidades indígenas y que ponen en riesgo la vida de la mujer y del neonato, incrementando la morbi – mortalidad materna. A través de la constitución de los fondos comunitarios, también se reconoce la autonomía de los pueblos indígenas en las situaciones que los afectan y son de su interés.

Como se muestra en el flujograma 1, el MINSA entregará un capital semilla a la comunidad, que se constituye en una ayuda para que ésta inicie un ejercicio de planeación que busque articular con la formulación y desarrollo de las actividades consignadas en el Plan de Desarrollo de los pueblos indígenas:

Flujograma 1

FONDO COMUNITARIO – PROCESO CAPITAL SEMILLA



Una vez definidas las actividades por los rubros habilitados para el fondo comunitario, la comunidad deberá buscar incorporarlas en uno de los proyectos que tenga el Plan de Desarrollo Indígena con el fin de asegurar dos cosas:

1. Que las actividades sumen al desarrollo de un programa con un objetivo específico.

2. Asegurar que en un futuro se cuente con recursos que sumen al capital semilla inicialmente entregado por el MINSA como apoyo a la comunidad.

El Fondo comunitario manejará tres (3) rubros, todos relacionados con salud, cuya administración será autónoma de las comunidades, no obstante, estas organizaciones deberán cumplir con todos los requerimientos que rige para los agentes de manejo por parte del Estado panameño y estarán sujetas a todos los procesos y procedimientos regulares de fiscalización y control sobre el manejo realizado a los recursos percibidos.

- **Manejo de los rubros de los fondos comunitarios**

Los fondos comunitarios tienen tres rubros, así:

- i) Un primer rubro que se empleará para el traslado de mujeres embarazadas que se dirigen a tener su parto institucional o presentan signos de alarma.
- ii) Un segundo rubro para actividades de salud relacionadas con el Plan de Parto
- iii) Un tercer rubro para actividades relacionadas con la priorización de situaciones de salud que hayan decantado en morbi- mortalidad identificados por la comunidad por ciclo vital

- ❖ **Traslado de mujeres embarazadas**

A través de este rubro, se facilitará el desplazamiento de:

- Toda mujer que se encuentre cercana a su fecha de parto (antes de 5 días) y la UBA no le haya programado el parto en el CONE Básico habilitado; esta situación puede darse porque la mujer no se acercó nunca al sistema de salud.
- Toda mujer embarazada a quien una UBA le haya programado un parto pero no haya podido salir de la comunidad: este caso aplica para las mujeres que por situaciones culturales o del clima o de alguna otra índole, le fue imposible salir de la comunidad a pesar de haber tenido programado su parto y haber diligenciado su ficha de Plan de Parto.
- Toda mujer embarazada que se encuentre iniciando la labor de parto: esta situación cubre a las mujeres que planeaban tener su parto en casa o aquellas que por alguna razón no pudieron salir al servicio de salud a tiempo y se encuentra iniciando su labor de parto.
- Toda mujer que tuvo su parto sin asistencia de personal calificado: tanto ella como el recién nacido deberán ser desplazadas al CONE Básico habilitado para

que reciban la atención adecuada que establezca las condiciones de salud tanto de la mujer como del neonato.

- Las mujeres que tuvieron parto y presentan síntomas como: sangrado, flujo, fiebre hasta 15 días después del alumbramiento; en el caso del neonato hay signos como no poder succionar el seno materno, vómito, aspecto moradito, dificultad para respirar, entre otros y se podrá dar el apoyo hasta un (1) mes después del parto; con el fin de identificar fácilmente estos signos, la comunidad recibirá capacitación a través de los Comités de salud, de los promotores voluntarios y del personal de salud de manera periódica.

Para este propósito, como lo muestra el flujograma 2, toda mujer embarazada deberá inscribirse con la organización administradora de los Fondos Comunitarios asignada a su comunidad y deberá haber realizado su Plan de Parto²⁸. El Plan de Parto busca que toda mujer embarazada y su familia, se encuentren prioritariamente preparados para identificar cualquiera de las situaciones expuestas, para poder solicitar de inmediato el apoyo comunitario de traslado de la comunidad, cuando reconozca o le identifiquen signos de alarma, que pueden haber sido indicados durante los controles prenatales o presentarse sin previo aviso durante el desarrollo normal de gestación o durante el trabajo de parto o el post parto.

- Atención en una Unidad Básica de salud: el Fondo Comunitario hace parte integral del proceso, para que la mujer embarazada o en post parto pueda llegar hasta el CONE básico habilitado y éste active el SURCO. Estas unidades deberán estar claramente especificadas en el Plan Comunitario de Traslado y en la ficha de Plan de Parto, de tal suerte que se pueda acceder a las mismas en el menor tiempo posible.

De presentarse alguna de las situaciones anteriores, la mujer o el acompañante inscrito en el Fondo, dará aviso al Comité de Plan Comunitario de Traslado para que éste proceda a dar la alarma y realizar el traslado de conformidad con el mismo.

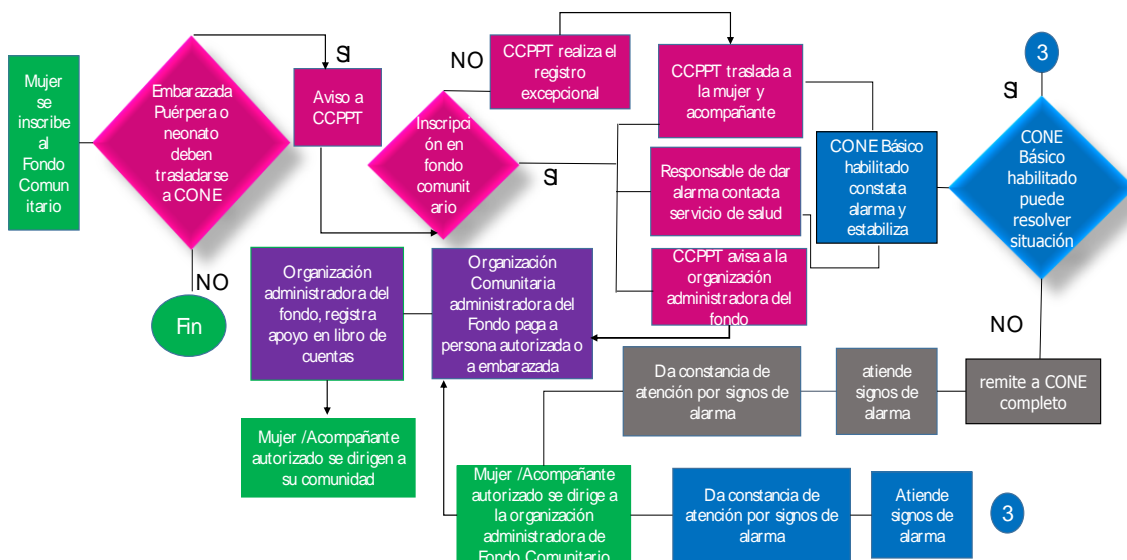
Será deber del Comité de Salud o de Plan de Parto informar semanalmente a la organización administradora de Fondos, sobre las mujeres o neonatos que debieron ser trasladados para que la organización administradora del Fondo proceda a entregarles el apoyo por este concepto. (ver los detalles en el **Manual Operativo. Módulo 3**).

²⁸Plan de Parto: Esta herramienta contiene información para que una mujer embarazada, su compañero o familia, puedan identificar la cercanía de la fecha probable de parto (por lo menos 5 días antes), el inicio del Trabajo de Parto o la presencia de signos de alarma (según normas MINSA), que indican que algo anda mal en el proceso de gestación, parto o post - parto. Así mismo, este instrumento sirve de orientación para que la mujer tenga diseñado de manera individual otros detalles, como el acompañante durante su parto, arreglos familiares que deben darse antes de su salida, entre otros.

Una vez la mujer o el neonato llegan al CONE Básico habilitado, éste entra a determinar si tiene la viabilidad de dar respuesta a la situación o si debe remitir al CONE Completo.

Flujograma 3.

TRASLADO POR MEDIO DE FONDOS COMUNITARIOS



Por lo anterior, será fundamental la coordinación y enganche de este primer tramo del transporte, que provee el Fondo, con el sistema de referencia y contrarreferencia

institucional del MINSA, para garantizar que se complete la atención necesaria de la mujer y/o neonato de ser el caso (emergencia obstétrica / neonatal constatada).

Uso del rubro por concepto de desplazamiento:

Las comunidades en coordinación con las organizaciones comunitarias administradoras de fondos comunitarios ubicadas en los corregimientos, deberán adelantar las acciones que garanticen tener la información sobre el uso del fondo por este rubro y contar con los documentos que soportan el apoyo:

- a. **Inscripción:** Toda mujer que se encuentra embarazada deberá acercarse a la organización administradora del Fondo comunitario para realizar su inscripción en el mismo.
- b. **Registro:** el CCPT o el Comité de Salud deberán tener el registro de las mujeres y neonatos que debieron salir de la comunidad por presentar signos de alarma. Se debe tener como mínimo el nombre y número de identidad de la mujer y la firma de ella o de la persona que ella identificó anteriormente como su "acompañante" en la ficha de inscripción de la organización comunitaria.
- c. **Libro de cuentas:** La organización comunitaria administradora de los fondos comunitarios deberá llevar libros de cuentas, donde quede registrado el valor unitario de los recursos brindados para los neonatos o las mujeres que se dirijan a un CONE Básico habilitado para tener su parto institucional.
- d. **Caja Menuda:** En caso de que la organización administradora de fondos vaya a entregar los apoyos en efectivo, deberá contar con un custodio de caja menuda y con un autorizador del gasto. Los nombres y números de identificación de estas personas así como de sus posibles relevos (en caso de vacaciones o ausencia prolongada) deberán anexarse en el momento de presentarse la organización como optativa a administrar los fondos comunitarios. La transacción deberá quedar registrada en el formato que avale Contraloría para tal fin.

Todo lo relacionado con el procedimiento operativo para el traslado de embarazadas, puérperas y neonatos se detalla en el **Manual Operativo. Módulo 3**.

❖ **Actividades de salud relacionadas con el Plan de Parto**

Producto de los resultados obtenidos por la comunidad en la asistencia a cada uno de los momentos privilegiados y a la asistencia de la embarazada a todos los momentos privilegiados por el programa, cada comunidad recibirá un recurso, el cual podrá emplear para las actividades de salud que se encuentren relacionadas con el plan de parto.

El Comité de Plan de Parto o el Comité de Salud deberán identificar las actividades necesarias que busquen el mayor bienestar de las mujeres de la comunidad que deben salir por presentar signos de alarma durante su embarazo, en el puerperio o de los neonatos que los lleguen a presentar; por ello conjuntamente con la comunidad identificarán estas actividades, llevando a cabo la gestión y procedimiento administrativo frente a la organización comunitaria administradora del fondo para cubrirlas. Un ejemplo del tipo de actividades que se puede cubrir lo constituye el cuidado de niños y niñas para las madres solteras o aquellas familias que deben salir por los eventos de alarma y deben dejar a cargo de otros el cuidado de sus hijos-as.

Por medio de este rubro también podrá apoyarse el traslado de mujeres embarazadas a quienes la UBA les haya diagnosticado complicaciones en el embarazo y que sean citadas para controles adicionales al correspondiente por mes.

Los procedimientos para el uso de este rubro se detallarán en el **Manual Operativo. Módulo 3.**

❖ **Actividades relacionadas con la priorización de situaciones de salud que hayan decantado en morbi- mortalidad identificados por la comunidad por ciclo vital**

Para la realización de estas actividades se debe contar previamente con el acompañamiento de los equipos de salud, quienes asesorarán a la comunidad en la detección de las situaciones de salud que aquejan principalmente a cada comunidad, para que ésta en cabeza del Comité de Salud entre a priorizar las que los afectan mayormente por ciclo vital (el detalle del procedimiento sugerido para llevar a cabo estas actividades se detalla en el **Manual Operativo. Módulo 3**).

El Comité de Salud priorizará las actividades resultantes, entrando a realizar todo el proceso de gestión para solicitar el recurso frente a la organización comunitaria administradora del fondo. En caso de que el comité sea el administrador del fondo comunitario deberá tener la autorización de la Junta Directiva y soportado en acta de reunión comunitaria.

El proceso operativo para acceder al capital semilla será el siguiente:

1. La **DRS** socializa a las autoridades locales, los montos, resultado de la aplicación de los indicadores a cada comunidad, así como a la organización comunitaria administradora de los Fondos y al comité que tenga presencia en el corregimiento (Comité de Salud y/o de plan de parto).

2. El **Comité de Plan de parto o Salud:** prioriza las actividades que se van a realizar relacionadas con plan de parto y por priorización de aspectos de morbi mortalidad por ciclo vital. Las actividades priorizadas deberán estar soportadas por las actas de reuniones sostenidas por la comunidad.

También realiza toda la gestión para la implementación de las actividades frente a la organización administradora de fondos comunitarios.

3. **Autoridades locales y Organización comunitaria** administradora de los fondos comunitarios, velarán por **no exceder** los montos que fueron socializados por la DRS, teniendo en cuenta todos los descuentos, impuestos, etc a los que haya lugar, de conformidad con las normas Panameñas.

Determinarán las actividades a incluir en el Plan de Desarrollo Indígena y lo comunicarán formalmente a DASI.

4. La **Organización Comunitaria** seguirá los pasos administrativos que exigen los entes de control y fiscalización para realizar las diferentes compras a las que haya lugar. (este último punto debe incluirse en las actividades de planeación que debe adelantar el MINSA con Contraloría y que idealmente deben hacer parte de un manual administrativo del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil).
5. **DASI** coordinará con el Congreso General de cada comarca las acciones a seguir para la incorporación de actividades en el Plan de Desarrollo Indígena.

El detalle sobre la forma en que se deben realizar las transferencias por concepto de fondos comunitarios a las organizaciones administradoras de los mismos, podrá consultarse en detalle en el **Manual Operativo, Módulos 3 y 5)**

- **Conformación y requisitos mínimos necesarios de las organizaciones administradoras de fondos comunitarios**

La conformación y/o fortalecimiento de fondos comunitarios, implica contar con organizaciones comunitarias que se encuentren debidamente constituidas y que por ende estén en capacidad administrativa y organizativa para manejar los fondos comunitarios.

Idealmente y teniendo en cuenta que estos fondos cuentan con un componente para facilitar la salida de las mujeres de su comunidad; son las organizaciones conformadas por las mismas mujeres indígenas que tengan actividades relacionadas con salud, las prioritariamente llamadas a manejar estos fondos, pero en su defecto también se podrá recurrir a los Comités de Salud que existan en la comunidad, que se encuentren activos y que cuenten con las condiciones administrativas, organizativas y operativas, entre otras, que les permita cumplir con su misión. Igualmente, se deben tener en cuenta las organizaciones propuestas desde las autoridades indígenas siempre y cuando cumplan con los mínimos requeridos para administrar fondos comunitarios.

La conformación y/o fortalecimiento de fondos comunitarios contempla varias fases:

FASES PARA LA OPERACIÓN DEL FONDO COMUNITARIO DE SALUD

DIANÓSTICO	CONFORMACIÓN /OPERACIÓN/ FORTALECIMIENTO	MONITOREO /SUPERVISIÓN	SOSTENIBILIDAD
<ul style="list-style-type: none">• Características del contexto: Tipo de Fondos existentes en la Comarca.• Análisis organizacional de los administradores potenciales del Fondo.• Modalidades que manejan los fondos.	<ul style="list-style-type: none">• Condiciones suficientes para la operación.• Puesta en operación	<ul style="list-style-type: none">• Sistema de Reportes y soportes de operación.• Comunitario – Fiscal de la Org. Comunitaria y Auditoría Social• Rendición de cuentas	<ul style="list-style-type: none">• Financiera• Organizativa

1. Fase de Diagnóstico

Antes de iniciar la implementación de los fondos, es necesario realizar un diagnóstico sobre el contexto y sobre las características de las organizaciones.

- a. De contexto: Hace referencia al diagnóstico previo sobre el tipo de fondos existentes en las comarcas, los análisis sobre relaciones de poder que pueden llegar a interferir o facilitar la conformación y /o fortalecimiento de los fondos.
 - b. De condiciones mínimas para la conformación de fondos: hace referencia a la existencia o no de organizaciones comunitarias en capacidad de administrar los fondos comunitarios. Las condiciones mínimas son aquellos elementos de carácter organizativo, normativo y financiero que debe tener una organización comunitaria que aspira a administrar un fondo para poder ejecutar debidamente sus objetivos.
 - c. Modalidades del Fondo: hace referencia a los procesos y procedimientos existentes en la organización para operar las actividades que demanda el Programa de Apoyos comunitarios y la coherencia que deben guardar frente a las normas vigentes administrativo financieras del MINSA y de Hacienda.
2. Fase de conformación/ fortalecimiento de los fondos: Es el ejercicio que deberá tener lugar por parte de las autoridades del MINSA (basado en el análisis de los potenciales administradores del Fondo) una vez se tenga el resultado del diagnóstico por comarca sobre las organizaciones comunitarias susceptibles de administrar los fondos.
 3. Fase de Monitoreo y Supervisión: hace referencia a los responsables de supervisar el manejo administrativo y operativo que se le dé al Fondo Comunitario y la relación que debe guardarse con todo el Programa de Apoyos Comunitarios.
 4. Fase de Sostenibilidad: En esta fase se entra a plantear opciones que hagan posible que el fondo funcione financieramente a largo plazo.

1. Diagnóstico

- Características del Contexto:

En la comarca de Guna Yala, existen fondos comunitarios manejados por el Sahila (Autoridad local) que funcionan actualmente para varios propósitos y se encuentran financiados por los aportes recolectados por conceptos de impuesto a salidas y entradas de la población del territorio. Cualquier nuevo fondo o cambio en el manejo del actual, deberá ser concertado con el Sahila (autoridad local) y contar con la aprobación o beneplácito del mismo.

En este sentido, será necesario entrar a levantar acuerdos previos sobre la forma en que se tiene pensado el uso de los Fondos y todo lo relacionado con las líneas de comunicación, organización y controles que son requeridos por parte del MINSA.

En las demás comarcas, es posible recurrir a organizaciones de mujeres o a los Comités de Salud²⁹ para ejercer las funciones administrativas que demanda la existencia de un fondo; sin embargo, actualmente no todas las comunidades y grupos poblacionales cuentan con Comités de salud activos³⁰. Por tanto, la primera actividad a desarrollar será levantar un diagnóstico que permita determinar el nivel de capacidad que tienen actualmente los comités de salud u otras organizaciones con presencia en el área, para poder desarrollar sus actividades como administradores de fondos.

En el caso de los Comités de salud, será deber de las Organizaciones Externas y de las Direcciones Regionales de Salud prestadoras del servicio, identificar los grupos poblacionales que tienen Comités de Salud inactivos y aquellos donde aún no existen para entrar a conformarlos y/o fortalecerlos, en el caso donde el MINSA decida que éstas son las organizaciones que pueden administrar los fondos.

Igualmente, serán las Direcciones Regionales de Salud las encargadas de apoyar las gestiones necesarias para la debida conformación y capacitación de los Comités de Salud que les permita llevar a cabo las actividades de administración del Fondo y de organización de la comunidad para casos de mujeres con signos de alarma, entre otros.

Existe otra alternativa para la administración de los Fondos Comunitarios y es la de emplear organizaciones comunitarias de mujeres que se encuentren debidamente conformadas. En este sentido, existe en Panamá una organización de mujeres que agrupa a las indígenas de las diferentes comarcas y que en la actualidad suma más de 3000 mujeres de las diferentes etnias indígenas, que poseen una estructura organizacional con representación en las distintas comarcas y comunidades. A corto plazo, esta es la posibilidad es la más viable y además cuentan con el reconocimiento de sus autoridades locales.

- Condiciones mínimas para la conformación de fondos:

A continuación se presenta una lista de chequeo sobre algunas características mínimas, en diferentes niveles (misionales, administrativos, operativos) que debería tener una organización comunitaria llamada a administrar fondos comunitarios.

Misional	Cumple
Orientación hacia la salud	
Orientación hacia pueblos indígenas con énfasis en mujeres	
Operativa	

²⁹ Se proponen los Comités de Salud como administradores ideales de los fondos a conformar, porque hacen parte de los equipos comunitarios del sistema de salud y por lo tanto son susceptibles de ser monitoreados, supervisados y controlados por los entes de control pertinentes por parte del Estado Panameño, buscando garantizar de esta manera que los recursos destinados para las mujeres embarazadas y el neonato en casos de emergencia, sea efectivamente empleado para este propósito y de entrar a realizar ajustes, se puedan llevar a cabo de la manera más ágil posible.

³⁰ Un Comité de Salud Activo es aquel que cuenta con una organización interna definida y con naturaleza jurídica definida y aprobada por el ente competente.

Con presencia en las zonas donde se van a conformar los fondos comunitarios	
Tener una estructura organizativa interna	
Administrativo / financiera	
Experiencia mínima de 1 año en el manejo de recursos	
Capacidad de llevar libros de Banco	
Jurídico	
Legalmente constituida	
Probidad	
Reconocimiento público de la comunidad en el manejo transparente de recursos	
Legitimación por parte de la comunidad	

Algunos aspectos de estos puntos se amplían a continuación:

- Existencia de una estructura organizativa: garantiza que exista el soporte de talento humano suficiente para llevar a cabo las actividades de soporte del Fondo. El fondo debe contar mínimamente con una Junta Directiva debidamente constituida, un presidente, vicepresidente, Tesorero, un Fiscal y un Comité encargado de la administración de los recursos provenientes del MINSA. Como parte importante de la organización interna de los Comités de Salud, está el hecho de garantizar que exista representación de mujeres en edad reproductiva (15 – 49 años)³¹. Cada uno de estos actores debe tener funciones definidas.
- Legalmente Constituido: Otra de las condiciones que debe cumplir el Fondo es que la organización comunitaria, cuente con personería jurídica (estén debidamente legalizados frente al ente competente).
- Reglamento Interno: Este reglamento interno de no existir, debe construirse conjuntamente con los miembros del Fondo y en caso de que exista deberá revisarse para asegurar que los lineamientos técnicos requeridos para su funcionamiento por parte del MINSA se puedan incorporar.
- Organización Financiera: El Fondo debe tener un sistema contable o un responsable de la contabilidad, que garantice la transparencia en el uso de los recursos y facilite los reportes de ejecución de los mismos. Es importante

³¹ Manual Operativo Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Pg 26.

en este sentido contar con un plan de relevo que garantice que los registros se encuentren siempre actualizados.

Así mismo, la Dirección Regional de Salud o las Unidades de Atención Básica en Salud deberán establecer las formalidades administrativas (contratos, convenios, otros) que permitan a la organización comunitaria el recibo y manejo de los recursos.

Otro aspecto importante es garantizar la seguridad del traslado de los recursos hasta donde geográficamente sea posible. También deberán existir dos firmas para la apertura y manejo de la cuenta del Fondo, la cual deberá ser independiente.

En el caso de Fondos que ya vienen funcionando en la comunidad, se deberá exigir la constitución de una cuenta exclusiva para esta operación.

Adicionalmente, la organización comunitaria deberá contar con una caja menuda que le permita disponer de los fondos de manera ágil y se deberá designar un custodio de la misma. Bajo la supervisión del Fiscal del Fondo.

- Modalidades del Fondo: Responde a la forma en que se manejarán los Fondos a corto y largo plazo, en coherencia con las normas vigentes administrativo financieras del MINSA y de Hacienda.

La modalidad del Fondo durante la operación será: i) administrar los fondos correspondientes al apoyo para traslado de embarazadas que van a parto institucional o que presentan signos de alarma ii) apoyar la ejecución de actividades previamente planeadas por la comunidad referidas al plan de parto y iii) apoyar la ejecución de actividades priorizadas fruto de la priorización de riesgos de morbi- mortalidad que afectan a la comunidad por ciclo vital.

Administración de los fondos comunitarios:

El Manual Operativo ISM direcciona la administración de los fondos comunitarios como una actividad de los equipos comunitarios, particularmente de los Comités de Salud. No obstante, esta situación tiene varios puntos a considerar:

- a. No todas las comarcas ni las comunidades cuentan con Comités de Salud conformados. Ver Anexo 6. Listado de Comités conformados.
- b. Algunos Comités de Salud conformados no se encuentran activos³².
- c. No todos los Comités están fortalecidos para llevar a cabo la administración de recursos.
- d. De conformidad con el manual ISM, la UBA está encargada de realizar los convenios para el manejo de los recursos de estos fondos y deberá celebrar tantos convenios o contratos, como comunidades bajo su cargo tenga.

³² Un Comité de Salud Activo es aquel que cuenta con una organización interna y con naturaleza jurídica, definidas y aprobadas por el ente competente.

El hecho de que no existan comités de salud conformados y/ o activos o fortalecidos, obliga a tomar otro tipo de alternativa, bien sea la contratación de otra organización comunitaria en capacidad de administrar los fondos comunitarios en una comunidad o tomar el tiempo para conformar y/o fortalecer los comités de salud u otra organización en capacidad de administrar fondos comunitarios.

A esta alternativa se suma el hecho de que las UBA deberán llevar a cabo tantos convenios o contrataciones como fondos comunitarios se quieran establecer por comunidades.

Tomando en consideración las situaciones anteriormente expuestas, se proponen los corregimientos como unidad territorial para ubicar los fondos comunitarios; los corregimientos responden a la división político administrativa de Panamá, es la unidad más pequeña con información oficial sobre el comportamiento de salud de las mujeres indígenas, quedando a discrecionalidad del MINSA determinar la constitución de más de un fondo comunitario en un corregimiento, fundamentado en la densidad poblacional en la presencia de grupos poblacionales y/o en la capacidad de la organización comunitaria para administrar los fondos (**Ver** el apartado: Conformación de Fondos comunitarios). Frente a la administración de los fondos, a continuación se brindan algunas opciones:

1. Tener una organización no gubernamental de reconocimiento público, en capacidad de llevar a cabo la tarea de conformar, fortalecer y administrar los fondos comunitarios, bajo las directrices del MINSA y dentro de las cuales se encontrarían incluidas las expuestas en el presente documento.
2. Encomendar la labor de conformación y/o fortalecimiento de los Comités de Salud a las OE y DRS prestadoras del servicio de salud, quienes tendrán bajo su cargo celebrar los convenios que se requieran con ellos.

Bien sea que se tome la opción 1 o la 2, en todo caso, es importante iniciar por una acción previa, para la conformación y/o fortalecimiento de fondos comunitarios.

En caso de optar por la **opción 1**, de establecer un convenio con una organización no gubernamental u organizaciones por región; quienes hacen las veces de Agentes de Manejo, éstas deberán contar con unos requerimientos administrativos, operativos, organizativos y misionales que les permita llevar a cabo la administración de los recursos y llegar a cada comunidad. Esta organización estaría bajo un convenio que establecería la DRS o la UGSAF directamente. Ver Gráfica 1 Administración por organizaciones no gubernamentales.

Gráfica 1

Opción 1. Administración a través de organizaciones no gubernamentales.



Contrata organización
encargada de organizar
Fondos Comunitarios

Dicha organización podría encargarse de todo lo relacionado con la conformación y /o fortalecimiento de organizaciones comunitarias en capacidad de administrar los fondos en el mediano y largo plazo. Igualmente, de existir una organización comunitaria que en sí misma esté en capacidad de operar como un Fondo Comunitario regional (ej: una organización de mujeres) con personal para realizar la entrega de los recursos en las comunidades permanentemente, aplicaría en esta opción.

La **opción 2**. Se encuentra en relación con los procedimientos que se siguen actualmente para la prestación del servicio de salud y se tendría que contemplar dentro de los convenios actuales con las prestadoras de servicio, la actividad de celebrar convenios con organizaciones comunitarias, quedando bajo cargo de la DRS todo lo relacionado con la capacitación y acompañamiento necesarios para estas organizaciones. En todo caso, tendría que analizarse la capacidad operativa y administrativa actual de las prestadoras de salud para saber la afectación que podría tener esta nueva actividad. Ver Gráfica 2 Contratación por entidades Prestadoras de Salud

Gráfica 2



Es importante tener en cuenta que en el caso del componente de apoyos comunitarios para desplazamiento, que requieren ser entregados en efectivo, los fondos comunitarios deberán tener cajas menudas, para lo cual deberán registrarse por la normatividad panameña para la conformación y manejo de las mismas.

1. Fase de Conformación / fortalecimiento

Una vez realizado el diagnóstico por comarca, se podrá entrar a identificar aquellas comunidades que a corto plazo están en capacidad (entendido como las condiciones mínimas de conformación) de recibir y manejar los recursos provenientes del MINSA, este será el Grupo A.

Un Grupo B. cuyas características organizativas demandan la necesidad de ser capacitados para poder operar los fondos comunitarios.

Un Grupo C. conformado por los grupos poblacionales donde aún no existen Comités de Salud u organización de mujeres conformadas y que por tanto, demandan entrar a conformarlos y posteriormente capacitarlos y fortalecerlos tanto técnica como administrativamente.

Para el levantamiento de esta información se sugiere la contratación de una consultoría experta en fortalecimiento institucional de organizaciones de base primaria que le permita al MINSA tomar decisiones futuras sobre las organizaciones en capacidad de administrar fondos, necesidades de capacitación, necesidades de acompañamiento a la constitución y fortalecimiento de las organizaciones, entre otras.

2. Fase de Monitoreo y Supervisión

Los responsables del monitoreo y supervisión interno del Fondo son los Fiscales de la organización comunitaria y externamente: la auditoría social, a cargo de la comunidad misma y en todo lo administrativo la supervisión externa del funcionamiento del Fondo, será responsabilidad del supervisor del contrato/ convenio.

Igualmente el Fondo deberá realizar una rendición de cuentas periódica (al menos cada 3 meses internamente hacia la Junta Directiva y cada 4 meses hacia el supervisor del convenio/ contrato).

Este punto sobre monitoreo y evaluación se ampliará en el manual operativo.

3. Sostenibilidad del Fondo Comunitario

La sostenibilidad del Fondo se puede contemplar desde dos aspectos: i) como parte de la operación por resultados existente actualmente en Panamá, donde las comunidades podrán acceder a los recursos por sus resultados respecto a los indicadores propuestos y ii) realizando un ejercicio acompañado por las instituciones del aparato administrativo del Estado, para que puedan incorporar las líneas de acción del Fondo en sus planes de desarrollo indígena.

APÉNDICE 5. AJUSTES SUGERIDOS Y RECOMENDACIONES AL PROGRAMA DE APOYOS COMUNITARIOS A LA SALUD MATERNO INFANTIL

El presente documento sugiere una serie de ajustes que sería necesario llevar a cabo con el fin de garantizar el funcionamiento operativo de los apoyos comunitarios.

- De carácter operativo y técnico:
 1. **Habilitación de CONE Básicos:** a pesar de que este es un aspecto de la oferta, el mismo afecta de manera positiva o negativa la calidad de la atención de las mujeres embarazadas. Es importante que el MINSA establezca unos criterios técnicos con base en modelos de calidad y atención del servicio (desde la oferta) que permitan establecer que CONE Básicos serán avalados o certificados; se sugiere iniciar el proceso a través de una certificación ISO 9000 basada en procesos administrativos, que de cara al servicio les permita contar con parámetros suficientes de calidad. (Esta sugerencia para implementar a largo plazo). En este sentido, se recomienda como primera medida, explorar en el mercado las instituciones que pueden entrar a dar una certificación ISO y realizar con ellos una mesa de reunión con el objetivo de diseñar términos de referencia previos o de mejorarlos, dónde el MINSA pueda explorar las ventajas, desventajas y oportunidades que le ofrece cada una de ellas y que sirvan de cara a llevar a cabo un futuro proceso licitatorio o de contratación directa y para determinar si es necesario contar con una consultoría previa para el levantamiento de los procesos y procedimientos de gestión a certificar.

En el corto plazo, se puede entrar a determinar unos parámetros de cumplimiento como los establecidos en la normatividad panameña y que respondan al proyecto de CONE.

En este sentido se sugiere elaborar una lista de chequeo por CONE Básico para establecer lo cercano o lejanos que se encuentran de cumplir con los parámetros establecidos por la normatividad de Panamá. Entre otros, se puede mirar el cumplimiento de los siguientes aspectos:

- Que los CONE Básico cuenten con el personal suficiente para llevar a cabo la atención.
- Que los CONE Básico cuenten con el talento humano de experiencia y formación requerido para la atención de las maternas
- Que los CONE cuenten con elementos de carácter cultural

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSAF

- Que se asegure el mantenimiento y rotación adecuada de medicamentos para la atención de las maternas.
- Que se cumplan los protocolos para la atención de maternas.
- Que se tengan los elementos para llevar a cabo procedimientos clínicos específicos para maternas y que los mismos estén en funcionamiento.
- Que cuente con elementos mínimos para el tratamiento de desechos médicos. En este listado pueden incluirse otros elementos y se toma como base de calificación máxima el cumplimiento de todos los ítems y de allí se establece un mínimo para entrar a determinar que el CONE Básico puede estar habilitado para la atención de maternas.

2. Fortalecimiento “salas de situación”: Asignación de CONE Básicos habilitados de referencia, por parte de la DRS, a las redes itinerantes. Cada red itinerante deberá tener un CONE Básico habilitado de referencia para coordinarse cada vez que deba realizar una gira. Esta coordinación tiene varios propósitos: al comenzar la ronda para i) recibir los bonos prenatales tanto para poder darle bono a la mujer que se acerque antes de su semana 12 de embarazo, así como darles el bono por el control siguiente para que se acerque a red fija en fecha establecida, así mismo el bono para parto institucional y al final de la ronda ii) para entregar a la red fija, el resultado de la entrega de bonos por cada tipo; esta información se registra en el formato de entrega de bonos. Esta coordinación es en doble vía, puesto que también el CONE Básico habilitado deberá entregar el listado de mujeres embarazadas remitidas para su control prenatal regular en red itinerante (no son objeto de apoyo comunitario por tratarse de controles prenatales regulares).

3. Sensibilizar al personal de los EBS, sobre el uso de la Tarjeta de control perinatal, como soporte que permite verificar el cumplimiento de la mujer embarazada con respecto a los momentos objeto de bono (captación temprana, un control cada trimestre en CONE Básico habilitado y parto institucional, control puerperal y control neonatal).

4. Procedimientos de reporte al interior de la UBA:

Con base en los procesos de registro de entrada y salida de información requerida para el programa de apoyos comunitarios, se establecerá con el responsable del manejo del SIREGES y con quienes la UGSAF determine, los ajustes requeridos y posibles en el sistema, así como de la habilitación de módulos para la introducción de datos específicos por parte del personal del campo involucrado con la elaboración de reportes.

- Administrativos y financieros:

1. Reuniones previas con Contraloría que permitan llegar a acuerdos importantes sobre los soportes que se emplearán para avalar el reembolso de las cajas menudas, así como llegar a acuerdos sobre los topes que eventualmente se estarían manejando para cada una de ellas y elaborar el manual administrativo particularizado para el programa de apoyos comunitarios.
2. Explorar la posibilidad de que Guna Yala cuente con un fiscal regional que permita agilizar los procedimientos administrativos, particularmente los relacionados con pagos.
3. Tomar en consideración la estructura de soporte propuesta por la consultoría principalmente para fortalecer el proceso administrativo en los CONE Básicos habilitados donde opere el programa de apoyos comunitarios. En este sentido, el equipo regional de Darién mencionó la importancia de contar con auxiliares administrativos en Lajas Blancas y Unión Choco.
4. Iniciar con un levantamiento de costos de transporte, particularmente en la comarca Gnâbe Bugle, que permita acotar y ajustar los escenarios planteados.

Recomendaciones:

- Optimización de recursos: considerando que en Panamá se viene desarrollando el programa Red de Oportunidades, en el cual tiene participación el sector salud y que específicamente contempla dentro de sus condicionantes el de la realización de controles prenatales, se sugiere mirar con detenimiento la pertinencia o bien de continuar aportando al programa en mención por este concepto, o de redirigir los recursos hacia el programa de apoyos comunitarios, pero en todo caso evitar la duplicidad de acciones con la misma población.
- Administración de los apoyos comunitarios: Tomando en cuenta el crecimiento y volumen del manejo administrativo que implica la operación para el programa de apoyos comunitarios, se sugiere explorar alternativas diferentes que le permita al sistema de salud concentrarse en los aspectos misionales y darle una plataforma administrativa propia al programa de apoyos comunitarios que evite el sobre cargo al personal médico de las redes fijas e itinerante, que pueda traer como consecuencia una afectación en la calidad de la atención a los pacientes.
- Monitoreo del PACO: se recomienda explorar alternativas en el mercado, que traigan en el futuro cercano, modernización al sistema de monitoreo de la operación de apoyos comunitarios, en este sentido, se puede pensar en sistemas de monitoreo aleatorios a largo de toda la ejecución, obligando a los operadores de campo a estar preparados en cualquier momento.

- Seguridad de la operación: es necesario tomar las medidas necesarias que eviten poner en peligro al personal médico que se encuentra en los CONE básicos habilitados, por empezar a tener el manejo de los dineros por concepto de canje de bonos. En este sentido, toda acción tendiente a acercar los sistemas de la banca formal son deseables, así como las precauciones que impliquen algún tipo de modificación en la infraestructura de las instalaciones. En este sentido, es importante propugnar por la constitución de alianzas (público – privado) o entre sectores, que den la posibilidad de potenciar la intervención desde el punto de vista administrativo, operativo y de información. Se propone que se asuman estrategias que responden a las tendencias de responsabilidad social mundiales, donde las empresas privadas que operan en un país asumen su compromiso frente a la sociedad, sin perder su razón de ser.

En este panorama, el papel del Estado y en este caso en particular, del sector salud, sería el de trazar políticas públicas y coordinar y promover la participación de las empresas en aquellos programas y proyectos de interés, de tal suerte que los apoyos recibidos lleguen de manera coherente y eficiente. Para el caso del programa de apoyos comunitarios, sería deseable a mediano y largo plazo poder contar con: i) tecnología adecuada a las condiciones de la operación que faciliten las comunicaciones y fluidez de información entre los distintos niveles del sistema (comunidad, CONE Ambulatorio, CONE básico y CONE completo), ii) sería importante contar con sistemas de monitoreo teledirigidos que permitan llegar de manera aleatoria y sorpresiva a los distintos lugares (especialmente las comunidades más distantes de las instancias prestadoras de salud), conducentes a garantizar la transparencia del proceso, iii) Igualmente, están los sistemas de bancarización y/o de microfinanzas que permitan un manejo de los recursos con mayor seguridad y fluidez y iv) sistemas de transporte que aporten a agilizar la salida de la población y de las mujeres embarazadas en particular, en casos donde se presenten signos de alarma, principalmente en los sectores de mayor dificultad geográfica.

- Direccionamiento de las actividades y actores de campo: Es recomendable contar con una instancia al interior del MINSA, claramente identificable que tenga la responsabilidad de direccionar estratégicamente el trabajo en campo de los diferentes actores comunitarios o idealmente, involucrar activamente a la Dirección de Promoción. Dentro de los actores que deben ser dirigidos o coordinados y que están relacionados con el proceso de gestación de las mujeres; se encuentran: promotores voluntarios de salud, Comité de salud, Comité de plan de parto y parteras; adicionalmente se tiene a los educadores o al responsable de saneamiento, quienes también son reconocidos como promotores de salud. En particular para el caso de la intervención de apoyos comunitarios, es pertinente revisar con detenimiento la conveniencia de contar

con este número y variedad de actores y entrar a definir sus funciones e interacciones en campo, de tal manera que se logre eficiencia en la articulación entre ellos y con el sistema de salud.

- Papel de la partera: La partera, como figura importante en el desarrollo y culminación del parto de las gestantes, debe estar articulada dentro de las actividades que se van a desarrollar en el programa de apoyos comunitarios, en este sentido, es estratégico que hagan parte activa de lo que se viene planeando, por lo que es pertinente vincularla o bien como monitoras AIN-C o como promotora voluntaria de salud.
- Recuperación de buenas prácticas: es importante generar encuentros intercomarcales que permitan intercambiar experiencias y buenas prácticas como por ejemplo, la que existe en Guna Yala sobre el acogimiento familiar a las mujeres que se encuentran en sus últimos días de gestación y que fortalecen la solidaridad y organización de los pueblos indígenas o la organización de los transportadores en la comarca de Ngâbe Buglé.
- Estrategias de mercadeo social que busquen: i) fortalecer los espacios de intercambio de conocimientos, que permitan ir adentrando elementos culturales tanto en las prácticas médicas occidentales como de éstas en los procedimientos seguidos por las culturas, que decanten en la reducción de la mortalidad materno – infantil y en un modelo de salud contextualizado a la cultura indígena y ii) continuamente sensibilizar a las mujeres embarazadas y su entorno familiar y comunitario, sobre el cuidado hacia su propia salud, con relación a los servicios materno neonatal – infantiles que brinda el Estado, para lograr una mayor comprensión e información que dé como resultado una mayor demanda de los mismos. En particular para el programa de apoyos comunitarios, está la propuesta por parte de las autoridades indígenas de Guna Yala de construir un perfil conjunto del promotor voluntario de salud, que permita transmitir la información de una manera armónica con los símbolos de la cultura Guna para generar una mayor comprensión y apropiación del programa de apoyos comunitarios, entre las comunidades.

APÉNDICE 6. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYOS COMUNITARIOS A LA SALUD MATERNO INFANTIL EN EL SIREGES

El PACO debe apoyarse en el SIREGES por lo cual se verificó el tipo de datos que capta actualmente el sistema con relación a los destinatarios de los apoyos comunitarios, encontrando que:

- Para el caso de mujeres embarazadas, existen campos que permiten compartir la información siempre y cuando se tenga en cuenta un dato esencial, a saber, **el número de identificación** de la destinataria, convirtiéndose en el dato llave para conectar las bases de datos.
- Existen datos sobre los centros de salud y sus redes itinerantes; información que puede emplearse para realizar el seguimiento de la entrega y canje de bonos a las mujeres embarazadas.
- Actualmente hay información general por destinataria (comunidad, grupo poblacional, corregimiento, número de identificación, etc) sus controles prenatales (semanas y número de control) y parto. Esta información es básica igualmente para el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil.
- Hay información sobre promotores voluntarios de salud, pero el tratamiento actual que se les da es como beneficiarios del sistema de salud. No hay actividades asociadas a ellos y ellas.
- Existe información detallada sobre las monitoras y los niños y niñas asignados a cada una de ellas. También está la información del perfil que deben cumplir, la fecha de ingreso como Monitora AIN-C, su estado (seleccionada, etc) y las actividades que deben desarrollar.
- Los tiempos para consolidar la información en el SIREGES se convierte en un punto negativo, pues actualmente se debe esperar a que las bases de datos lleguen hasta el nivel central para su consolidación. Este obstáculo se debe principalmente a que no existe un módulo que se encuentre en línea y a que es necesario contar con internet en el lugar desde donde se pretenda enviar la información.

Necesidades y posibilidades en el SIREGES:

a. Mujeres embarazadas

- Se pueden crear campos que asocien a la mujer embarazada con el serial del bono que se le entrega, así como la fecha del efectivo canje del mismo. Esta

información es importante incluirla para realizar el seguimiento a la entrega y canje de bonos: se puede incluir unos campos para que aparezca la información del pagador del bono y cargar la base de datos en un módulo que se encuentre en línea con el sistema central del SIREGES. Los campos que debe tener el módulo son: el número de identificación de la mujer embarazada, el serial del bono que se le entregó y su fecha de canje. Igualmente se deben incluir los datos del número de identificación y el serial del bono asociado al responsable que entrega el bono.

- Es posible realizar una parametrización en el sistema para incluir la estratificación por comunidades y el valor de los bonos asociados a las comunidades y comarcas.

b. Promotores Voluntarios de Salud

- Es posible asociar a cada promotora voluntaria de salud con la mujer asignada y la comunidad, similar a los campos que actualmente se tienen para Monitoras AIN-C.
- Se puede introducir un campo con las actividades que debe realizar el PVS.
- Se debe y es posible, asociar el cumplimiento de las actividades con el periodo de pago y el monto recibido por las mismas, al introducir el dato sobre la fecha de visita a la mujer embarazada asignada.
- Es posible parametrizar el SIREGES con la información sobre los topes de pago al promotor voluntario de salud.
- Se puede introducir el nombre del supervisor encargado del PVS.

c. Monitoras AIN-C

- Es necesario actualizar y ajustar las actividades de pago a las monitoras AIN-C, así como introducir un campo para que se vincule el nombre del supervisor de las mismas.
- Similar al requerimiento para PVS se podrá parametrizar el sistema para establecer los topes máximos de pago y la periodicidad del mismo, así como los montos recibidos por cada una de ellas.

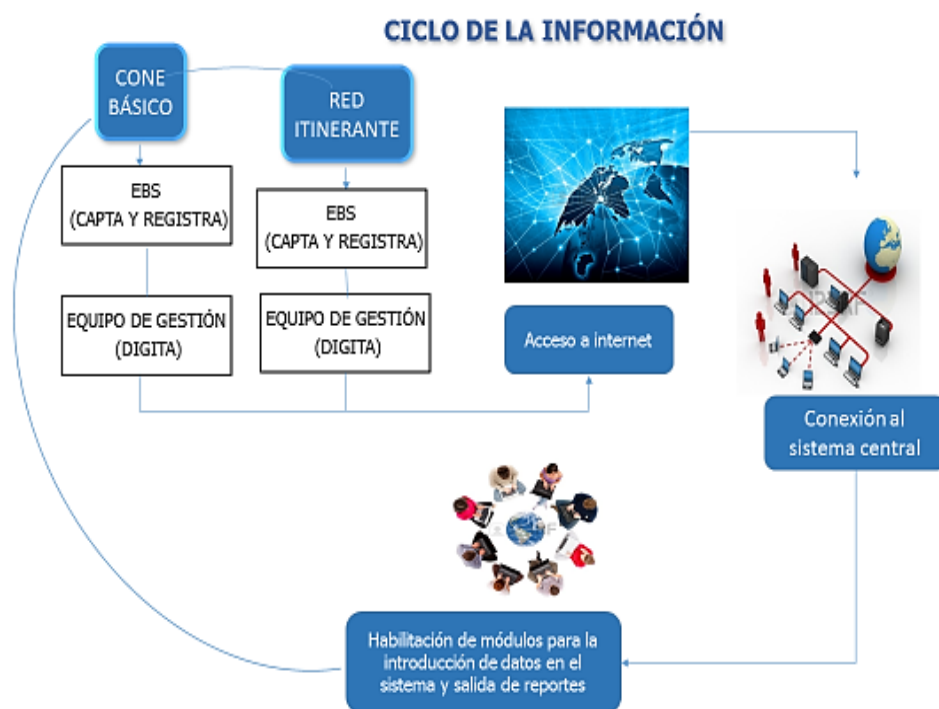
En general es posible emplear el SIREGES para la operación del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil, pero es necesario que previo a la implementación del mismo, se tengan los procesos de entrada y salida de la

información (Ver Apéndice 8. Entrada y salida de información) y reportes requeridos y sobre todo implementar módulos que puedan cargarse posteriormente o periódicamente en línea desde las regiones, previo a pasar por la DPSS.

También es necesario asegurarse de que la información sobre los grupos itinerantes se encuentra actualizada puesto que los datos actuales datan del 2012.

Es importante asegurar que exista un captador de datos que pueda al menos cada dos (2) meses estar enviando la información. Se puede habilitar la opción online siempre y cuando se asegure la conexión a internet. El ciclo sería el siguiente:

Gráfica 17



En la gráfica 17 se aprecia el flujo de la información desde que es captada por la UBA hasta que llega al sistema central e incluye los dos pasos fundamentales que se deben dar: i) asegurar que en un punto del ciclo el captador tenga acceso a internet para enviar la información al nivel central y ii) que el nivel central habilite los módulos con los campos requeridos de acuerdo al Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil.

Entrada y Salida de información SIREGES

**DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSAF**

ENTRADA	PROCESO	USUARIO	SALIDA
Número del Bono por Captación Temprana	Entrega de Bonos	CONE BÁSICO / DRS / DPSS / UGSAF	Bonos entregados por tipo (BCP o BPI)
Número del Bono por Control Trimestral			
Número del Bono por Parto Institucional			
Número de identificación de la embarazada			
Instancia que entrega bono			
ENTRADA	PROCESO	USUARIO	SALIDA
Número de identificación de la embarazada	Canje de Bonos	CONE BASICO / DRS / DPSS / UGSAF	Total de bonos canjeados por tipo (BCP o BPI)
Número del Bono por Captación Temprana			
Número del Bono por Control Trimestral			
Instancia que canjea bono			

- **ANEXOS**

ANEXO TÉCNICO 1. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE APOYOS COMUNITARIOS

Contenido

<u>A. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE APOYOS COMUNITARIOS DIRIGIDOS A MUJERES EMBARAZADAS</u>	125
1. <u>Introducción</u>	125
2. <u>Descripción de la Situación Actual</u>	125
3. <u>Cálculo del Apoyo</u>	128
3.1 <u>Demanda de Salud</u>	128
3.1.1 <u>Marco Teórico</u>	128
3.1.2 <u>Especificación econométrica</u>	131
3.1.3 <u>Datos</u>	131
3.1.4 <u>Resultados</u>	132
3.2 <u>Oferta de Salud</u>	136
3.2.1 <u>Marco Teórico</u>	136
3.2.2 <u>Especificación</u>	137
3.2.3 <u>Datos</u>	139
3.2.4 <u>Resultados</u>	140
3.3 <u>Monto del apoyo para controles prenatales</u>	144
4. <u>Contextualización del resultado</u>	146
<u>B.METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE LOS APOYOS COMUNITARIOS DIRIGIDOS A PROMOTORES VOLUNTARIOS DE SALUD</u>	147
1. <u>Valor de los apoyos comunitarios para PVS</u>	147
2. <u>Ponderación entre eventos</u>	148
3. <u>Rangos de Cumplimiento</u>	149
<u>C. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE LOS APOYOS COMUNITARIOS A TRAVÉS DE LOS FONDOS COMUNITARIOS</u>	150
1. <u>Valor por contar con el Plan Comunitario de Traslado</u>	150

2. Ponderación entre eventos.....	151
3. Valor per cápita de los Apoyos Comunitarios.....	152
D. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE LOS APOYOS COMUNITARIOS	
DIRIGIDOS A MONITORAS AIN-C.....	156
1. Ponderación de actividades.....	157
2. Rangos de Cumplimiento	157

A. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE APOYOS COMUNITARIOS DIRIGIDOS A MUJERES EMBARAZADAS³³

1. Introducción

Este apartado detalla los cálculos para estimar el monto de los apoyos a las mujeres embarazadas. Para ello se comienza haciendo un análisis descriptivo de la cobertura actual de los indicadores de salud materno-infantil del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil, en áreas indígenas de manera que se pueda identificar la cobertura relativa de cada indicador. A continuación, se fija un marco teórico y se estiman las curvas de demanda y oferta de servicios de salud para el indicador de parto institucional. Después, se calculan los montos del apoyo para los controles tempranos y controles trimestrales basándose en la cobertura que presenta cada indicador. Por último, se compara el resultado con el monto de apoyos similares en el contexto internacional.

2. Descripción de la Situación Actual

Para describir la situación de los indicadores de salud prenatal en las comarcas indígenas se utiliza la encuesta de Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) que contiene información de salud materno infantil para las comarcas indígenas de Guna Yala y Emberá. La encuesta recoge información del uso de servicios prenatales por las mujeres y del tiempo que las mujeres tardaron en acceder a dichos servicios según sus autorreportes. Tomando en cuenta esta información podemos observar como varía el uso de servicios con la distancia (en horas de transporte) al centro de salud. Para nuestro análisis nos vamos a fijar en la submuestra de mujeres que recibieron apoyo de la Red de Oportunidades³⁴.

1. Control prenatal profesional:

El Panel A de la figura 1 muestra que entre las mujeres que registraron un embarazo en los últimos 2 años³⁵, el 82% “realizó al menos un control prenatal con un profesional”. En el panel B se muestra como se distribuyen las mujeres que acudieron

³³ Apartado realizado por Paloma Acevedo y Raúl Sánchez. Agradecemos a Sebastián Martínez, Luisa Manosalva y Carlos Alviar por su guía, sugerencias y apoyo.

³⁴ La Red de Oportunidades, es un proyecto del Ministerio de Desarrollo Social de Panamá que tiene como objetivo insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, en la dinámica del desarrollo nacional, garantizando los servicios de salud y educación (http://www.mides.gob.pa/?page_id=555).

³⁵ Para aquellas que tuvieron más de 1, se computa el último embarazo.

en términos de horas al establecimiento de salud. Como se ve, el 50% de las que acudieron se encontraban a menos de una hora de distancia al centro de salud. En el Panel C se muestra, para cada hora de distancia, la proporción de mujeres que realizan el control. Como se observa, el nivel de cumplimiento para este indicador se mantiene bastante alto y uniforme para todos los estratos. Esto indica que el índice de cobertura para la realización de al menos un control prenatal es bastante alta en las regiones indígenas.



Figura 1. Acudió al menos a una visita de atención prenatal con un médico o enfermera profesional (mujeres de la Red de Oportunidades)

2. Atención temprana:

Para medir la atención temprana (visita prenatal antes de la semana 12) nos basamos en la variable “Acudió a una visita de atención prenatal con un médico o enfermera profesional durante el primer trimestre (primeras 15 semanas)”.

La encuesta muestra que solo el 33% de las mujeres de nuestra muestra está asistiendo a un control prenatal en las primeras 15 semanas de embarazo (ver figura 2 Panel A). En el panel B vemos que más del 60% de las mujeres que realizan el control prenatal temprano se encuentran a menos de una hora de distancia del centro de salud. Mirando la proporción de mujeres que acudieron por cada segmento temporal vemos que el nivel de cumplimiento es bastante bajo y uniforme para todos los estratos (alrededor del 30%). Esto indica que la atención temprana tiene poca cobertura para nuestra muestra y que esta baja cobertura no está relacionada con la distancia al centro de salud.

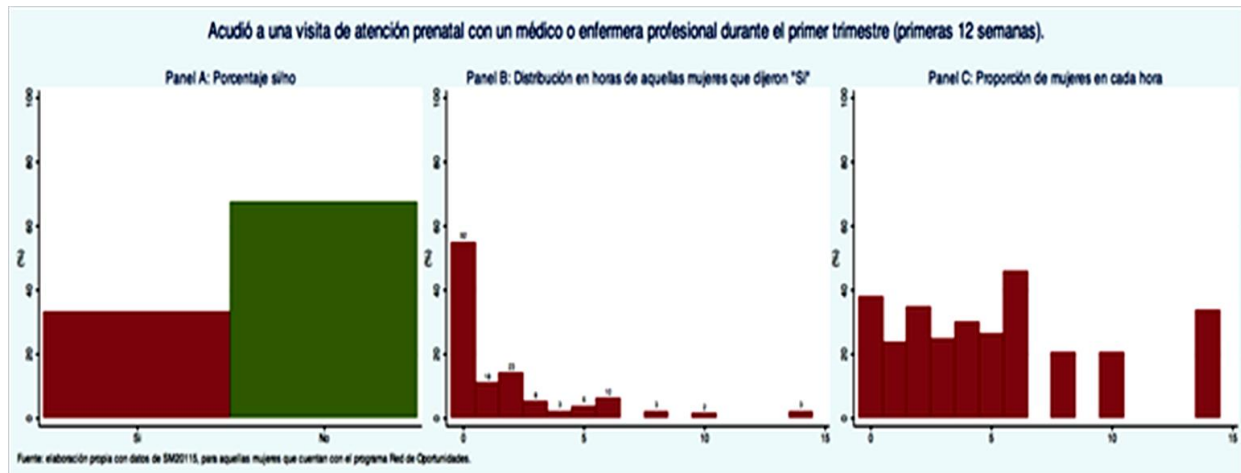


Figura 2. Acudió a una visita de atención prenatal con un médico o enfermera profesional durante el primer trimestre (primeras 15 semanas) (mujeres de la Red de Oportunidades)

3. Realizó un parto en un hospital o centro de salud público o privado

Según los datos de la encuesta el 79% de las mujeres realizaron su parto con personal médico en un establecimiento de salud (también lo llamaremos parto institucional). Como se observa en el Panel B de la Figura 3, cerca del 60% de dichas mujeres se encuentran a menos de una hora de distancia de la instalación de salud, en tanto que aproximadamente el 30% está a menos de 5 horas de distancia. Mirando el porcentaje de mujeres por estrato de distancia (panel C) vemos que los porcentajes de cumplimiento decrecen con la distancia al centro de salud. Esto indica que entre más lejos del centro de salud, menos probabilidad de tener un parto institucional, indicando que la distancia podría ser una barrera para el cumplimiento de este indicador.

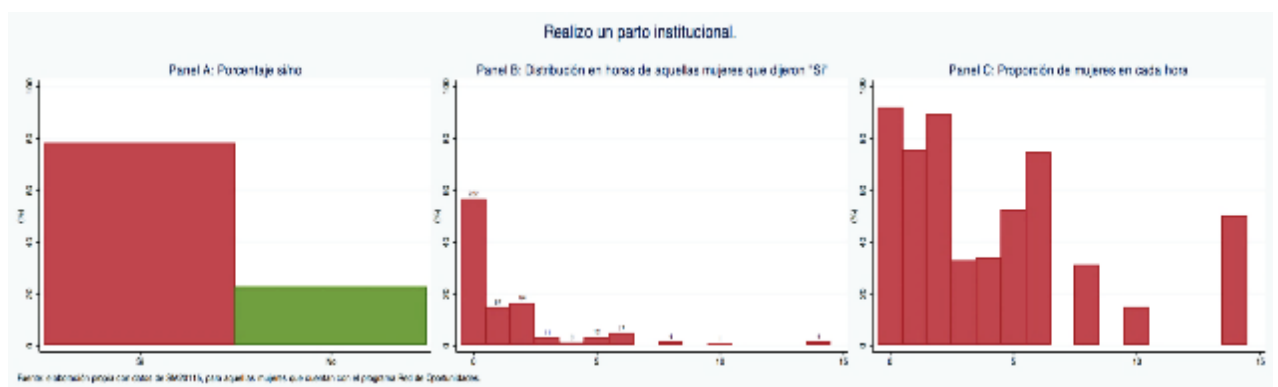


Figura 3. Realizó un parto en un hospital o centro de salud público o privado (mujeres de la Red de Oportunidades).

En resumen, podemos ver que para esta submuestra el indicador de “asistencia a al menos un control prenatal” tiene una buena cobertura en general, mientras que el de “captación temprana” tiene una baja cobertura y que no depende de la distancia y que el de “parto con personal médico profesional” tiene una cobertura que depende de la distancia al centro de salud.

3. Cálculo del Apoyo

A continuación se presenta el marco teórico y la estimación de la demanda y oferta de servicios de salud para determinar el monto óptimo de los apoyos a embarazadas.

Para calcular el apoyo nos basamos en modelos de economía clásica en el que los agentes, mujeres embarazadas y proveedores de servicios, maximizan su utilidad y sus beneficios respectivamente. Del problema de maximización de utilidad de las embarazadas se obtiene una curva de demanda que en este contexto representará la cantidad de servicios sanitarios que demandan para cada monto del apoyo. Por otro lado, el proveedor de servicios resuelve un problema de maximización de beneficios (en este caso medidos en términos de salud) donde el precio óptimo será aquel que haga que sus costos marginales sean igual a sus ingresos marginales. Una vez especificadas las ecuaciones de demanda y oferta, utilizaremos datos para estimarlas.

3.1 Demanda de Salud

3.1.1 Marco Teórico

Para calcular la demanda de salud nos basamos en el modelo de demanda de salud de Grossman³⁶.

Asumimos una función de utilidad,

$$U = U(\phi_t H_t, Z_t); t = 0, 1, \dots, n$$

donde H_t es el stock de la salud en el período t , ϕ_t es el flujo de servicio por unidad de stock de salud, $h_t = \phi_t H_t$ es el consumo total de "servicios de salud", y Z_t es el consumo de los demás bienes. La función de utilidad está sujeta a una restricción presupuestaria de cada hogar,

$$\sum_t p(h_t + Z_t) \leq m$$

donde p son los precios exógenos y m es el ingreso total del hogar.

³⁶ Grossman, M. "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health". *Journal of Political Economy*, Vol. 80, No. 2 (Mar. - Apr., 1972), pp. 223-255.

La función de utilidad es estrictamente creciente en cada uno de sus argumentos. En el periodo 0 el individuo hereda una reserva inicial H_0 de capital de salud y el stock de salud evoluciona en el tiempo de acuerdo con la relación:

$$\Delta H_t = I_t - \delta(A_t)H_t$$

donde ΔH_t es la inversión neta en salud en el período t , I_t es la inversión bruta total en salud en el período t , δ es la tasa de depreciación de la salud en el período t , y A_t es un vector de variables exógenas que afectan la tasa de depreciación, como la edad, el sexo y las variables ambientales. La inversión bruta se supone que se produce utilizando la asistencia médica (M) y el tiempo propio (L_{Ht}) como insumos, lo que da lugar a la siguiente función de producción de salud:

$$I_t = I_t(M_t, L_{Ht}, E_t)$$

donde E_t es el nivel de educación exógeno que se asume para afectar a la productividad de la producción de la salud. La restricción presupuestaria está dada por:

$$Y_t + W_t(L_{tot} - L_t - L_{Ht} - L_{st}) = p_t Z_t + P_t M_t$$

donde Y_t es el ingreso no salarial en el período t , W_t es el salario exógeno en el período t , L_{tot} es el tiempo total por período, L_{st} es el tiempo de enfermedad en el período t , p_t es el precio de los bienes privados en el período t , y P_t es el precio de la atención médica en el período t . El tiempo de enfermedad en el período t (L_{st}) es una función de la situación sanitaria en el período t y se define como la cantidad de tiempo en el período t que el individuo no puede trabajar debido a una enfermedad. Maximizando la función de utilidad sujeto a la función de producción de salud y la restricción presupuestaria se obtiene la siguiente función de demanda de salud en el momento t :

$$H_t = H_t(p, P, Y, W, A, E, \theta, H_0)$$

donde p es un vector de precios de los bienes privados en los períodos $1, \dots, T$; P es un vector de precios de la atención médica en los períodos $1, \dots, T$; Y es un vector de los ingresos no salariales en los períodos $1, \dots, T$; W es un vector de tasas de salarios en los períodos $1, \dots, T$; A es un vector de variables en los períodos $1, \dots, T$ afectando la tasa de

depreciación de la salud, y E es un vector de la educación niveles en los periodos 1, ..., T ; θ es la tasa de preferencia temporal; y H_0 es el stock inicial de capital heredado de la salud en el periodo 0.

La principal variable de interés en nuestro análisis está representada por Y , que en nuestro caso constituye el importe real de la transferencia que se le realiza a la mujer para que efectúe el control y/o el parto institucional.

En nuestro análisis, este monto real de la transferencia fue construido de la siguiente forma:

$$Y = \frac{50 \times C1}{\text{Costo}_{tr} \times C2}$$

Donde 50 es el valor que recibe la mujer embarazada cada mes³⁷, $C1$ es el numero de veces que recibirá la transferencia (consideramos 6), Costo es el monto que cuesta trasladarse al centro de salud más cercano en el momento t y en el lugar poblado r ; y $C2$ es el numero de controles que requiere el programa Red de Oportunidades.

Las hipótesis que se están considerando son:

- A mayor distancia (entendiéndose también a mayor tiempo de recorrido) de los centros de salud, la demanda de la atención prenatal disminuye.
- A mayor nivel educativo de la madre aumentará la demanda de atención prenatal.
- A mayor exposición de la madre a la educación de planificación familiar informal aumentará la demanda de atención prenatal.
- Cuando el monto de la transferencia que recibe la mujer embarazada aumenta, la demanda de salud también se incrementa.

Para estimar la función de demanda, se propondrán diferentes formas funcionales que se detallan en la siguiente sección.

³⁷ Es el monto que reciben los hogares de la Red de Oportunidades a condición de que los miembros de la familia acudan a los centros de salud en busca de vacunación, controles de embarazo y asistencia médica, en otros casos mantener dentro del sistema educativo a los niños y niñas miembros del hogar, así como de participar activamente en las reuniones escolares.

3.1.2 Especificación econométrica

Para estimar la demanda de salud se utilizaron las siguientes formas funcionales:

Modelo de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO)

$$Y = \beta_0 + \beta_P P_i + \beta_Y Y_0 + \sum_{k=1}^K \beta_{Mk} M_{ki} + \beta_F F_i + \sum_{m=1}^M \beta_{Cm} C_{mi} + \sum_{l=1}^L \beta_{Rl} R_l + \varepsilon_i$$

Donde Y es una variable binaria que vale 1 si la mujer realizó el evento de salud materno infantil (acudir a controles o parto institucional), P es el precio medido como la distancia a un centro de salud; Y_0 es el monto total de la transferencia real que recibe; M son las características de la madre, como el nivel de instrucción; F es el nivel de instrucción del padre; C son las características culturales; R son las características regionales

Modelo Logit (para asistencia a un control prenatal)

$$Prob(Y_i = 1) = \frac{e^{X_i \beta + \varepsilon_i}}{1 + e^{X_i \beta + \varepsilon_i}}$$

3.1.3 Datos

Para la estimación de estos modelos se utilizó la base de datos Panamá-Salud Mesoamérica 2015 (SM2015). El principal objetivo de la base de datos consistió en recopilar información acerca de las características de los hogares, los gastos efectuados por los hogares y de una gama de indicadores en materia de salud reproductiva, salud materna y neonatal, inmunización y nutrición (incluidas medidas físicas).

Las unidades administrativas primarias de Panamá son provincias y jurisdicciones indígenas denominadas comarcas. El BID ha identificado 2 comarcas de intervención (Guna Yala y Emberá) en las cuales se aplicó la Encuesta de base de hogares SM2015. En dichas áreas, seleccionó una muestra al azar de hogares elegibles con los cuales se obtuvo el tamaño de la muestra de 1.650 hogares.

El Cuestionario de salud materna e infantil se utilizó para recabar información de todas las mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Se consultó a estas mujeres acerca de los siguientes temas: antecedentes personales (educación, ocupación y exposición a los medios); acceso a la atención de salud; estado actual de salud;

historial reciente de enfermedades y gastos médicos asociados; historial de nacimientos (incluidas preguntas relativas a embarazos que derivaron en aborto espontáneo, muerte fetal o aborto inducido); atención prenatal, durante el parto y postparto; preferencias de fecundidad; conocimiento y uso de métodos de planificación familiar (incluidas las barreras para su uso); exposición a intervenciones al sistema de salud y satisfacción con los agentes de salud comunitarios.

En la base de datos, la distribución de mujeres encuestadas por Distrito es la siguiente: 1900 en Guna Yala, 419 en Cémaco, y 134 Sambú. Por otra parte, realizaremos el análisis para todas aquellas mujeres que registraron el último parto/embarazo en los últimos 2 años. Asimismo, se consideraran tanto aquellas que cuentan o no con el programa Red de Oportunidades. Se pudo observar que en la muestra, el 67% de las mujeres cuentan con este programa.

3.1.4 Resultados

La Tabla 1 muestra diferentes estimaciones de la demanda para la variable dependiente "Recibió un al menos un control con médico o enfermera". El panel A muestra los resultados de las estimaciones utilizando MCO, mientras que el panel B muestra los resultados utilizando LOGIT. En las columnas se reportan los distintos coeficientes, que indican como afectan cada una de las variables independientes en la probabilidad de realizar un control prenatal. Por ejemplo, en la columna (1), vemos que aumentar \$1 más de apoyo a las mujeres embarazadas, incrementa en promedio un 0.2 % la probabilidad de realizar un control. En la columna (2) añadimos las variables de cercanía al centro de atención médica y no encontramos efectos significativos en la distancia. En la columna (3) añadimos variables de

las características personales de la mujer para capturar mejor el efecto y encontramos que el coeficiente apenas varía y que las variables de control apenas son significativas (salvo la educación de la madre). El modelo (4) y (5) presenta las interacciones de recibir el apoyo con la distancia y nuevamente solo encontramos efectos significativos en la recepción del apoyo (y en la educación de la mujer). Los modelos (6) y (7) replican los dos modelos anteriores pero tomando la variable tiempo como continua. Los resultados apenas varían en la dimensión del coeficiente.

La tabla 2 muestra los resultados para los modelos MCO y LOGIT de la asistencia a un control prenatal durante el primer trimestre de embarazo. Vemos que en el modelo (1) el apoyo parece afectar la asistencia al control temprano, pero que ese efecto desaparece en el resto de modelos.

La tabla 3 muestra los resultados para los modelos MCO y LOGIT de la realización de parto con personal médico. En este caso vemos que el apoyo parece afectar la probabilidad de asistir a un control con personal médico y que,

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF

como veíamos en la sección anterior, esta probabilidad se reduce con la distancia al centro de asistencia sanitario. La figura 2 muestra la representación de la curva de demanda para la asistencia a parto institucional para el caso de la estimación de MCO y LOGIT. En el eje vertical muestra la probabilidad de asistir al parto y en el eje horizontal los niveles de apoyo. Nótese que al representarse un apoyo en vez del precio la pendiente es positiva.

Tabla 1. Acudió al menos a una visita de atención prenatal con un médico o enfermera profesional

Panel A. MCO

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Subsidio Y	0.002*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.002*** (0.001)	0.003*** (0.001)
< 1 Hora		-0.066 (0.046)	-0.065 (0.046)	-0.084 (0.062)			
1-3 Horas		-0.022 (0.048)	0.015 (0.049)	0.032 (0.053)			
Edad			-0.000 (0.002)	-0.001 (0.002)	-0.000 (0.002)	-0.000 (0.002)	-0.000 (0.002)
Asistio Esc			0.090** (0.044)	0.083* (0.044)	0.080* (0.044)	0.085* (0.044)	0.078* (0.045)
Indice de activos			-0.001 (0.017)	-0.001 (0.017)	0.002 (0.017)	0.001 (0.018)	0.003 (0.018)
Seguro salud			0.044 (0.081)	0.046 (0.081)	0.040 (0.081)	0.035 (0.083)	0.030 (0.083)
Casada			0.066 (0.060)	0.065 (0.060)	0.067 (0.060)	0.068 (0.063)	0.068 (0.063)
(Subsidio Y) x <1Hora				0.000 (0.002)	-0.001 (0.001)		
(Subsidio Y) x 1-3Horas				-0.003 (0.003)	-0.002 (0.002)		
Tiempo hora						0.004 (0.008)	0.006 (0.008)
(Subsidio Y) x Tiempo (hora)							-0.001 (0.001)
Constant	0.748*** (0.023)	0.766*** (0.030)	0.685*** (0.083)	0.693*** (0.084)	0.684*** (0.079)	0.658*** (0.086)	0.661*** (0.086)
Observations	597	597	588	588	588	558	558
R-squared	0.032	0.035	0.050	0.052	0.047	0.040	0.043

Standard errors in parentheses
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Panel B. LOGIT (efectos marginales)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Subsidio Y	0.002*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.005** (0.002)	0.005** (0.002)	0.002*** (0.001)	0.003*** (0.001)
< 1 Hora		-0.061 (0.043)	-0.059 (0.042)	-0.053 (0.047)			
1-3 Horas		-0.020 (0.045)	0.009 (0.042)	0.026 (0.040)			
Edad			-0.001 (0.002)	-0.001 (0.002)	-0.000 (0.002)	-0.000 (0.002)	-0.000 (0.002)
Asistio Esc			0.089* (0.049)	0.079* (0.048)	0.076 (0.047)	0.086* (0.050)	0.078 (0.049)
Indice de activos			-0.000 (0.017)	-0.000 (0.017)	0.002 (0.017)	0.001 (0.018)	0.003 (0.018)
Seguro salud			0.045 (0.067)	0.047 (0.065)	0.042 (0.067)	0.041 (0.074)	0.038 (0.075)
Casada			0.073 (0.049)	0.072 (0.048)	0.073 (0.047)	0.077 (0.052)	0.076 (0.052)
(Subsidio Y) x <1Hora				-0.002 (0.002)	-0.003 (0.002)		
(Subsidio Y) x 1-3Horas				-0.004 (0.003)	-0.004 (0.003)		
Tiempo hora						0.003 (0.007)	0.004 (0.007)
(Subsidio Y) x Tiempo (hora)							-0.001 (0.001)
Observations	597	597	588	588	588	558	558

Standard errors in parentheses
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Tabla 2. Acudió a una visita de atención prenatal con un médico o enfermera profesional durante el primer trimestre (primeras 15 semanas)

Panel A. MCO.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Subsidio Y	0.001*	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	(0.001)	(0.001)	(0.001)	(0.002)	(0.002)	(0.001)	(0.001)
< 1 Hora		0.001	0.006	-0.067			
		(0.061)	(0.061)	(0.083)			
1-3 Horas		0.010	0.005	0.039			
		(0.064)	(0.066)	(0.070)			
Edad			0.001	0.000	0.001	0.001	0.001
			(0.003)	(0.003)	(0.003)	(0.003)	(0.003)
Asistio Esc			0.037	0.022	0.019	0.044	0.036
			(0.061)	(0.061)	(0.061)	(0.060)	(0.060)
Indice de activos			0.040*	0.041*	0.044*	0.033	0.036
			(0.023)	(0.023)	(0.023)	(0.023)	(0.023)
Seguro salud			0.166	0.170*	0.163	0.165	0.159
			(0.102)	(0.102)	(0.101)	(0.103)	(0.102)
Casada			-0.041	-0.052	-0.049	-0.033	-0.039
			(0.080)	(0.080)	(0.080)	(0.081)	(0.081)
(Subsidio Y) x <1Hora				0.002	0.001		
				(0.002)	(0.002)		
(Subsidio Y) x 1-3Horas				-0.007*	-0.006*		
				(0.004)	(0.003)		
Tiempo hora						-0.002	0.000
						(0.010)	(0.010)
(Subsidio Y) x Tiempo (hora)							-0.002
							(0.001)
Constant	0.288***	0.284***	0.237**	0.266**	0.266**	0.223*	0.228**
	(0.030)	(0.040)	(0.114)	(0.115)	(0.108)	(0.115)	(0.115)
Observations	538	538	531	531	531	503	503
R-squared	0.007	0.007	0.019	0.030	0.028	0.018	0.023

Standard errors in parentheses
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Panel B. LOGIT (efectos marginales)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Subsidio Y	0.001*	0.001	0.001	0.000	0.001	0.001	0.001
	(0.001)	(0.001)	(0.001)	(0.001)	(0.002)	(0.001)	(0.001)
< 1 Hora		0.001	0.007	-0.023			
		(0.061)	(0.062)	(0.035)			
1-3 Horas		0.011	0.006	0.279***			
		(0.066)	(0.068)	(0.073)			
Edad			0.001	0.000	0.001	0.001	0.001
			(0.003)	(0.001)	(0.003)	(0.003)	(0.003)
Asistio Esc			0.038	0.006	0.019	0.044	0.037
			(0.060)	(0.018)	(0.060)	(0.059)	(0.060)
Indice de activos			0.040*	0.011	0.043*	0.033	0.035
			(0.023)	(0.013)	(0.022)	(0.023)	(0.023)
Seguro salud			0.170	0.067	0.164	0.168	0.161
			(0.110)	(0.078)	(0.110)	(0.111)	(0.111)
Casada			-0.041	-0.016	-0.047	-0.033	-0.038
			(0.076)	(0.024)	(0.074)	(0.078)	(0.077)
(Subsidio Y) x <1Hora				0.001	0.001		
				(0.001)	(0.002)		
(Subsidio Y) x 1-3Horas				-0.154**	-0.018		
				(0.065)	(0.021)		
Tiempo hora						-0.002	0.001
						(0.010)	(0.010)
(Subsidio Y) x Tiempo (hora)							-0.002
							(0.002)
Observations	538	538	531	531	531	503	503

Standard errors in parentheses
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF

Tabla 3. Realizó un parto con personal médico profesional (médico o enfermera)

Panel A. MCO.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Subsidio Y	0.005*** (0.001)	0.004*** (0.001)	0.004*** (0.001)	0.009*** (0.001)	0.006*** (0.001)	0.002*** (0.001)	0.002*** (0.001)
< 1 Hora		0.196*** (0.047)	0.201*** (0.047)	0.388*** (0.064)			
1-3 Horas		0.246*** (0.050)	0.231*** (0.052)	0.325*** (0.055)			
Edad			-0.000 (0.002)	-0.000 (0.002)	-0.001 (0.002)	-0.001 (0.002)	-0.001 (0.002)
Asistio Esc			0.026 (0.047)	0.002 (0.047)	-0.027 (0.049)	-0.010 (0.048)	-0.011 (0.049)
Indice de activos			0.045** (0.018)	0.041** (0.018)	0.053*** (0.018)	0.052*** (0.019)	0.052*** (0.019)
Seguro salud			-0.039 (0.084)	-0.012 (0.083)	-0.059 (0.086)	-0.003 (0.088)	-0.004 (0.088)
Casada			-0.020 (0.062)	-0.021 (0.060)	-0.000 (0.063)	-0.007 (0.065)	-0.007 (0.065)
(Subsidio Y) x <1Hora				-0.008*** (0.002)	-0.001 (0.001)		
(Subsidio Y) x 1-3Horas				-0.009*** (0.003)	-0.004 (0.002)		
Tiempo hora						-0.039*** (0.008)	-0.039*** (0.008)
(Subsidio Y) x Tiempo (hora)							-0.000 (0.001)
Constant	0.625*** (0.025)	0.508*** (0.032)	0.519*** (0.088)	0.462*** (0.088)	0.689*** (0.086)	0.815*** (0.092)	0.815*** (0.093)
Observations	538	538	530	530	530	500	500
R-squared	0.129	0.177	0.186	0.226	0.146	0.168	0.168

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

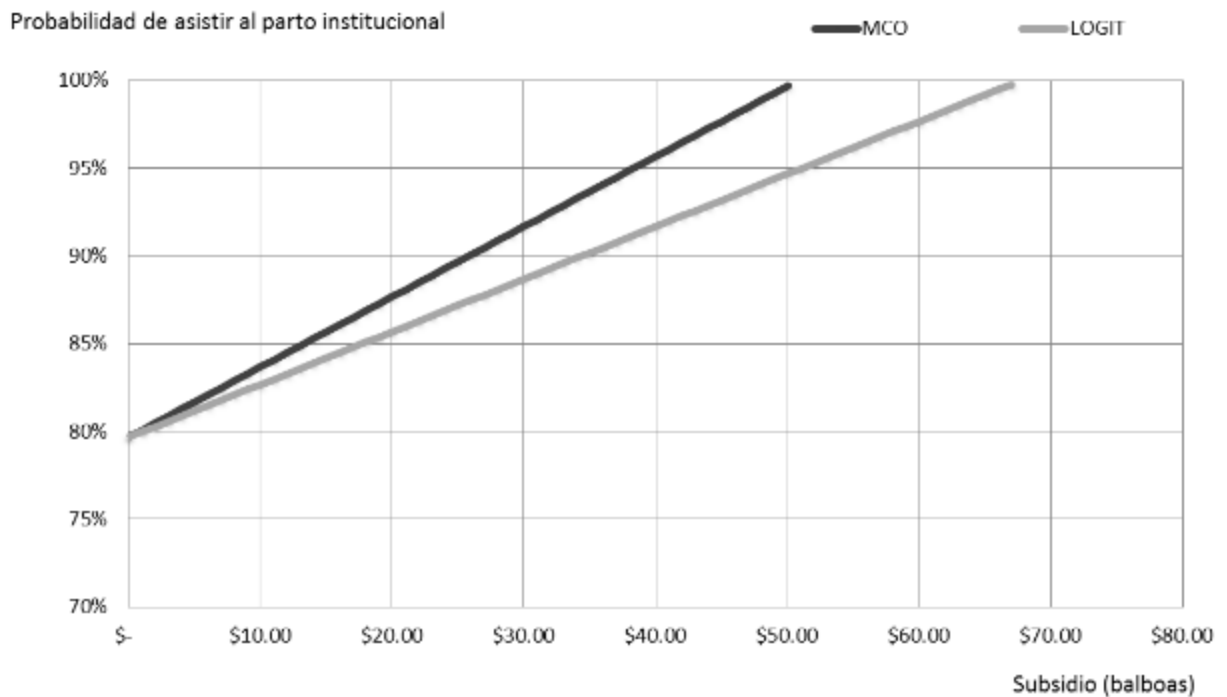
Panel B. LOGIT (Efectos Marginales)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Subsidio Y	0.005*** (0.001)	0.004*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.015 (0.011)	0.010** (0.004)	0.003*** (0.001)	0.003*** (0.001)
< 1 Hora		0.159*** (0.047)	0.165*** (0.048)	0.240*** (0.091)			
1-3 Horas		0.124*** (0.026)	0.115*** (0.028)	0.118** (0.047)			
Edad			-0.000 (0.002)	-0.000 (0.002)	-0.001 (0.002)	-0.001 (0.002)	-0.001 (0.002)
Asistio Esc			0.025 (0.051)	0.003 (0.041)	-0.023 (0.040)	-0.005 (0.050)	-0.009 (0.049)
Indice de activos			0.044** (0.019)	0.036* (0.020)	0.049*** (0.018)	0.054*** (0.020)	0.055*** (0.020)
Seguro salud			-0.019 (0.086)	-0.002 (0.068)	-0.038 (0.085)	0.013 (0.084)	0.011 (0.085)
Casada			-0.024 (0.072)	-0.023 (0.064)	-0.003 (0.062)	-0.010 (0.076)	-0.011 (0.076)
(Subsidio Y) x <1Hora				-0.013 (0.012)	-0.006 (0.005)		
(Subsidio Y) x 1-3Horas				-0.015 (0.011)	-0.009* (0.005)		
Tiempo hora						-0.026*** (0.008)	-0.025*** (0.008)
(Subsidio Y) x Tiempo (hora)							-0.001 (0.001)
Observations	538	538	530	530	530	500	500

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Figura 2. Representación de la curva de Demanda de Parto Institucional según el nivel de apoyos



Fuente: cálculos propios

3.2 Oferta de Salud

3.2.1 Marco Teórico

El proveedor de servicios de salud deberá escoger el precio y nivel de producción de servicios tal que maximice sus "beneficios". En este contexto se consideran los beneficios en términos de salud de la población.

Definimos la función de beneficios tal que:

$$\pi(x) = IT(x) - CT(x)$$

Donde IT es la función de ingresos totales (en términos de salud), CT es la función de costes totales y ambas dependen del nivel de producción de servicios.

El problema del productor se puede expresar como:

$$\max_x IT(x) - CT(x)$$

La condición de primer orden para este problema es:

$$\frac{\partial \pi(x)}{\partial x} = 0$$

Lo que lleva a la regla de optimización del proveedor de salud:

$$CMg(x) = IMg(x)$$

Donde CMg es la función de costes marginales e IMg es la función de Ingresos Marginales. Esta regla de optimización indica que el proveedor de servicios de salud maximiza sus beneficios en el punto en que los costes marginales sean igual a los ingresos marginales.

A continuación calcularemos los ingresos y los costos marginales para nuestro contexto.

3.2.2 Especificación Ingresos

La función de ingresos recogerá las mejoras en salud que se consiguen con el programa. La forma funcional será:

$$I2 = N \cdot DALYs \cdot PIBpc$$

Donde N es el número de mujeres que acuden al parto institucional, DALYs³⁸³⁹ representan los beneficios en salud de las mujeres que acuden y el PIBpc es el Producto Interior Bruto de Panamá, que nos sirve para transformar las “unidades de salud” en unidades monetarias.

³⁸ DALY proviene de las siglas de Disability Adjusted Life Years

³⁹ Murray, C. J. L. 1994. Quantifying the Burden Of Disease: The Technical Basis For Disability---Adjusted Life Years. Bulletin Of the World Health Organization 72: 429:45.

Un DALY puede pensarse como un año de “vida sana” perdido. La suma de los DALYs en toda la población – o los años de vida perdidos—puede pensarse como la diferencia entre el estado de salud actual y la situación de salud ideal donde toda la población viviría hasta una edad avanzada sin enfermedades o discapacidades.

Los DALYS por una enfermedad o condición de salud se calculan como la suma de los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura en la población más los años de vida perdidos debido a una discapacidad por la gente viviendo bajo esa condición de salud y sus consecuencias.

Para nuestro caso, la fórmula para el cálculo de los DALYs es:

$$DALY = MME \cdot \sum_{tm=0}^{EV} \left(\frac{1}{1+r} \right)^t + MNE \cdot \sum_{tn=0}^{EV} \left(\frac{1}{1+r} \right)^t$$

Dónde:

MME: son las muertes maternas evitadas por el programa.

MNE: son las muertes neonatales evitadas por el programa.

r: es la tasa de descuento temporal

tm: son los años de vida de las madres que se pierden

tn: son los años de vida de los niños que se pierden

EV: es la esperanza de vida media en el país

Para transformar los DALYs en unidades monetarias utilizamos el criterio de la Organización Mundial de la Salud⁴⁰. Dicho criterio establece que un programa es muy costo-efectivo si el coste de ganar un DALY es menor o igual que el Producto Interior Bruto per cápita del país (PIBpc).

Costos

Los costos del programa vendrán representados por la función:

$$CT = N \cdot S$$

⁴⁰ Commission of Macroeconomics and health: investing in health for economic development. 2001, Geneva.

Donde N es el número de mujeres que acuden al parto institucional y S es el apoyo que el programa debe pagar.

3.2.3 Datos

Ingresos

Uno de los datos que necesitamos conocer para calcular los DALYs es cuántas muertes maternas y neonatales se evitan gracias al programa. Como en este caso el programa aún no se ha implementado no conocemos esta información, así que utilizaremos la información disponible de programas similares. Concretamente la información de la que disponemos es la de un programa de salud materno-infantil llevado a cabo en la India donde se les proveía de un pago a las mujeres para incentivarlas a dar a luz en un centro con personal y equipo médico. El programa se llama Janani Suraksha Yojana y según los resultados de la evaluación de impacto que se realizó⁴¹, asistir a un parto con personal médico supone una reducción de 0.0023pp de la mortalidad infantil y de 0.0037pp de la mortalidad materna.

Dada esta información, en una primera parte calcularemos el monto óptimo del apoyo a parto institucional y en una segunda parte calcularemos el monto a los apoyos de los controles prenatales.

Otra información que necesitaremos para calcular los DALYs son:

- los años de esperanza de vida en Panamá, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) que son 77 años.
- promedio de edad de las mujeres que dan a luz: que se estima como el promedio de la edad de las mujeres que dieron a luz (nacimientos vivos) en las comarcas indígenas de Panama y que es de 25.8⁴².
- tasa de descuento para lo cual asumimos un 3%⁴³.

⁴¹ Lim, Stephen S., et al. "India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation" *The Lancet* - 5 June 2010 (Vol. 375, Issue 9730, Pages 2009-2023)

⁴² Contraloría de Panama: Cuadro 221-10. "Nacimientos vivos en la república, por estado conyugal, según ciudad, provincia, comarca indígena de residencia y edad de la madre: año 2012."

⁴³ Tomamos esa tasa de descuento del paper Gertler et al. May 2014 "Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina's Plan Nacer " The World Bank: WPS6884, donde se realiza un ejercicio similar.

Con esta información podemos calcular los años de vida descontados que se pierden por cada muerte en el parto y son 30.8 para los recién nacidos y 27.0 para las madres.

Sustituyendo los valores en la fórmula de los DALYs obtenemos un valor de 0.17058, lo que significa que por cada parto institucional logramos ganar 0.17058 años de vida.

$$DALYs = 0.023 \cdot 30.8 + 0.037 \cdot 27.0 = 0.17058$$

Finalmente, para transformar los DALYS en un valor monetario los multiplicaremos por el PIBpc de Panamá. Para ello tomamos la cifra del Banco Mundial (BM) en 2013 fue de USD \$11,037.

Costos

Para calcular la función de costos multiplicaremos el monto del apoyo por el número de mujeres que acudirían al parto institucional bajo ese monto. Para esto utilizaremos la curva de demanda, multiplicando el total de mujeres que dan a luz⁴⁴ en las regiones indígenas (6,574) por la probabilidad de que acudan al parto para los distintos montos del apoyo.

3.2.4 Resultados

La tabla 4 muestra los valores de las funciones de Ingreso y Costos Totales y Marginales para cada monto del apoyo. El Panel A muestra el resultado de acuerdo a la función de demanda estimada por MCO y el Panel B estimada por un LOGIT.

Tabla 4. Funciones de Ingresos y Costes Marginales del Apoyo al Parto Institucional

Panel A. Resultados según estimación de la Demanda por MCO

⁴⁴ Estimado por el número de nacimientos vivos según la Contraloría de Panamá (ver nota al pie 8).

**DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSAF**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Subsidio	Probabilidad de que acudan al parto institucional	No. mujeres que acuden al parto institucional	Ingreso Total	Ingr Mg	Coste Total	Coste Mg	Beneficio Mg
0	79.7%	5,238.5	9,862,367.1	-	0	-	
1	80.1%	5,264.8	9,911,873.4	49,506.39	5264.828044	5,264.83	44,241.56
2	80.5%	5,291.1	9,961,379.8	49,506.39	10582.24809	5,317.42	44,188.97
3	80.9%	5,317.4	10,010,886.2	49,506.39	15952.26013	5,370.01	44,136.38
4	81.3%	5,343.7	10,060,392.6	49,506.39	21374.86417	5,422.60	44,083.78
5	81.7%	5,370.0	10,109,899.0	49,506.39	26850.06022	5,475.20	44,031.19
6	82.1%	5,396.3	10,159,405.4	49,506.39	32377.84826	5,527.79	43,978.60
7	82.5%	5,422.6	10,208,911.8	49,506.39	37958.2283	5,580.38	43,926.01
8	82.9%	5,448.9	10,258,418.2	49,506.39	43591.20035	5,632.97	43,873.42
9	83.3%	5,475.2	10,307,924.6	49,506.39	49276.76439	5,685.56	43,820.82
10	83.7%	5,501.5	10,357,430.9	49,506.39	55014.92044	5,738.16	43,768.23
11	84.1%	5,527.8	10,406,937.3	49,506.39	60805.66848	5,790.75	43,715.64
12	84.5%	5,554.1	10,456,443.7	49,506.39	66649.00852	5,843.34	43,663.05
13	84.9%	5,580.4	10,505,950.1	49,506.39	72544.94057	5,895.93	43,610.46
14	85.3%	5,606.7	10,555,456.5	49,506.39	78493.46461	5,948.52	43,557.86
15	85.7%	5,633.0	10,604,962.9	49,506.39	84494.58065	6,001.12	43,505.27
16	86.1%	5,659.3	10,654,469.3	49,506.39	90548.2887	6,053.71	43,452.68
17	86.5%	5,685.6	10,703,975.7	49,506.39	96654.58874	6,106.30	43,400.09
18	86.9%	5,711.9	10,753,482.1	49,506.39	102813.4808	6,158.89	43,347.50
19	87.3%	5,738.2	10,802,988.4	49,506.39	109024.9648	6,211.48	43,294.90
20	87.7%	5,764.5	10,852,494.8	49,506.39	115289.0409	6,264.08	43,242.31
21	88.1%	5,790.7	10,902,001.2	49,506.39	121605.7089	6,316.67	43,189.72
22	88.5%	5,817.0	10,951,507.6	49,506.39	127974.969	6,369.26	43,137.13
23	88.9%	5,843.3	11,001,014.0	49,506.39	134396.821	6,421.85	43,084.54
24	89.3%	5,869.6	11,050,520.4	49,506.39	140871.265	6,474.44	43,031.94
25	89.7%	5,895.9	11,100,026.8	49,506.39	147398.3011	6,527.04	42,979.35
26	90.1%	5,922.2	11,149,533.2	49,506.39	153977.9291	6,579.63	42,926.76
27	90.5%	5,948.5	11,199,039.6	49,506.39	160610.1492	6,632.22	42,874.17
28	90.9%	5,974.8	11,248,545.9	49,506.39	167294.9612	6,684.81	42,821.58
29	91.3%	6,001.1	11,298,052.3	49,506.39	174032.3653	6,737.40	42,768.98
30	91.7%	6,027.4	11,347,558.7	49,506.39	180822.3613	6,790.00	42,716.39
31	92.1%	6,053.7	11,397,065.1	49,506.39	187664.9493	6,842.59	42,663.80
32	92.5%	6,080.0	11,446,571.5	49,506.39	194560.1294	6,895.18	42,611.21
33	92.9%	6,106.3	11,496,077.9	49,506.39	201507.9014	6,947.77	42,558.62
34	93.3%	6,132.6	11,545,584.3	49,506.39	208508.2655	7,000.36	42,506.02
35	93.7%	6,158.9	11,595,090.7	49,506.39	215561.2215	7,052.96	42,453.43
36	94.1%	6,185.2	11,644,597.1	49,506.39	222666.7696	7,105.55	42,400.84
37	94.5%	6,211.5	11,694,103.4	49,506.39	229824.9096	7,158.14	42,348.25
38	94.9%	6,237.8	11,743,609.8	49,506.39	237035.6417	7,210.73	42,295.66
39	95.3%	6,264.1	11,793,116.2	49,506.39	244298.9657	7,263.32	42,243.06
40	95.7%	6,290.4	11,842,622.6	49,506.39	251614.8817	7,315.92	42,190.47
41	96.1%	6,316.7	11,892,129.0	49,506.39	258983.3898	7,368.51	42,137.88
42	96.5%	6,343.0	11,941,635.4	49,506.39	266404.4898	7,421.10	42,085.29
43	96.9%	6,369.3	11,991,141.8	49,506.39	273878.1819	7,473.69	42,032.70
44	97.3%	6,395.6	12,040,648.2	49,506.39	281404.4659	7,526.28	41,980.10
45	97.7%	6,421.9	12,090,154.6	49,506.39	288983.342	7,578.88	41,927.51
46	98.1%	6,448.1	12,139,660.9	49,506.39	296614.81	7,631.47	41,874.92
47	98.5%	6,474.4	12,189,167.3	49,506.39	304298.87	7,684.06	41,822.33
48	98.9%	6,500.7	12,238,673.7	49,506.39	312035.5221	7,736.65	41,769.74
49	99.3%	6,527.0	12,288,180.1	49,506.39	319824.7661	7,789.24	41,717.14
50	99.7%	6,553.3	12,337,686.5	49,506.39	327666.6022	7,841.84	41,664.55
51	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	38,910.70	335274	7,607.40	31,303.31
52	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	341848	6,574.00	(6,574.00)
53	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	348422	6,574.00	(6,574.00)
54	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	354996	6,574.00	(6,574.00)
55	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	361570	6,574.00	(6,574.00)
56	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	368144	6,574.00	(6,574.00)
57	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	374718	6,574.00	(6,574.00)
58	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	381292	6,574.00	(6,574.00)
59	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	387866	6,574.00	(6,574.00)
60	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	394440	6,574.00	(6,574.00)
61	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	401014	6,574.00	(6,574.00)
62	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	407588	6,574.00	(6,574.00)
63	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	414162	6,574.00	(6,574.00)
64	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	420736	6,574.00	(6,574.00)
65	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	427310	6,574.00	(6,574.00)
66	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	433884	6,574.00	(6,574.00)
67	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	440458	6,574.00	(6,574.00)
68	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	447032	6,574.00	(6,574.00)
69	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	453606	6,574.00	(6,574.00)
70	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	460180	6,574.00	(6,574.00)
71	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	466754	6,574.00	(6,574.00)
72	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	473328	6,574.00	(6,574.00)
73	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	479902	6,574.00	(6,574.00)
74	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	486476	6,574.00	(6,574.00)
75	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	493050	6,574.00	(6,574.00)
76	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	499624	6,574.00	(6,574.00)

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF

Panel B. Resultados según estimación de la Demanda por LOGIT

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Subsidio	Probabilidad de que acuden al parto institucional	No. mujeres que acuden al parto institucional	Ingreso Total	Ingr Mg	Coste Total	Coste Mg	Beneficio Mg
0	79.7%	5,238.5	9,862,367.1	-	0	-	
1	80.0%	5,258.3	9,899,496.8	37,129.79	5,258.25	5,258.25	31,871.54
2	80.3%	5,278.0	9,936,626.6	37,129.79	10,555.95	5,297.70	31,832.09
3	80.6%	5,297.7	9,973,756.4	37,129.79	15,893.09	5,337.14	31,792.65
4	80.9%	5,317.4	10,010,886.2	37,129.79	21,269.68	5,376.59	31,753.21
5	81.2%	5,337.1	10,048,016.0	37,129.79	26,685.71	5,416.03	31,713.76
6	81.5%	5,356.9	10,085,145.8	37,129.79	32,141.18	5,455.47	31,674.32
7	81.8%	5,376.6	10,122,275.6	37,129.79	37,636.10	5,494.92	31,634.87
8	82.1%	5,396.3	10,159,405.4	37,129.79	43,170.46	5,534.36	31,595.43
9	82.4%	5,416.0	10,196,535.2	37,129.79	48,744.27	5,573.81	31,555.99
10	82.7%	5,435.8	10,233,665.0	37,129.79	54,357.52	5,613.25	31,516.54
11	83.0%	5,455.5	10,270,794.8	37,129.79	60,010.21	5,652.69	31,477.10
12	83.3%	5,475.2	10,307,924.6	37,129.79	65,702.35	5,692.14	31,437.65
13	83.6%	5,494.9	10,345,054.3	37,129.79	71,433.93	5,731.58	31,398.21
14	83.9%	5,514.6	10,382,184.1	37,129.79	77,204.96	5,771.03	31,358.77
15	84.2%	5,534.4	10,419,313.9	37,129.79	83,015.43	5,810.47	31,319.32
16	84.5%	5,554.1	10,456,443.7	37,129.79	88,865.34	5,849.91	31,279.88
17	84.8%	5,573.8	10,493,573.5	37,129.79	94,754.70	5,889.36	31,240.43
18	85.1%	5,593.5	10,530,703.3	37,129.79	100,683.50	5,928.80	31,200.99
19	85.4%	5,613.3	10,567,833.1	37,129.79	106,651.75	5,968.25	31,161.55
20	85.7%	5,633.0	10,604,962.9	37,129.79	112,659.44	6,007.69	31,122.10
21	86.0%	5,652.7	10,642,092.7	37,129.79	118,706.57	6,047.13	31,082.66
22	86.3%	5,672.4	10,679,222.5	37,129.79	124,793.15	6,086.58	31,043.21
23	86.6%	5,692.1	10,716,352.3	37,129.79	130,919.18	6,126.02	31,003.77
24	86.9%	5,711.9	10,753,482.1	37,129.79	137,084.64	6,165.47	30,964.33
25	87.2%	5,731.6	10,790,611.8	37,129.79	143,289.55	6,204.91	30,924.88
26	87.5%	5,751.3	10,827,741.6	37,129.79	149,533.91	6,244.35	30,885.44
27	87.8%	5,771.0	10,864,871.4	37,129.79	155,817.70	6,283.80	30,845.99
28	88.1%	5,790.7	10,902,001.2	37,129.79	162,140.95	6,323.24	30,806.55
29	88.4%	5,810.5	10,939,131.0	37,129.79	168,503.63	6,362.69	30,767.11
30	88.7%	5,830.2	10,976,260.8	37,129.79	174,905.76	6,402.13	30,727.66
31	89.0%	5,849.9	11,013,390.6	37,129.79	181,347.34	6,441.57	30,688.22
32	89.3%	5,869.6	11,050,520.4	37,129.79	187,828.35	6,481.02	30,648.77
33	89.6%	5,889.4	11,087,650.2	37,129.79	194,348.82	6,520.46	30,609.33
34	89.9%	5,909.1	11,124,780.0	37,129.79	200,908.72	6,559.91	30,569.89
35	90.2%	5,928.8	11,161,909.8	37,129.79	207,508.07	6,599.35	30,530.44
36	90.5%	5,948.5	11,199,039.6	37,129.79	214,146.87	6,638.79	30,491.00
37	90.8%	5,968.2	11,236,169.3	37,129.79	220,825.10	6,678.24	30,451.55
38	91.1%	5,988.0	11,273,299.1	37,129.79	227,542.79	6,717.68	30,412.11
39	91.4%	6,007.7	11,310,428.9	37,129.79	234,299.91	6,757.13	30,372.67
40	91.7%	6,027.4	11,347,558.7	37,129.79	241,096.48	6,796.57	30,333.22
41	92.0%	6,047.1	11,384,688.5	37,129.79	247,932.50	6,836.01	30,293.78
42	92.3%	6,066.9	11,421,818.3	37,129.79	254,807.95	6,875.46	30,254.33
43	92.6%	6,086.6	11,458,948.1	37,129.79	261,722.86	6,914.90	30,214.89
44	92.9%	6,106.3	11,496,077.9	37,129.79	268,677.20	6,954.35	30,175.45
45	93.2%	6,126.0	11,533,207.7	37,129.79	275,670.99	6,993.79	30,136.00
46	93.5%	6,145.7	11,570,337.5	37,129.79	282,704.23	7,033.23	30,096.56
47	93.8%	6,165.5	11,607,467.3	37,129.79	289,776.90	7,072.68	30,057.11
48	94.1%	6,185.2	11,644,597.1	37,129.79	296,889.03	7,112.12	30,017.67
49	94.4%	6,204.9	11,681,726.8	37,129.79	304,040.59	7,151.57	29,978.23
50	94.7%	6,224.6	11,718,856.6	37,129.79	311,231.60	7,191.01	29,938.78
51	95.0%	6,244.4	11,755,986.4	37,129.79	318,462.06	7,230.45	29,899.34
52	95.3%	6,264.1	11,793,116.2	37,129.79	325,731.95	7,269.90	29,859.89
53	95.6%	6,283.8	11,830,246.0	37,129.79	333,041.30	7,309.34	29,820.45
54	95.9%	6,303.5	11,867,375.8	37,129.79	340,390.08	7,348.79	29,781.01
55	96.2%	6,323.2	11,904,505.6	37,129.79	347,778.31	7,388.23	29,741.56
56	96.5%	6,343.0	11,941,635.4	37,129.79	355,205.99	7,427.67	29,702.12
57	96.8%	6,362.7	11,978,765.2	37,129.79	362,673.10	7,467.12	29,662.67
58	97.1%	6,382.4	12,015,895.0	37,129.79	370,179.67	7,506.56	29,623.23
59	97.4%	6,402.1	12,053,024.8	37,129.79	377,725.67	7,546.01	29,583.79
60	97.7%	6,421.9	12,090,154.6	37,129.79	385,311.12	7,585.45	29,544.34
61	98.0%	6,441.6	12,127,284.3	37,129.79	392,936.02	7,624.89	29,504.90
62	98.3%	6,461.3	12,164,414.1	37,129.79	400,600.35	7,664.34	29,465.45
63	98.6%	6,481.0	12,201,543.9	37,129.79	408,304.14	7,703.78	29,426.01
64	98.9%	6,500.7	12,238,673.7	37,129.79	416,047.36	7,743.23	29,386.57
65	99.2%	6,520.5	12,275,803.5	37,129.79	423,830.03	7,782.67	29,347.12
66	99.5%	6,540.2	12,312,933.3	37,129.79	431,652.15	7,822.11	29,307.68
67	99.8%	6,559.9	12,350,063.1	37,129.79	439,513.70	7,861.56	29,268.23
68	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	26,534.11	447,032.00	7,518.30	19,015.81
69	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	453,606.00	6,574.00	(6,574.00)
70	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	460,180.00	6,574.00	(6,574.00)
71	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	466,754.00	6,574.00	(6,574.00)
72	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	473,328.00	6,574.00	(6,574.00)
73	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	479,902.00	6,574.00	(6,574.00)
74	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	486,476.00	6,574.00	(6,574.00)
75	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	493,050.00	6,574.00	(6,574.00)
76	100.0%	6,574.0	12,376,597.2	0	499,624.00	6,574.00	(6,574.00)

Fuente: cálculos propios.

En la primera columna se indican los distintos niveles de apoyo. La segunda columna representa la probabilidad de asistir al parto institucional para los distintos niveles de apoyo calculada a partir de la demanda de servicios de salud. De esta manera, para un apoyo de 0, se calcula la probabilidad de asistir como el porcentaje de mujeres que acudieron al parto institucional según los datos de Salud Mesoamérica utilizados en la sección "Descripción de la situación actual"⁴⁵. El resto de la columna se completa calculando el aumento de probabilidad de asistir por cada dólar adicional. Para calcular el incremento, se utiliza la demanda de salud (MCO en el Panel A y LOGIT en el Panel B)⁴⁶ calculada previamente. La tercera columna representa el número de mujeres que acuden al control para cada monto de apoyo. Para calcularlo se toma el número total de mujeres que dan a luz en la zona de interés (6,574, estimado por nacimientos vivos-ver nota al pie 8) y se multiplica por la probabilidad de que asistan al control. La columna número cuatro mide el Ingreso Total en términos monetarios de que las mujeres acudan al parto. Se calcula multiplicando el número de mujeres que acuden al parto (columna 3), por el número de DALYs por cada mujer que asiste (0.17058) y por el PIB per cápita de Panamá (\$11,037). La columna cinco calcula el Ingreso Marginal como el cambio en el Ingreso total para cada nivel de apoyo. La columna seis calcula el Coste Total del programa multiplicando el coste del apoyo por el número de mujeres que acuden al parto institucional. El Costo Marginal se calcula el cambio en el Coste Total para cada nivel de apoyo. Por último la columna ocho muestra el Beneficio Marginal que se calcula restando el Ingreso Marginal al Costo Marginal.

La figura 2 representa gráficamente las funciones de Ingreso Marginal y Costo Marginal para MCO y LOGIT.

Como se puede observar las funciones de Ingreso Marginal presentan un valor constante (y mayor que el Costo Marginal) hasta cierto punto y luego pasan a tomar un valor de cero. Esto ocurre porque a partir de determinado nivel de apoyo la probabilidad de que las mujeres acudan al parto es del 100%, por lo que el ingreso en el margen de aumentar una balboa el apoyo es 0 (ya que no hay más mujeres que puedan acudir).

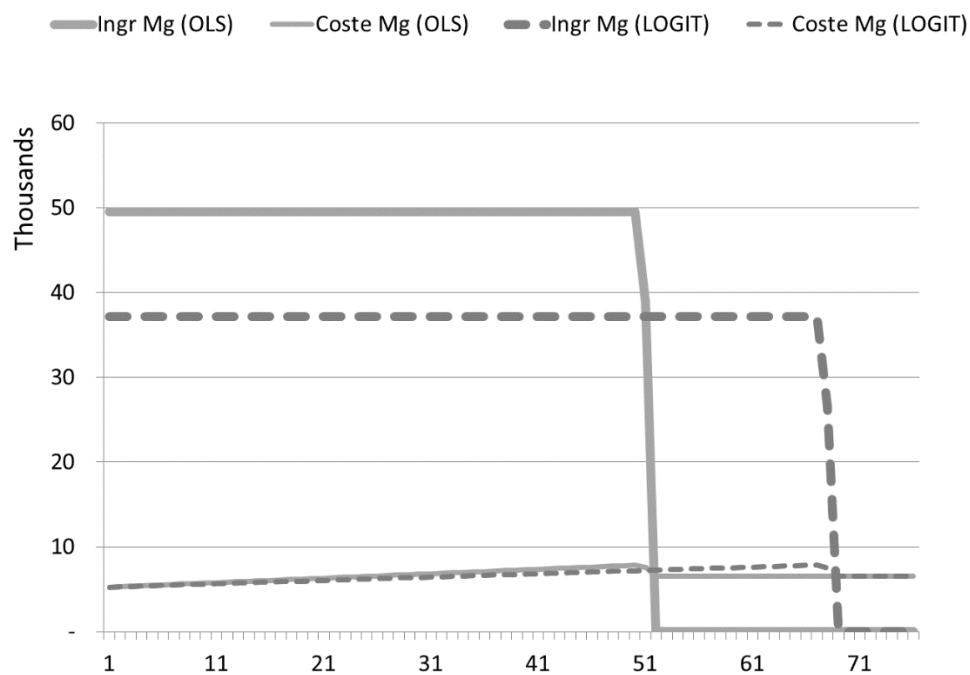
El punto en que el Ingreso Marginal se iguala con el Coste Marginal es de \$52 balboas para el caso de la estimación de MCO y de \$69 para el caso de LOGIT. Nótese que estos valores son los harían que el 100% de la población de mujeres acudiera a los controles prenatales (también se puede observar en la figura 1).

Como valor óptimo tomaremos el promedio de ambos valores (60.5) que por simplicidad redondearemos a \$60 balboas.

⁴⁵ $659/827=0.797$.

⁴⁶ El aumento en la demanda de parto institucional para cada dólar adicional es de 0.004 para MCO y 0.003 para LOGIT.

Figura 2. Ingreso Marginal y Costo Marginal para cada nivel de apoyo



Fuente: elaboración propia

3.3 Monto del apoyo para controles prenatales

Una vez calculado el monto óptimo del apoyo para el parto institucional inferimos el apoyo para los controles prenatales tempranos y trimestrales según la tasa de cobertura que presenten estos eventos en la población actual. De esta manera otorgaremos peso mayor a aquellos eventos que sean menos comunes. La lógica que subyace bajo este criterio es que los eventos que presentan mayores tasas de cobertura se verán potencialmente menos afectados por el apoyo (porque ya sin el apoyo presentan tasas altas), mientras que los que tienen menores tasas de cobertura son los que más pueden ser influenciados (y probablemente donde se presenten las mayores barreras).

Para identificar las tasas de cobertura nos fijaremos en los datos reportados en la sección 2 “Descripción de la Situación Actual”. De esta manera recordamos que el evento que presenta una menor tasa de cobertura es el de parto institucional, seguido del de atención temprana. No contamos con información de datos del indicador de asistencia a al menos un control por trimestre, pero vemos que el indicador de asistencia a controles tiene una tasa de cobertura bastante alta para todas las distancias⁴⁷. Teniendo estos porcentajes en cuenta se le otorga a cada apoyo un peso inversamente proporcional a su cobertura, resultando de 40% para el parto institucional, de 30% para captación temprana y de 10% para cada uno de los controles trimestrales⁴⁸.

Basándonos en que el monto del parto institucional es de \$60, imputamos el resto de montos según los porcentajes establecidos. Debido a que existen poblaciones muy alejadas de los centros de salud habilitados para asistir a partos (CONE básico de referencia), se decidió otorgar a aquellas mujeres que vivieran a más de tres horas de uno de estos centros un monto mayor para asistir al parto institucional⁴⁹. El motivo de otorgar este apoyo adicional a las mujeres que viven en las zonas mas alejadas al parto institucional y no a los otros eventos es que el parto es el evento que muestra una mayor correlación con la distancia al centro de salud⁵⁰. La tabla 5 muestra los valores resultantes para las mujeres que viven en la zona geográfica A (a menos de tres horas de un CONE básico de referencia) y para las que viven en la zona geográfica B (a más de tres horas de un CONE básico de referencia). Como se puede ver el máximo pago que obtendrá la embarazada si asiste a todos los eventos de cuidado prenatal es de \$150 balboas en la zona A y de 180 en la zona B.

Tabla 5. Montos de los apoyos a embarazadas

⁴⁷ Nótese que este indicador recoge controles prenatales, pero que éstos no necesariamente han sido llevados a cabo en un centro de salud que cumpla con los requisitos de centro de salud habilitado que establece este programa (que son los del CONE Básico). Por tanto, se considera importante continuar apoyando los controles prenatales (a pesar de su alta cobertura), para promover controles de calidad.

⁴⁸ Estos porcentajes fueron consultados con personal médico del MINSA y se estuvo de acuerdo en que además representan el orden de prioridad relativa de los servicios médicos en términos de salud.

⁴⁹ El cálculo de este monto se basó en la misma metodología que el monto anterior, es decir, proyectando la demanda de uso del parto institucional de las embarazadas, pero en este caso utilizando los promedios de transporte de las comunidades situadas a más de tres horas de distancia de los centros de salud (reportados en las tablas 9 y 10). El monto resultante (tras redondear) fue de 90 balboas.

⁵⁰ Como se puede ver en la figura 3 el parto institucional presenta mayores tasas de cobertura en las comunidades cercanas a los centros y bajas tasas de cobertura en las comunidades más alejadas, lo que sugiere que la distancia puede estar presentando una barrera de acceso. Nótese, que esta relación entre distancia y cobertura no se produce en los otros dos eventos de asistencia a controles prenatales.

Precios (p_{ek}) para Embarazadas (en Balboas)				
Eventos	Zona A	Peso relat.	Zona B	Peso relat.
Capatacion Temprana	45	30%	45	25%
Control Primer trimestre	15	10%	15	8%
Control Segundo trimestre	15	10%	15	8%
Control Tercer trimestre	15	10%	15	8%
Parto Institucional	60	40%	90	50%

Maximo pago embarazada: 150 180

Fuente: elaboración propia

4. Contextualización del resultado

A continuación se compara el monto del apoyo con el de programas internacionales similares. El primer programa es el del Janani Suraksha Yojana en India, mencionado anteriormente. Como se comentó anteriormente el programa consistía en la provisión de un apoyo para acudir al parto institucional. El segundo programa del que se tiene conocimiento es el del Bono Juana Azurday en Bolivia, que consistía en un apoyo a las embarazadas para asistir a los controles prenatales y parto institucional.

La tabla 6 muestra el valor en moneda local, en USD y en Paridad del Poder Adquisitivo (PPA) de estos apoyos. Vemos que los apoyos propuestos para Panamá están por encima de los ofrecidos en India y Bolivia en menos de un orden de magnitud.

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSAF

Programa Bono Juana Azurduy			
Eventos	Bs (2009)	USD	PPA
Control Prenatal	50	7.5	15.5
4 Controles (máximo)	200	29.9	61.9
Parto Institucional + control posnatal	120	17.9	37.2
Programa Janani Suraksha Yojana (India, 2007–08)			
Parto institucional	IRps (2008)	USD	PPA
Rural	700	11.9	41.8
Rural (alta focalización)	1400	23.9	83.5
Urbano	600	10.2	35.8
Urbano (alta focalización)	1000	17.1	59.7
Propuesta de Apoyos Comunitarios (Panamá,			
	BIs(2009)	USD	PPA
Captación temprana	-	45.0	78.9
Control prenatal (1 por trimestre)	-	15.0	26.3
Parto institucional	-	60.0	105.3

Fuente: cálculos propios basándose en los precios de los incentivos de los programas y en los índices de tipo de cambio y PPA del Banco Mundial

B.METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE LOS APOYOS COMUNITARIOS DIRIGIDOS A PROMOTORES VOLUNTARIOS DE SALUD

1. Valor de los apoyos comunitarios para PVS

Como se explica en el Capítulo 4 Sección 4.1.1, el PACO reconoce el esfuerzo de los Promotores Voluntarios de Salud por captar el mayor número de mujeres embarazadas de las comunidades que le son asignadas y el seguimiento que realizan a las mismas para que asistan a los momentos privilegiados por el PACO y tuvo en cuenta las siguientes variables: i) carga de Mujeres Embarazadas por PVS, ii) tasa de fertilidad y iii) número de nacimientos promedio para cada PVS por año y por cuatrimestre.

Consideraciones importantes:

1. El MINSA tiene pre- establecido que a cada Promotor Voluntario de Salud le corresponde cubrir un total de 300 personas en el año de las comunidades o comunidad que le sea asignada.
2. El periodo de corte para pago a un Promotor Voluntario de Salud corresponde a cuatro (4) meses; es decir que es necesario establecer el número máximo de nacimientos vivos que puede tener un Promotor Voluntario durante este periodo.
3. El MINSA estableció un tope máximo de 100 USD; es decir 25 USD por mes. El valor de 25 USD corresponde al valor del viático oficial que reciben actualmente los actores comunitarios para su desplazamiento en el mes.

Con el fin de calcular el número de nacimientos promedio para cada PVS por año se tomaron: i) los datos poblacionales por comarca para el año de referencia, ii) el total de nacidos vivos en las comarcas⁵¹ para el año de referencia y, y iii) el total de población que le asignan a cada PVS (300 personas). Para ello se empleó la siguiente fórmula:

$$Tnv = [(Onv / Pt) * Np] / Pa$$

Donde:

Tnv = Total de nacidos vivos por Promotor Voluntario de Salud en un cuatrimestre.

Pt = Población total de la comarca⁵² para el año de referencia

Onv = Ocurrencia de nacidos vivos en el año de referencia para cada comarca

Np = Número de personas que debe cubrir un Promotor Voluntario de Salud en el año por comunidad o comunidades asignadas.

Pa = Tres cuatrimestres en el año

Este ejercicio arrojó un total de 3 nacimientos posibles durante el cuatrimestre para cada uno de los Promotores Voluntarios de Salud, el cual se toma como parámetro para el cálculo del valor per capita a pagar.

2. Ponderación entre eventos

⁵¹ Cuadro 221-04. Nacimientos vivos en las comarcas indígenas de la República por lugar de ocurrencia, residencia y sexo, según comarca indígena, distrito y corregimiento año 2012. Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

⁵² Cuadro 89. RESUMEN DE LA ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL DE LA COMARCA NGÄBE BUGLÉ, SEGÚN DISTRITO, CORREGIMIENTO Y SEXO: AÑOS 2010-20. Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

Cuadro 88. RESUMEN DE LA ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL DE LA COMARCA EMBERÁ, SEGÚN DISTRITO, CORREGIMIENTO Y SEXO: AÑOS 2010-20. Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

Cuadro 87. RESUMEN DE LA ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL DE LA COMARCA KUNA YALA, SEGÚN DISTRITO, CORREGIMIENTO Y SEXO: AÑOS 2010-20. Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

Para establecer los valores de los costos, se estableció el peso relativo de cada uno de los momentos o eventos privilegiados por el PACO, tomando como base el análisis de cobertura por eventos y la definición de ponderaciones de los Apoyos Comunitarios a Mujeres Embarazadas presentado en la sección A del presente anexo. así:

Cuadro 2. Porcentajes ponderados para los momentos privilegiados por PACO

Momento o Evento privilegiado por PACO	Peso relativo
Captación Temprana	30%
Asistencia a 3 Controles Prenatales Completos (1 por Trimestre) en CONE Básico habilitado	30%
Parto institucional, Control Puerperal y del Neonato	40%

Con base en el número máximo de nacimientos vivos por cuatrimestre para cada Promotor y en los pesos relativos de los eventos se calculó el monto máximo que puede recibir un Promotor Voluntario por Mujer captada; de esta manera, la cápita que podría recibir el PVS si las tres mujeres cumplen los eventos sería de 30/3-10/3-10/3-10/3-40/3 Balboas respectivamente por cada uno de los eventos cumplidos.

Tabla 7.. Valores para pago per cápita por momento privilegiado por PACO

Momento o Evento	Valor máximo a pagar	Redondeo
Captación temprana	10	10
Control Prenatal	3,33	3,5
Control Prenatal	3,33	3,5
Control Prenatal	3,33	3,5
Parto Institucional	13,33	13,5

3. Rangos de Cumplimiento

Se ponderó cada evento privilegiado por el PACO en función del porcentaje de cumplimiento alcanzado por cada Promotor Voluntario, estableciendo los siguientes rangos de cumplimiento: 0-25, 26-50, 51-75 y 76-100 y las ponderaciones de 0, 0.25, 0.5 y 1 respectivamente, quedando la tabla de la siguiente manera:

Tabla 8.. Valores del apoyo comunitario a Promotores Voluntarios de Salud

Precios (pek) para Promotores		Tasas Cobertura (Nik/NTik) del Indicador k (%)			
	Eventos	0-25	26-50	51-75	76-100
K=1	Capatacion Temprana	0	2,5	5	10
K=2	Control Primer trimestre	0	1	1,75	3,5
K=3	Control Segundo trimestre	0	1	1,75	3,5
K=4	Control Tercer trimestre	0	1	1,75	3,5
K=5	Parto Institucional	0	3,5	6,75	13,5

Nota: El máximo que se le podrá entregar a un Promotor Voluntario de Salud es de 100 balboas al cuatrimestre

El valor final a pagar a cada PVS dependerá del porcentaje de mujeres embarazadas de las comunidades asignadas, que hayan tenido parto durante el periodo de corte y hayan cumplido con el evento. Así, si un PVS logra que las tres mujeres cumplan la captación temprana conseguirá un cápita de 10 Balboas $[(30/3)*1]$, pero si sólo logra dos (rango del 51-75%) conseguirá un cápita de 5 balboas $[(30/3)*0.5]$.

C. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE LOS APOYOS COMUNITARIOS A TRAVÉS DE LOS FONDOS COMUNITARIOS

Los Fondos Comunitarios están compuestos de un monto fijo otorgado a las comunidades por tener un Plan Comunitario de Traslado y un monto variable, en función del desempeño de las comunidades respecto al cumplimiento de los momentos privilegiados por el PACO.

1. Valor Fijo de los Apoyos a los Fondos Comunitarios por contar con el Plan Comunitario de Traslado

Para establecer el valor de los Apoyos a los Fondos Comunitarios fue necesario levantar el tiempo y el costo del transporte de una persona desde las comunidades de las Comarcas Indígenas hasta los CONE Básicos de referencia. Las Direcciones Regionales de Salud levantaron dicha información para cada comunidad en las comarcas⁵³. Se agruparon las comunidades por corregimientos para obtener el costo promedio de transporte para cada una de ellas. Como para el resto de los Apoyos, las comunidades

⁵³ El cálculo del costo promedio de transporte se construyó con información provista por las Comarcas de Guna Yala y Emberá, solamente, quienes levantaron la información teniendo en cuenta la comunidad de origen, el CONE Básico de Referencia y los precios de transporte empleados para dicho desplazamiento. Una vez se obtengan los datos de la Dirección Regional de Ngäbe Buglé, se podrán revisar los cálculos realizados.

de todas las comarcas fueron, , divididas por tipo de población A (a menos de 3 horas del CONE Básico de referencia) o B (a más de 3 horas del CONE Básico de referencia).

Las tablas 12 y 13 de este anexo contienen los datos de costos de transporte por corregimiento y comunidad empleados. Se obtuvo con esto, el costo de transporte promedio para cada tipo de comunidad (en Balboas):

Zonas geográficas	
A	B
31	223

Por simplicidad operacional se redondearon las cifras resultantes a múltiplos de 50⁵⁴. En el cálculo del redondeo se tuvo en cuenta que la población tanto en la zona A como en la B se encuentra concentrada en torno a las 3 horas de acceso a los centros de salud. Por este motivo, para no perjudicar a las poblaciones de la zona A que están más alejadas (rondando las 3 horas de acceso), se redondeó la cantidad al alza hasta las 50 balboas. Como las comunidades de la zona B están también cercanas al umbral de las tres horas de distancia, se redondeó el monto para las comunidades de la zona B a la baja hasta las 200 balboas.

De esta manera resultaron los siguientes montos para cada tipo de comunidad (en Balboas):

Zonas geográficas	
A	B
50	200

Este es el valor fijo que se otorgará a cada Fondo Comunitario (según el tipo de comunidad al que pertenezcan – A ó B) por contar con el Plan Comunitario de Traslado:

Tabla 9. Valor del apoyo comunitario por Plan Comunitario de Traslado

Precio del Plan Comunitario de Traslados (pemz) (Balboas)	
Zonas geográficas	
A	B
50	200

2. Ponderación entre eventos

Como se explica en el Capítulo 5 Sección 5.1.1, el PACO reconoce el esfuerzo comunitario por los logros alcanzados por la cantidad de Mujeres Embarazadas que

⁵⁴ Esto fue una petición del Ministerio por motivos operacionales cuyo resultado fue consensuado con ellos.

asistan a los siguientes 5 eventos de la salud materno-infantil y con el siguiente peso relativo:

Tabla 10. Ponderación por Momento Privilegiado por el PACO

Momento o Evento privilegiado por PACO	Peso relativo
Captación Temprana	20%
Asistencia a 3 Controles Prenatales Completos (1 por Trimestre) en CONE Básico habilitado	20%
Parto institucional, Control Puerperal y del Neonato	30%
Ficha de Plan de Parto	5%
Mujeres Embarazadas que cumplan con los 4 eventos en conjunto	25%

Se estableció el peso relativo de cada uno de los eventos enumerados, manteniendo la importancia de los momentos privilegiados por el PACO para las Mujeres Embarazadas⁵⁵ presentado en la sección A del presente anexo, pero se llevó a cabo una reponderación de los eventos quedando de la siguiente manera: Parto Institucional (30%). La Captación Temprana y la asistencia a 3 Controles Prenatales Completos recibieron un peso relativo igual (20%) se incluye el reconocimiento a la proporción de Mujeres Embarazadas en la comunidad que cuente con el diligenciamiento de su ficha de Plan de Parto (5%)⁵⁶. Por último, se definió un reconocimiento importante en el peso relativo de los eventos reconocidos para la proporción de Mujeres Embarazadas de la comunidad que asista a los 4 eventos de salud materno-infantil (Captación Temprana, 3 Controles Prenatales Completos, Parto institucional, Control Puerperal y del Neonato y Ficha de Plan de Parto) en su conjunto (25%)⁵⁷, privilegiando así el compromiso de las mujeres embarazadas y de la comunidad frente al proceso del cuidado materno durante la etapa de gestación).

3. Valor per cápita de los Apoyos a los Fondos Comunitarios

Con base en los Costos Promedio de Transporte (CPT) por tipo de comunidad sin aproximar (CPT A=\$31 y CPT B=\$223), se calculó el valor per cápita a otorgar para cada evento en cada tipo de comunidad. Primero, al sumar la Tasa de Emergencias Obstétricas de 15% (del total de nacimientos) y la Tasa de Emergencias Neonatales de

⁵⁵ Captación temprana 30%, cada control prenatal 10% para un total de 30% y parto institucional 40%.

⁵⁶ La relevancia de incluir este indicador fue muy debatida y finalmente se decidió incluir (aunque con un ponderador modesto) para reflejar la importancia de iniciar el proceso de planificación de los controles prenatales y el parto.

⁵⁷ Se otorgó un peso relativamente grande a este indicador para premiar el compromiso de la comunidad con el cuidado integral de la mujer.

2.2% (del total de nacimientos), se obtiene la Tasa de Emergencias Obstétricas y Neonatales (EON) de 17.2% (del total de nacimientos) en las 3 Comarcas Indígenas.

El Costo Per Cápita (CPC - o por nacimiento) de las Emergencias Obstétricas y Neonatales (EON) se obtiene al multiplicar el Costo Promedio de Transporte (CPT) en cada tipo de Comunidad por la Tasa de Emergencias Obstétricas y Neonatales de 17.2% (CPC EON A=\$5,33 y CPC EON B=\$38,35). La Tabla 11 resume lo presentado.

Tabla 11. Valores de referencia para el cálculo del Costo Per Cápita de los Apoyos a los Fondos Comunitarios.

Cálculo de la Tasa de Emergencias Obstétricas y Neonatales y Costo Total y Per Cápita de las Emergencias Obstétricas y Neonatales por tipo de Comunidad Céntrica	
Tasa de Emergencias Obstétricas (del total de nacimientos)	15%
Tasa de Emergencias Neonatales (del total de nacimientos)	2.2%
Tasa de Emergencias Obstétricas y Neonatales (EON)	17.2%
Costos Promedio de Transporte (CPT) en CC tipo A	\$31
Costos Promedio de Transporte (CPT) en CC tipo B	\$223
El Costo Per Cápita (CPC) de las Emergencias Obstétricas y Neonatales (EON) en CC tipo A	CPC EON A \$5,33
El Costo Per Cápita (CPC) de las Emergencias Obstétricas y Neonatales (EON) en CC tipo B	CPC EON B \$38.35

Finalmente, con el Costo Per Cápita de las EON (CPC) para cada tipo de comunidad, y las ponderaciones establecidas para cada evento, fue posible calcular y aproximar el Precio (pkzc) por proporción de ME que cumple los eventos reconocidos para generar el pago de los Apoyos a los Fondos Comunitarios como se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 12. Valores finales para el pago per cápita de fondos comunitarios

Precios (pkzc) para Fondos Comunitarios por ME que cumple (Balboas)				
	Eventos	Zonas geográficas		Peso rel. por evento
		A	B	
K=1	Captación Temprana	1,00	7,00	20%
K=2	Tres Controles Trimestrales	1,00	7,00	20%

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF

K=3	Parto Institucional, Ctról PP y NN	1,50	11,00	30%
K=4	Ficha de Plan de Parto	0,50	2,00	5%
K=5	4 eventos de SMI en conjunto	1,50	9,50	25%

**DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF**

Tabla 13 : Costos de transporte para comunidades tipo A

COMARCA	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	CENTRO DE REFERENCIA	TIPO DE COMUNIDAD	TIEMPO AL CENTRO EN HORAS	POBLACIÓN 2010 (CENSO 2010)	VALORES BRUTOS DE TRANSPORTE IDA Y VUELTA (EMBARAZADA)	CALCULO POR COMUNIDAD	TOTAL POR CORREGIMIENTO TIPO A
GUNA YALA	NARGANÁ	Wichihuala	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	348	0	0	31,30
	NARGANÁ	Porvenir	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	14	6,5	91	
	NARGANÁ	Nalunega	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	396	6,5	2574	
	NARGANÁ	Corbisky	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	220	6,5	1430	
	NARGANÁ	Nuevo Mamitupu	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	187	13	2431	
	NARGANÁ	Coco Blanco	Centro de Salud con cama de Carti	A	2	42	78	3276	
	NARGANÁ	Cati Sugdup	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	946	0	0	
	NARGANÁ	Carti Mulatupu	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	584	13	7592	
	NARGANÁ	Carti Yandup	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	403	6,5	2619,5	
	NARGANÁ	Carti Tupile	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	537	6,5	3490,5	
	NARGANÁ	Coibita	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	121	6,5	786,5	
	NARGANÁ	Ariritupu	Centro de Salud con cama de Carti	A	2	350	78	27300	
	NARGANÁ	Soledad Mandinga	Centro de Salud con cama de Carti	A	2	361	78	28158	
	NARGANÁ	Orostupu	Centro de Salud con cama de Carti	A	3	94	91	8554	
	NARGANÁ	Allitupu	Centro de Salud con cama de Carti	A	3	176	130	22880	
	NARGANÁ	Tupsui	Centro de Salud con cama de Carti	A	3	99	130	12870	
	NARGANÁ	Acuatupu	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	381	13	4953	
	NARGANÁ	Naranjo Chico	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	403	13	5239	
	NARGANÁ	Naranjo Grande	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	654	13	8502	
	NARGANÁ	Warsogwadup	Centro de Salud con cama de Carti	A	0	21	52	1092	
	NARGANÁ	Nuevo Tubuala	Centro de Salud con cama de Carti	A	2	40	78	3120	
	NARGANÁ	Nugnugtupu	Centro de Salud con cama de Carti	A	2	50	78	3900	
	NARGANÁ	Cangandi	Centro de Salud con cama de Carti	A	4	377	78	29406	
	NARGANÁ	Mandiyala	Centro de Salud con cama de Carti	A	4	330	78	25740	
	NARGANÁ	Rio Sidra	Centro de Salud con camas de Rio Sidra	A	0	765	0	0	
	NARGANÁ	Mamartupu	Centro de Salud con camas de Rio Sidra	A	0	475	0	0	
	NARGANÁ	Nusatupu	Centro de Salud con camas de Rio Sidra	A	0	368	6,5	2392	
	NARGANÁ	Soledad Miriam	Centro de Salud con camas de Rio Sidra	A	0	879	52	45708	
	NARGANÁ	Isla Maquina	Centro de Salud con camas de Rio Sidra	A	0	336	39	13104	
	NARGANÁ	Rio Azúcar	Centro de Salud con camas de Nargana Teresa López	A	0	438	19,5	8541	
	NARGANÁ	Nargana	Centro de Salud con camas de Nargana Teresa López	A	0	735	0	0	
	NARGANÁ	Corazón de Jesús	Centro de Salud con camas de Nargana Teresa López	A	0	564	0	0	
	NARGANÁ	Rio Tigre	Centro de Salud con camas de Nargana Teresa López	A	0	815	65	52975	
	NARGANÁ	Tikantiki	Centro de Salud con camas de Nargana Teresa López	A	2	1001	91	91091	
	NARGANÁ	Maguebgandi	Centro de Salud con camas de Playón Chico Diwler	A	3	152	130	19760	
GUNA YALA	ALIGANDI	Aldirgandi	Centro de Salud con camas de Playón Chico Diwler	A	3	192	91	17472	
	ALIGANDI	Ukupa	Centro de Salud con camas de Playón Chico Diwler	A	2	272	91	24752	
	ALIGANDI	Irgandi	Centro de Salud con camas de Playón Chico Diwler	A	2	242	78	18876	
	ALIGANDI	Playón Chico	Centro de Salud con camas de Playón Chico Diwler	A	0	1779	0	0	
	ALIGANDI	San Ignacio de Tupile	Centro de Salud con camas de Playón Chico Diwler	A	0	1180	39	46020	
	ALIGANDI	Ailigandi	Hospital Regional de Iglesias Marvel	A	0	1298	0	0	
	ALIGANDI	Achutupu	Hospital Regional de Iglesias Marvel	A	0	1671	39	65169	
	ALIGANDI	Mamitupu	Hospital Regional de Iglesias Marvel	A	0	1072	65	69680	
	ALIGANDI	Ustupu	Centro de Salud con camas de Ustupu	A	0	1985	0	0	
	ALIGANDI	Ogobucum	Centro de Salud con camas de Ustupu	A	0	1516	0	0	
GUNAYALA	TUBUALA	Navagandi	Hospital Rural de Mulatupu	A	3	189	130	24570	
	TUBUALA	Mansucum	Hospital Rural de Mulatupu	A	3	225	130	29250	
	TUBUALA	Isla Pino	Hospital Rural de Mulatupu	A	3	112	91	10192	
	TUBUALA	Sasardi Nuevo	Hospital Rural de Mulatupu	A	0	212	0	0	
	TUBUALA	Sasardi Mulatupu	Hospital Rural de Mulatupu	A	0	545	0	0	
	TUBUALA	Tuhuala	Hospital Rural de Mulatupu	A	0	420	65	27300	
	TUBUALA	Cuba	Hospital Rural de Mulatupu	A	2	132	78	10296	
	TUBUALA	Caledonia	Hospital Rural de Mulatupu	A	2	329	78	25662	
	TUBUALA	Carreto	Hospital Rural de Mulatupu	A	3	259	0	0	
GUNA YALA	PUERTO OBALDÍA	Anachucuna	Centro de Salud con camas de Puerto Obaldía	A	3	541	130	70330	
	PUERTO OBALDÍA	Armila	Centro de Salud con camas de Puerto Obaldía	A	2	535	65	34775	
	PUERTO OBALDÍA	Puerto Obaldía	Centro de Salud con camas de Puerto Obaldía	A	0	445	0	0	
	PUERTO OBALDÍA	La Miel	Centro de Salud con camas de Puerto Obaldía	A	0	97	39	3783	
SAMBU	RIO SABALO	BARAVACON	SAMBU	A	0	384	14	5376	
SAMBU	RIO SABALO	DAIPURU	SAMBU	A	0	30	14	420	
SAMBU	RIO SABALO	BOCA DE TRAMPA	SAMBU	A	2	110	84	9240	
SAMBU	RIO SABALO	LA CHUNGA	SAMBU	A	1	198	42	8316	
SAMBU	RIO SABALO	VILLA KERESIA	SAMBU	A	2	106	70	7420	
CEMACO	CIRILO GUAINORA	CAPETI	BOCA DE CUPE	A	0	103	42	4326	
CEMACO	CIRILO GUAINORA	CAPETI	UNION CHOCHOE	A	0	793	42	33306	
CEMACO	CIRILO GUAINORA	PUENTE	UNION CHOCHOE	A	0	178	14	2492	
CEMACO	CIRILO GUAINORA	YAPE	UNION CHOCHOE	A	0	215	14	3010	
CEMACO	CIRILO GUAINORA	VISTA ALEGRE	HOSPITAL EL REAL	A	0	121	28	149	
CEMACO	CIRILO GUAINORA	UNION CHOCHOE	UNION CHOCHOE	A	3	559	182	741	

Tabla 14: Costos de transporte para comunidades tipo B

**DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF**

COMARCA EMBERA WOUNNAN (Distrito)	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	CENTRO DE REFERENCIA	TIPO DE COMUNIDAD	TIEMPO AL CENTRO EN HORAS	POBLACIÓN 2010 (CENSO 2010)	VALORES BRUTOS DE TRANSPORTE IDA Y VUELTA (EMBARAZADA)	CALCULO POR COMUNIDAD	TOTAL PONDERADO TRANSPORTE CORREGIMIENTO TIPO B
SAMBÚ	JIGURUNDU	BOROBICHI	SAMBU	B	6	67	161	10787	223
SAMBÚ	JIGURUNDU	CONDOTO	SAMBU	B	5	112	140	15680	
SAMBÚ	JIGURUNDU	JINGURUDO	SAMBU	B	4	61	105	6405	
SAMBÚ	JIGURUNDU	PAVARANDO	SAMBU	B	6	113	161	18193	
EMBERÁ	LAJAS BLANCAS	VILLA NUEVA	Lajas Blancas	B	8	138	224	30912	
	LAJAS BLANCAS	CANAN	Lajas Blancas	B	8	243	224	54432	
	LAJAS BLANCAS	SINAI	Lajas Blancas	B	7,3	285	210	59850	
	LAJAS BLANCAS	TORTUGA	Lajas Blancas	B	6	162	168	27216	
	LAJAS BLANCAS	DOSAQUE PURU	Lajas Blancas	B	5	111	154	17094	
	LAJAS BLANCAS	ALTO PLAYONA	Lajas Blancas	B	5	107	154	16478	
	LAJAS BLANCAS	EL SALTO	Lajas Blancas	B	5	34	154	5236	
	LAJAS BLANCAS	PEÑA BIJAGUAL	Lajas Blancas	B	6	186	196	36456	
	LAJAS BLANCAS	BAJO CHIQUITO	Lajas Blancas	B	9	165	252	41580	
	LAJAS BLANCAS	MARRAGANTI	Lajas Blancas	B	8	193	224	43232	
	LAJAS BLANCAS	VILLA CALETA	Lajas Blancas	B	6	199	168	33432	
	LAJAS BLANCAS	NUEVO VIGIA	Lajas Blancas	B	5	296	154	45584	
	MANUEL ORTEGA	BARRANQUILLITA	Lajas Blancas	B	14	91	420	38220	
	MANUEL ORTEGA	NUEVA ESPERANZA	Lajas Blancas	B	13	132	350	46200	
	MANUEL ORTEGA	LA PULIDA	Lajas Blancas	B	12	123	238	29274	
	MANUEL ORTEGA	PUNTA GRANDE	Lajas Blancas	B	10	163	224	36512	
	MANUEL ORTEGA	NUEVO BELEN	Lajas Blancas	B	6	102	168	17136	
	MANUEL ORTEGA	NAZARETH	Lajas Blancas	B	14	243	420	102060	
	MANUEL ORTEGA	BOCA DE TIGRE	Lajas Blancas	B	13	15	350	5250	
	MANUEL ORTEGA	COROZAL	Lajas Blancas	B	10	215	252	54180	
	MANUEL ORTEGA	NARANJAL	Lajas Blancas	B	9	90	238	21420	
	MANUEL ORTEGA	COMUN	Lajas Blancas	B	7	102	210	21420	

Para calcular el valor promedio de transporte según el tipo de comunidades se realizó el siguiente ejercicio: se tomó la población de las comunidades (columna población 2010) y se multiplicó por el valor del transporte provisto por los equipos regionales desde la comunidad de referencia hasta el CONE Básico de referencia, este resultado aparece bajo la columna "comunidad" y corresponde al costo total de transporte por la población que existe en cada comunidad. Una vez se tiene el valor del costo de transporte para la comunidad se entra a establecer el valor promedio de transporte para el total del tipo de comunidad (A ó B) así: se realiza la sumatoria de la columna "población total" entre la columna "comunidad".

D. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE LOS APOYOS COMUNITARIOS DIRIGIDOS A MONITORAS AIN-C

Como se explica en el Capítulo 6 Sección 4.6.1.1, el PACO reconoce el esfuerzo de las Monitoras AIN-C por llevar a cabo sus actividades de consejería dentro de la Estrategia AIN-C

Consideraciones importantes:

1. El MINSA tiene pre- establecido que a cada Monitora AIN-C se le asigna un máximo de 12 niños y niñas para ser visitados en sus hogares con el fin de realizar actividades de consejería.

2. El periodo de corte para pago a una Monitora AIN-C corresponde a cuatro (4) meses.
3. El MINSA estableció un tope máximo de 100 USD; es decir 25 USD por mes. El valor de 25 USD corresponde al valor del viático oficial que reciben actualmente los actores comunitarios para su desplazamiento en el mes.

1. Ponderación de actividades

Para establecer los valores de los costos, se estableció el peso relativo de cada una de las actividades que debe llevar a cabo una Monitora AIN-C:

Tabla 15.

Actividad	Peso relativo
Consejería individualizada	65%
Reuniones mensuales con cuidadores	35%

Se asignó un peso a cada actividad objeto de apoyo comunitario, así: se otorga un mayor peso (0.65%) por visitas de consejería individual, un (0.35%) por la asistencia de cuidadores a reuniones mensuales.

2. Rangos de Cumplimiento

Para promover el 100% de la cobertura de los hogares que le corresponden, se ponderó cada actividad en función del porcentaje de cumplimiento alcanzado por cada Monitora AIN-C al trimestre, estableciendo los siguientes rangos de cumplimiento: 0-25%, 26-50%, 51-75% y 76-100% cuyas ponderaciones son del 0%, 25%, 50% y 100%. De esta manera, si una monitora logra realizar el 100% de las visitas individuales que le son asignadas (12) y logra captar al 50% de los cuidadores a las reuniones grupales (6), recibirá un total de $(5,5 \times 12) + (1,5 \times 6) = 75$ balboas⁵⁸.

Quedando la tabla de la siguiente manera:

Tabla 16. Valores del apoyo comunitario a Monitoras AIN-C

⁵⁸ Nótese que si consigue el 100% de los dos eventos el total que le correspondería sería de 102 balboas, pero solo se entregara hasta un máximo de 100 al cuatrimestre.

Precios (p_{ek}) para Monitoras (en Balboas)				
Eventos	Tasas Cobertura (N_{ik}/NT_{ik}) del Indicador k (%)			
	0-25	26-50	51-75	76-100
Visitas individuales	0,0	1,5	2,5	5,5
Reuniones grupales	0,0	1,0	1,5	3,0

Nota: El máximo que se le podrá entregar a una monitora es de 100 balboas al cuatrimestre

Anexo 2. Información sobre transportes enviada por las regionales

Aclaración: Se incluyó este anexo a solicitud del MINSA, no obstante no se incluirá en el presente documento.

Anexo 3. Costos para la estructura de soporte propuesta – Resumen

En el cuadro 1. Se resumen los costos que tendría para el Programa el soporte sugerido de personal y la adquisición de equipos necesarios para realizar la operación con la estructura actual que tiene el MINSA en las comarcas

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF

RESUMEN COSTO EQUIPOS Y PERSONAL DIGITADOR AUXILIAR POR COMARCAS	
	US\$
VALOR - EQUIPOS DE COMPUTO GUNA YALA	\$9.450,00
VALOR - personal	\$157.248,00
VALOR Viáticos + Desplazamientos	\$193.200,00
SUB TOTAL	\$359.898,00
VALOR - EQUIPOS DE COMPUTO EMBERA	\$6.750,00
VALOR - personal	\$112.320,00
VALOR Viáticos + Desplazamientos	\$138.000,00
SUB TOTAL	\$257.070,00
VALOR - EQUIPOS DE COMPUTO NGABE	\$28.350,00
VALOR - personal	\$471.744,00
VALOR Viáticos + Desplazamientos	\$579.600,00
SUB TOTAL	\$1.079.694,00
VALOR TOTAL - EQUIPOS DE COMPUTO	\$44.550,00
VALOR TOTAL - Personal	\$741.312,00
VALOR total Viáticos + Desplazamientos	\$910.800,00
TOTAL	\$1.696.662,00



Ventajas, Desventajas y Sugerencias a la alternativa 1. (emisión de cheques)

Ventajas:

- Es seguro desde el punto de vista administrativo y financiero pues no implica riesgos.

Desventajas:

Operativas:

- La red Itinerante debe estar dispuesta a coordinarse con la Red Fija para hacerle llegar los listados de las mujeres que hayan recibido incentivo por captación temprana para que la red fija pueda anticiparse a la emisión de cheques necesarios (5 pagos en total por cada mujer).
- El proceso de emisión de cheques implica que la red fija debe estar dispuesta a enviar planillas periódicas de conformidad con la demanda de atención de las mujeres embarazadas (tanto de red fija como de itinerante) que pueden recibir bonos, la cual debe incluir la proyección del total de cheques que recibirá cada una de las mujeres embarazadas.
- La Red Fija, tendrá que asegurarse que las planillas estén bien diligenciadas para que pasen el proceso de gestión, principalmente al llegar a Contraloría.
- Las mujeres destinatarias de bonos deberán cambiar cheques, situación que puede desmotivarlas.

Administrativo –Financiero:

- El proceso de gestión (que es el más dispendioso – puede demorar hasta 3 meses) deberá llevarse a cabo tantas veces como se necesite emitir cheques y por ello, el tiempo que toma tener el flujo de recursos en cada red fija, puede llegar a no ser el adecuado a la intervención.

Sugerencias:

- Realizar un acuerdo con antelación, principalmente con Contraloría que permita agilizar el proceso de gestión, sin que se vea afectada la fiscalización del proceso.
- Sensibilizar a la red Fija y a la Red Itinerante en pro del proceso operativo que se debe seguir.

Ventajas, Desventajas y Sugerencias a la alternativa 2. (Caja Menuda)

Ventajas	Desventajas	Sugerencias
<ul style="list-style-type: none"> Permite entregar en efectivo el dinero a las mujeres embarazadas cada vez que son atendidas y cumplen con los requerimientos para recibirlos. Tiene un riesgo medio desde el punto de vista administrativo-financiero. 	<p>Seguridad:</p> <p>En estos momentos los CONE Básicos no cuentan con un sistema de seguridad adecuado que les permita guardar dinero con seguridad.</p> <p>Se puede poner en riesgo al personal médico si se tiene dinero guardado sin los elementos mínimos de seguridad.</p> <p>Administrativo - Financiero:</p> <p>Como funciona actualmente el sistema de solicitud de fondos para la caja menuda, lentifica de manera significativa el flujo de recursos que debe mantener el programa de apoyos comunitarios. (principalmente por los soportes que se deben entregar – planillas de las mujeres que han accedido a la atención).</p> <p>El proceso de gestión deberá realizarse tantas veces como solicitud de reembolso de caja menuda se requiera. El tiempo que toma este proceso, puede ocasionar que la caja menuda se quede sin recursos para efectuar los pagos a las mujeres.</p>	<p>Seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proveer a cada CONE Básico con un sistema mínimo de seguridad (compra o puesta de una caja fuerte en cada CONE) Realizar arquezos periódicos y aleatorios a las cajas menudas. <p>Administrativo – Financiero:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar previamente un acuerdo con Contraloría que permita agilizar el proceso de gestión, sin que se vea afectada la fiscalización del proceso (ejemplo: que los bonos, puedan emplearse como soporte suficiente para pedir el reembolso). Fijar los topes que manejará cada caja menuda en cada uno de los CONE Básicos. <p>Operativo:</p> <p>Sensibilizar a la red Fija y a la Red Itinerante en pro del proceso operativo que se debe seguir.</p>

Ventajas, Desventajas y Sugerencias a la alternativa 3. (Organización no gubernamental)

Ventajas:	Desventajas:	Sugerencias:
<ul style="list-style-type: none"> Permite entregar en efectivo el dinero a las mujeres embarazadas. El proceso de gestión se puede dar solo una vez (en el momento del convenio) 	<p>Administrativo - Financiero:</p> <ul style="list-style-type: none"> Puede llegar a implicar costos administrativos altos. Puede ser de alto riesgo, dependiendo de la experiencia del administrador de los fondos comunitarios. <p>Operativo:</p> <p>Quien administre el Fondo debe tener capacidad de operación en la comunidad o comunidades que se le solicite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar previamente un estudio de mercado que permita estimar costos administrativos de las organizaciones que pueden administrar los fondos comunitarios. Contar con un listado de posibles organizaciones con presencia en las Comarcas, elegibles para el manejo de Fondos comunitarios, con relación a un perfil previamente determinado. Sensibilizar a la red Fija y a la Red Itinerante en pro del proceso operativo que se debe seguir para estar en comunicación con los administradores de los Fondos Comunitarios.

Anexo 5. Otras alternativas para la administración del Programa de Apoyos Comunitarios

A continuación se presentan alternativas para el manejo de recursos futuros, teniendo en cuenta que a mediano y largo plazo, la intervención de apoyos comunitarios se implementará en la mayoría de las comunidades de las comarcas y requerirá de desembolsos ágiles, que permitan tener un adecuado flujo de dinero en las comunidades y en las UBA, conducentes a garantizar la operación.

1. Fiducia

La fiducia estará encargada de administrar y custodiar los recursos destinados a la operación del programa de apoyos comunitarios, durante el tiempo que el MINSA lo estime necesario.

La Fiducia deberá contar con un Comité conformado mínimamente por los Directores Regionales de Salud de las comarcas Ngâbe Buglé, Guna Yala y Emberá, el Director de la UGSF o quien éste delegue, y la Dirección de Provisión de servicios de Salud; quienes velarán por el control y supervisión para el cumplimiento del contrato fiduciario. En todo caso, será función del Fideicomitente establecer el número de personas que harán parte del Comité, así como de la periodicidad de reunión.

La Fiducia estaría encargada de las siguientes actividades, entre otras que designe el Comité Fiduciario:

- Establecer los convenios /contratos con los agentes de manejo que designe el MINSA.
- Desembolso de los montos para la operación, dirigidos a la organización comunitaria administradora de los Fondos comunitarios y al responsable de la caja menuda ubicado en los CONE Básicos habilitados.
- Realizar los reembolsos de las cajas menudas.
- Emitir y distribuir los diferentes formatos empleados para el registro de la operación.
- Realizar la contratación para la emisión de bonos.
- Distribuir los bonos a los CONE Básicos habilitados que se le indique.
- Revisar los informes que remitan las DRS, conducentes a determinar la necesidad de emisión de nuevos bonos para mujeres embarazadas.

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSAF

- Emitir los desembolsos para el pago a los promotores voluntarios de salud y Monitoras AIN-C, previa autorización del responsable de su verificación, designado y consignado en los términos de la contratación de la Fiducia.
- Entregar informes del estado de la Fiducia al Comité, indicando desembolsos realizados por concepto de bonos entregados y canjeados, de acuerdo a calendario pactado.
- Solicitar autorización al Comité Fiduciario para realizar desembolsos en tiempos diferentes a los establecidos por el cronograma en caso de presentarse alguna eventualidad.
- Verificar el cumplimiento de las actividades administrativas de la organización comunitaria encargada de los fondos comunitarios.
- Realizar el pago para actividades de supervisión y evaluación requeridas para el buen funcionamiento de la operación, de conformidad con las directrices que brinde la UGSAF.
- Ejercer la Secretaría Técnica en las reuniones del Comité Fiduciario.
- Sistematizar la información proveniente de la operación del programa de apoyos comunitarios.
- Distribuir entre las comunidades los rendimientos de la Fiducia de conformidad con lo establecido por el Fideicomitente.

Para la contratación de la Fiducia será menester llevar a cabo un estudio de mercado que le permita al MINSA establecer un precio indicativo para la constitución de la misma, con referencia a los procesos de custodia y administración de los montos para la ejecución del programa de apoyos de comunitarios.

La Fiducia estará sometida a todos los controles fiscales y aquellos que establezca la normatividad del País de Panamá.

Adicionalmente, la Fiducia deberá contar con un manual corporativo que brinde claridad sobre la reglamentación de procedimientos y sobre las políticas y directrices que deben guiar la conducta de sus funcionarios, que garanticen la transparencia y autonomía de la operación.

2. Organización no gubernamental

La administración de los recursos y de los diferentes fondos comunitarios, también puede estar a cargo de una organización no gubernamental que tenga sede en el país Panameño, el cual se constituye por ley en un AGENTE DE MANEJO⁵⁹.

Esta organización u organizaciones puede estar determinada por región, dentro de las características principales que debe tener se encuentran:

- MISIONALES
 - Misión orientada al desarrollo de proyectos para disminuir o erradicar pobreza
 - Misión orientada a mejorar condiciones de salud en mujeres
 - Misión orientada a mejorar las condiciones de salud de los pueblos indígenas
 - Misión orientada al fortalecimiento institucional de organizaciones primarias de base
- JURIDICAS:
 - Legalmente constituida
 - En capacidad de constituir fianzas que garanticen las responsabilidades que le asignen.
 - Cumplir con los aportes de seguridad social.
- OPERATIVAS:
 - Presencia en la zona mínima de 1 año
 - Tener un organigrama definido con funciones determinadas para cada actor
 - Tener un sistema de control interno.
 - Capacidad de movilizarse a zonas de difícil acceso.
 - Capacidad de brindar información y producir reportes a tiempo (de acuerdo a cronogramas pactados)
 - Tener un seguimiento de indicadores de la operación
- ADMINISTRATIVAS
 - Contar con unos procedimientos y procesos estandarizados para el manejo del presupuesto
 - Contar con un sistema contable susceptible de ser fiscalizado.
 - Contar con una plataforma que le permita llevar a cabo el pago de las obligaciones de la operación en los tiempos requeridos.
 - Que se pueda comprobar la rendición de cuentas al ente fiscalizador.
- OTRAS

⁵⁹ Es toda persona que sin ser funcionario público reciba, recaude, maneje, administre, invierta, custodie, cuide, controle, apruebe, autorice o pague dineros de una entidad pública o, en general, administra bienes de ésta. GUÍA BÁSICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO PARA LA RENDICIÓN, EXAMEN Y FINIQUITO DE CUENTAS DE LOS AGENTES Y EMPLEADOS DE MANEJO. CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. (2009)

- Experiencia en el manejo de recursos de cooperación o públicos mínima de 1 año comprobable
- Comportamiento ético y transparente en el manejo de recursos

3. Entes territoriales

En caso de que la operación se desee llevar a cabo desde un ente territorial diferente al central, se recomienda:

- a. Revisión de la constitución panameña en términos de las responsabilidades asignada a cada nivel (nacional, regional y local) que permita determinar la responsabilidad de los mismos en términos fiscales, administrativos y políticos.
- b. Consultar con la entidad nacional de planeación el real estado de descentralización de los sectores, en particular el de salud. En este sentido si actualmente el sector salud se encuentra únicamente desconcentrado (es decir que los procesos administrativos aún responden a una lógica nacional desde donde se opera el sistema) entonces, pensar en una descentralización del programa de apoyos comunitarios hacia los municipios deberá esperar.
- c. Tener en cuenta la normatividad y la constitución panameña en términos de las relaciones administrativo – políticas que deben regir en los territorios indígenas
- d. Respetar y acoger los procesos de planeación propios de los territorios indígenas.
- e. Llevar a cabo encuentros y consultas con los líderes comarcales para hacerlos partícipes del proceso desde el comienzo.
- f. Establecer los responsables del monitoreo a nivel territorial.

Anexo 6. Tablas para el cálculo de apoyos comunitarios

1. Tablas para valores de Mujeres embarazadas

Valores Mujeres Embarazadas

Precios (p_{ek}) para Embarazadas (Balboas)		
Eventos	Zona A	Zona B
Capatacion Temprana	45,0	45,0
Control Primer trimestre	15,0	15,0
Control Segundo trimestre	15,0	15,0
Control Tercer trimestre	15,0	15,0
Parto Institucional	60,0	90,0
Maximo pago embarazada:	150	180

Los Apoyos a Mujeres Embarazadas se hacen efectivos en el momento en el que tienen lugar los eventos

15

2. Tablas para pago a Promotores Voluntarios de Salud

Precios (p_{ek}) para Promotores					
		Tasas Cobertura (Nik/NTik) del Indicador k (%)			
	Eventos	0-25	26-50	51-75	76-100
K=1	Capatacion Temprana	0	2,5	5	10
K=2	Control Primer trimestre	0	1	1,75	3,5
K=3	Control Segundo trimestre	0	1	1,75	3,5
K=4	Control Tercer trimestre	0	1	1,75	3,5
K=5	Parto Institucional	0	3,5	6,75	13,5

3. Tabla para pagos a Fondos Comunitarios

Fondos Comunitarios

Precios (p_{kzc}) para Fondos Comunitarios por ME que cumple (Balboas)				
	Eventos	Zonas geográficas		Peso rel. por evento
		A	B	
K=1	Capatacion Temprana	1,00	8,00	20%
K=2	Tres Controles Trimestrales	1,00	8,00	20%
K=3	Parto Institucional, Ctrol PP y NN	1,50	12,00	30%
K=4	Plan de Parto	0,50	2,00	5%
K=5	4 eventos de SMI en conjunto	1,50	10,00	25%

Precio del Plan Comunitario de Traslados (p_{emz}) (Balboas)		
	Zonas geográficas	
	A	B
	50	200

29

4. Tabla para pagos a Monitoras AIN-C

Precios (p_{ek}) para Monitoras (en Balboas)				
Eventos	Tasas Cobertura (N_{ik}/NT_{ik}) del Indicador k (%)			
	0-25	26-50	51-75	76-100
Visitas individuales	0,0	1,5	2,5	5,5
Reuniones grupales	0,0	1,0	1,5	3,0

Anexo 7. Listado Comités de Salud – Comarca Ngâbe Buglé

DISTRITO	COMITÉ DE SALUD	CORREGIMIENTO	PERSONERIA JURIDICA	PRESIDENTE DEL COMITE
KUSAPIN	KUSAPIN	KUSAPIN	1197-09	JACOBO TAYLOR
	RIO CHIRIQUI	RIO CHIRIQUI	107-02	JULIO CASTILLO
	BAHIA AZUL	BAHIA AZUL	060-44	ANA LUCIA TROTMAN
	VEGAY	RIO CHIRIQUI	242-07	BENITO ABREGO
	CAYO PALOMA	KUSAPIN	237-07	SEBEDEO JOSE
	BUROTE	RIO CHIRIQUI	238-07	JULIO VIAGRA J.
	RIO CEDRO	RIO CHIRIQUI	239-07	NARSISO SANTO
	PUNTA UVA	KUSAPIN	317-09	IZAEL TAYLOR
	BAHIA GRANDE	KUSAPIN	315-09	GREGORIO PALACIO
	MANGO	RIO CHIRIQUI	313-09	PATRICIO ABREGO
	AGUACATE ARRIBA	SANTA CATALINA	510-10	CARLOS BAKER
	RIO CHIRIQUI	RIO CHIRIQUI	161-2012	SILVERIO JIMENEZ
	RIO PIEDRA	VALLE BONITO	2119-2012	RAFAEL VIROLA
	PUNTA ESCONDIDA	TOBOBE	628-2013	LAURIANO SANTIAGO
KANKIN TU	KANKINTU	KANKINTU	2012-00	
	NUTIVI	KANKINTU	1484-10	LIBERTO MORALES
	PUEBLO NUEVO	BURI		ALEJANBDRA VALDES
	MAYO	MUNUNI N°3	709-02	
	SILICOCREEK	TUWAY	243-07	ROBERTO AGUILAR
	GUARIVIARA	GUARIVIARA		VICENTE SANTO
	RIO HACHA	PIEDRA ROJA	1204-09	LEONARDO PALACIO

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF

BESIKO	SOLOY	SOLOY	1527-10	MARTIRES SANTOS
	BOCA DE Balsa	BOCA DE Balsa	2021	
	GASPARILLO	NIBA	708-02	
	CAMARON	CAMARON	013-2012	NATALIA AGUILAR
	CERRO PARTENA	CERRO PATENA	710-02	NIEVE MARCUSSI
	LAJERO	NOMONONI	012-2012	EMILIANO BEJERANO
	HIGUERON	NIBA	03049-1999	
	PESES	CAMARON ARRIBA	434-08	EVELINO MEDIANERO
	BOCA QDA. ULLAMA	CERRO BANCO	1199-2010	REYNALDO GALLEG0
	CERRO VIEJO	SOLOY	314-09	MARCELA BEJERANO
	BOCA DE HUSO	SOLOY	316-09	FERNANDO GUILLEN
	BOCA DE HUSO	SOLOY	316-09	FERNANDO GUILLEN
	ALTO MANGO	SOLOY	508-10	MELQUIADES BEJERANO
MIRONO	HATO COROTU	HATO COROTU	791-13	LOCADIO GONZALES
	HATO JULI	HATO JULI	629-2013	FERMIN MORENO
	HATO PILON	HATO PILON	180-2012	
	HATO CULANTRO	HATO CULANTRO	02188-99	
	SALTO DUPI	SALTO DUPI	06048-97	
	KUERIMA	HATO PILON	15262010	
	CERRO MESA	SALTO DUPI	1754	
	CERRO GATO	SALTO DUPI	03602-97	
	CERRO B	QDA. LORO	0483497	VIRGINIA MONTEZUMA
	ALTO GUAYABAL ABAJO	SALTO DUPI	196-00	
	ALTO NANCITO	HATO JULI	06069-99	VALERIANO PALACIO
	CERRO COROZO	HATO PILON	008-2012	
	QDA. ZAPOTE	QDA. LORO		
	HATO JOBO	HATO JOBO	040	MARCO

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF

				GONZALES
	CABECERA DE JUAY	QDA.LORO	04346-99	
	POTRERO DE PALMA	HATO COROTU	236-07	ROMI SANTOS
	ALTO CAMARON	HATO COROTU	241-07	DANIEL GARCIA
	QUEBRADA LORO	QDA. LORO	367-00	ROBERTO PINTO
	ALTO NANCITO	HATO JULI	1194-09	LIVIA SANJUR
	QDA. FRIJOL	HATO PILON	507-10	MARIO RODRIGUEZ

NOLEDUIMA	CERRO IGLESIA	CERRO IGLESIA	2020	ALEJANDRO GONZALES
	OMA	SUSAMA	160-2012	RUBEN ANDRADE
	OLA	LAJERO	258-07	RAIZA TUGRI
	HATO CHAMI	HATO CHAMI		DANIEL RODRIGUEZ
	BOCA DEL MONTE	HATO CHAMI	383-02	
	HATO RINCON	JADEBERI	382-02	
	HATO RATON	JADEBERI	230-01	
	SABANITA	SUSAMA	243-05	SAMUEL GUILLEN
	HATO HORCON	LAJERO	445-05	BENERITO GALLARDO
	CERRO CONCHA	SUSAMA	066-06	GABINO SANTO
	QDA. BRIGUNI	CERRO IGLESIA	1195-09	ARCENIO GIRON
	RIO SANTIAGO	LAJERO	009-2012	BENJAMIN SIRE
	QDA. GUABO	SUSAMA	010-2012	CATALINO MONTEZUMA
	QDA. HONDA	LAJERO	011-2012	ANIBAL AMADOR
	CERRO DUIMA	CERRO IGLESIA	014-2012	CHOCHI CUBABO
MUNA	TIJERA	CHICHICA	0625-98	
	LLANO ÑOPO	ROKÄ	1080-2012	ROGELIO CARPINTERO
	CERRO PUERCO	CERRO PUERCO	178-2012	CARMELA TUGRI
	ALTO	ALTO	248-05	

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSAF

	CABALLERO	CABALLERO		
	PEÑA BLANCA	PEÑA BLANCA	2121-2012	RUBIELA JAVILLA
	CERRO ALGODÓN	CHICHICA	334-00	
	CERRO MOSQUITO	ALTO CABALLERO	245-05	SIMON PINZON
	ALTO Balsa	KRÜA	1525-2010	CANDIDO SANTO
	SITIO PRADO	SITIO PRADO	237-05	
	CHICHICA	CHICHICA	604-04	
	UMANI	UMANI	609-04	CRISTINO TALIN
	LOS SANTOS	NIBRA	442-05	ROGELIO SANTO
	LLANO MAJAGUA	MARACA	443-05	FRANSISCO SANTOS
	CERRO ORTIGA	CERRO PUERCO	444-05	PACO TUGRI ZURDO
	CERRO CEÑIZA	CERRO PUERCO	449-05	MARIANO ZURDO
	LLANO ZONSO	ROKÄ	2123-2012	HERIBERTO MIRANDA
	CERRO MAIZ ARRIBA	NIBRA	450-05	EDILMA ORTEGA
	LLANO JUNCO	CERRO PUERCO	060-06	NATANAEL MONTERO
	CERRO BANCO	CERRO PUERCO	058-06	BENJAMIN TUGRI
	LLANO TUGRI	PEÑA BLANCA	059-06	SILVIA SALINA
	CERRO CAÑA	CERRO CAÑA	249-05	MAXIMO GARCIA
	PIEDRA PINTADA	BAKAMA	240-07	ESTEBAN MENDOZA
	ALTO CASTILLO	UMANI	599-04	DIOSELINA CRON
	PALMA GIRA	UMANI	420-08	LUCIANO MARIANO
	BAJO MOSQUITO	SITIO PRADO	600-04	TOMAS CARPINTERO
	SAN CRISTOBAL	SITIO PRADO	23-05	SEBASTIAN FLORES
	QDA. ARENA	UMANI	432-08	LORENZO SALINA
	GUACAMAYA	ROKÄ	433-08	EMILIO JAVILLA
	QDA. PLATA	UMANI	435-08	AGUSTIN

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSAF

				SANTO
	LLANO MAJAGUA	MARACAS	318	DIONICIO SANTOS
	GUAYABAL	PEÑA BLANCA	2115-2012	OMELIO QUINTERO
	CONEJITO	ROKÄ	2116-2012	ROLANDO JIMENEZ
	ALTO CONEJO	ROKÄ	2117-2012	VIELKA SALINA
	LLANO BONITO	ROKÄ	2118-2012	MARCIADIQUE SALINA
	LLANO TUGRI	PEÑA BLANCA	2120-2012	JOSE GALLARDO
	CERRO GRITO	CHICHICA	630-2013	LUIS CASE CEDEÑO
	LLANO PALMA	CHICHICA	631-2013	SANTO CARPINTERO
	CERRO CRUZ	CHICHICA	632-2013	BOLIVAR SANTO
	CERRO ALGODÓN	DIKERI	633-2013	SIXTO JIMENEZ
	ALTO CAÑAZA	CERRO PUERCO	634-2013	HILARIO PINTO
	CERRO COCO	CHICHICA	638-2013	MARTIN SALINA M.

ÑURUM	VIRIGUA	GUIBALE	064-06	HIPOLITO BORDONES
	GUACAMAYA	GUIBALE	1196-09	JAVIER BORDONES
	CABEC. DE SAN PABLO	GUIBALE	062-06	FLORENTINO SANTO
	LLANO DE DIOS	GUAYABITO	179-2012	
	LAS MESITAS	EL VALE	108-02	
	VIRIGUA N°	GUIBALE	063-06	PEDRO FLORES B.
	CABEC. DE VIRIGUA	GUIBALE	1205-09	NARSISO SANTOS
	EL PIRO N°1	EL PIRO	2122-2012	REGINO ACOSTA
	CANA BLANCA	GUAYABITO	1200-09	NARSISO SANTO
	EL COPE	AGUA DE SALUD	1201-09	FELIX A. RODRIGUEZ
	EL TIGRE N°2	AGUA DE SALUD	1202-09	SENON RODRIGUEZ

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSF

	EL NARANJO	CERRO PELADO	509-10	ISAAC MORALES
	LOS GUARUMOS	EL PAREDON	1206-09	RICARDO VASQUEZ
	ALTO GALERA	GUAYABITO	015-2012	QUITO CARPINTERO

Fuente: Equipo Regional

Anexo 8. Situaciones de alerta y mitigación de las mismas

Agente de Riesgo	Riesgo	Mitigación	Responsable
Promotores Voluntarios de Salud	Comunidades sin promotores voluntarios asignados, lo que afecta la difusión del Programa de apoyos comunitarios y el seguimiento a las mujeres embarazadas.	<p>Actualización de la información por comunidad y grupo poblacional de cada Comarca</p> <p>Realización de convocatoria de promotores voluntarios previa a la implementación.</p> <p>Levantamiento del perfil del promotor voluntario.</p>	Dirección Regional de Salud y Dirección de Promoción
CONE Básico habilitado Y Red Itinerante	Distribución a destiempo de bonos	<p>Elaboración de un procedimiento de distribución y cronograma entre las entidades responsables de la emisión de bonos y las entidades receptoras.</p> <p>Tener responsables designados por cada entidad involucrada en el procedimiento de la distribución de bonos.</p> <p>Monitorear el flujo de distribución en cada CONE Básico habilitado y red itinerante, realizando cortes trimestrales.</p> <p>Estandarizar y calendarizar los tiempos de solicitud de bonos así: , avisan al responsable de la DRS cuando lleguen al 30% de entrega de bonos entregados en la comunidad, solicitando una nueva provisión.</p>	DRS y CONE Básico habilitado
MINSA - UGSAF	Migración de población hacia las áreas donde opera el programa de apoyos comunitarios	<p>Coordinar con las autoridades locales para tener actualizados los censos de empadronamiento de la población de la comunidad.</p> <p>Contar con listados actualizados de las embarazadas que se encuentran nominalizadas.</p> <p>Información constante y precisa hacia la población sobre las condiciones de acceso y uso de los apoyos comunitarios.</p> <p>Hacer cumplir las condiciones para el acceso y uso de los diferentes apoyos comunitarios.</p>	MINSA

**DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSAF**

MINSA - UGSAF	La mujer embarazada no hace uso de los bonos para control prenatal y /o parto institucional	<p>Asegurar que la comunidad cuenta con un promotor voluntario de salud, que brinde información a las mujeres embarazadas.</p> <p>Involucrar a los transportistas de la zona desde la creación de la ruta de salida de las embarazadas para asegurar la disponibilidad de transporte. (ej: creación de turnos)</p> <p>Monitorear las actividades de búsqueda activa, difusión y /o seguimiento, que está realizando el promotor voluntario de salud. (cobertura y calidad)</p> <p>Implementar un mecanismo alternativo de información masivo o selectivo hacia la mujer embarazada, su familia y comunidad.</p> <p>Aumentar la cantidad de promotores voluntarios de salud (en caso de tratarse de un problema relacionado con capacidad de cobertura).</p> <p>Realizar grupos focales con las mujeres embarazadas para indagar causas. Ej: El valor del subsidio está subestimado, alza inesperada en los costos el transporte, o si se trata de una situación relacionada con la oferta del servicio.</p>	Dirección de Promoción, CCPT, Supervisor de PVS y DPSS
MINSA - UGSAF	Falsificación de bonos	<p>Monitoreo constante entre los registros de distribución vs los de canje de bonos que tienen las Unidades Básicas de atención.</p> <p>Involucrar a las autoridades locales para apoyar la toma de decisiones sobre posibles soluciones a la situación.</p>	DPSS
Custodio de Caja Menuda	Desembolsos a destiempo, ocasionando retraso en pagos y canje de bonos.	Monitorear la operación y el flujo financiero, siguiendo los tiempos de reporte.	DPSS
CONE Básico habilitado, PVS	Falta de coordinación con otras estrategias, trae desinformación y	<p>Reuniones de los responsables de cada estrategia en campo para coordinar acciones.</p> <p>Establecer responsables del flujo</p>	MINSA- UGSAF

DISEÑO, ARREGLOS DE FUNCIONAMIENTO Y APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE INCENTIVOS
COMUNITARIOS. VERSIÓN FINAL- AJUSTES UGSAF

	desorganización al programa de apoyos comunitarios	de comunicación con otras estrategias como: Plan de Parto y SURCO.	
Mujeres embarazadas	CONE Básicos sin habilitar	Tener habilitados los CONE antes de iniciar la implementación. Haber levantado el manual de administración con Contraloría.	MINSA – UGSAF