

ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DE COBERTURAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD¹

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

Para el desarrollo de la EFC-APS se ha contado con el apoyo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a través de proyectos de desarrollo social. Concretamente, por 20 años (desde 1995), el MINSA ha estado implementando la EFC-APS, y su predecesor la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC). Esta implementación ha venido en tres etapas:

Etapas 1 (1995-2002): entrega del Paquete Básico de Salud Integral y Nutrición (PBSIN), gestionado a través del Proyecto de Salud Rural (Fase 1 y 2), denominado Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC).

Etapas 2 (2003-2008): provisión del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS), gestionado a través del Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud (Fase 1), bajo el marco de la EEC.

Etapas 3 (2009-2012): provisión del Paquete de Atención integral de Servicios de Salud Fortalecido Atención Integral de la Niñez en la Comunidad (PAISS+N) y la Protección en Salud para Poblaciones Vulnerables (PSPV), respectivamente, a través del Proyecto de Protección Social (BID) para las comarcas indígenas y del Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño del Sector Salud (Banco Mundial) para las áreas rurales no indígenas, bajo el marco de la EEC.

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

¹ Resumen del Reglamentos Operativos (Abril 2015) para la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas de la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas de Atención Primaria en Salud, publicados por el Ministerio de Salud de la República de Panamá.

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

Población Beneficiaria

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

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

La Cartera de Prestaciones Priorizadas

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

Intervenciones generales		Principales áreas de salud abordadas
Servicios de promoción	Saneamiento ambiental Educación para la salud Educación sobre alimentación y nutrición Participación comunitaria	Enfermedades infecciosas (enfermedad diarreicas y respiratorias) e inmune transmisibles, salud materno infantil, nutrición, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades de la piel, malaria, tuberculosis, leishmania
Servicios de prevención	Inmunizaciones Control prenatal, referencia parto, control puerperal Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario Papanicolaou Examen de mamas Administración de anticonceptivos	
Servicios de atención	Prestación preventiva de hierro y ácido fólico, complementos alimentarios Administración de medicamentos Manejo de urgencias	

Mecanismos de Gestión

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

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

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

Sistema de Información. Cada Equipo de Gestión lleva el registro de actividades, haciendo uso de los instrumentos primarios del MINSA. La captación y registro se lleva a cabo en el lugar donde se preste el servicio de atención. El prestador es responsable de sistematizar la información captada durante la atención en el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) y en el sistema de estadística de salud (SIES), ambos entregados por el MINSA.

Presentan cinco tipos de informes: (i) Informe inicial; (ii) Informes mensuales; (iii) Informes de ronda; (iv) Informes semestral, e (v) Informes anuales.

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

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

Sistema de Auditoría Técnica y Social

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

Sistema de pago per cápita y desempeño

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

Logros en coberturas por ronda. Las coberturas por ronda están determinadas por los logros en: (i) comunidades visitadas; (ii) población protegida; (iii) población atendida general; (iv) población atendida menor de 24 meses; y (v) días de atención.

Logros en las metas de indicadores de evaluación semestral. La DPSS, en conjunto con las DRS, establece semestralmente las metas de los indicadores de evaluación para la

provisión de la CPP. Las metas para los indicadores de monitoreo y evaluación están fijadas en todos los casos, en forma anticipada al semestre correspondiente al que se refieren. Las metas establecidas están públicas. Para determinar el logro alcanzado en las metas acordadas, la UBA entrega, como parte de los informes de ronda, los resultados del alcance de las metas pactadas semestralmente. La DPSS revisa, al finalizar la ejecución de la 2a, 4a y 6a rondas los expedientes y/o la base de datos de la UBA, por grupo poblacional, con el fin de obtener el porcentaje indicador de la cobertura lograda. Este porcentaje indicador servirá al MINSA para determinar el logro de la meta anual que se haya alcanzado.

Cada uno de los indicadores individuales que lo integran tiene un valor relativo o peso ponderal correspondiente al pago del proveedor. Las evaluaciones de los indicadores se harán de forma individual para cada grupo poblacional. El criterio de cumplimiento de los indicadores de monitoreo y evaluación es binario: la información provista establece si una meta se ha cumplido o no se ha cumplido al final del semestre evaluado. A continuación se muestran los diez (10) indicadores de evaluación semestral:

1. Porcentaje de mujeres embarazadas que al final del 3er trimestre de gestación hayan completado al menos tres (3) controles prenatales (por lo menos 1 por cada trimestre de gestación).
2. Porcentaje de mujeres embarazadas captadas.
3. Porcentaje de mujeres embarazadas con 2da dosis o refuerzo de TT o TD (vacunación adecuada según la norma).
4. Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado.
5. Porcentaje de mujeres de 20 años y más a las que se les realiza una toma de muestra de citología cérvico-vaginal anual.
6. Porcentaje de niños y niñas menor de un año con 4 o más controles de crecimiento y desarrollo.
7. Porcentaje de niños y niñas menor de un año con esquema de vacunación completo para su edad.
8. Porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años que tienen al menos dos controles de crecimiento y desarrollo realizados durante el período de prestación evaluado.
9. Porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años con esquema de vacunación completo para su edad.
10. Porcentaje de sintomáticos respiratorios captados.

Cada indicador tiene metas semestrales que serán monitorizadas y analizadas. Estas metas, de forma acumulada, constituyen la meta anual de cumplimiento para cada indicador. El monitoreo y análisis de cada uno requiere la identificación de los beneficiarios que, al finalizar cada semestre, cumplan con todos los elementos técnicos señalados en cada numerador y que, por tanto, hayan recibido adecuadamente los servicios pactados.

La medición de los resultados alcanzados en los diferentes indicadores de evaluación se contrastará con las metas convenidas. De este modo, se premiará el cumplimiento de los resultados previstos. Cuando la UBA no haya alcanzado un grado de cumplimiento de al menos cuatro (4) de las metas establecidas durante dos (2) semestres consecutivos, el MINSA

solicitará un plan de acción para corregir la situación, cuyo incumplimiento acarreará las sanciones y penalidades.

Financiamiento

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

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

Sistema de pago. A cada proveedor se le paga por ronda efectuada, previa presentación del informe de ronda a la DRS y aprobado por la DPSS, en base al logro de las coberturas alcanzadas por ronda. Semestralmente, se realiza la evaluación de los indicadores de desempeño y se paga la parte asociada a éstos dependiendo de los resultados de la evaluación. Al final del contrato, se realiza la auditoría social, sobre cuyos resultados se paga la porción asociada a ésta.

El monto total del convenio con cada OE o DRS prestadora de GI está establecido por cada UBA contratada según grupo poblacional y está dividido en: (i) cincuenta y dos por ciento (52%) de transferencia fija a pagar por el logro de las coberturas por ronda; y cuarenta y ocho (48%) de transferencia complementaria dividida en (ii) treinta y ocho por ciento (38%) a pagar por el logro de las metas de los indicadores de desempeño semestrales; y (iii) diez por ciento (10%) a pagar por los resultados de la auditoría social².

Pago por ronda. El cincuenta y dos por ciento (52%) del monto total del contrato es dividido en seis (6) pagos, que corresponden a las seis (6) rondas que debe realizar la UBA en la vigencia del contrato. Si en cada ronda la UBA no cumple con:

- El 85% de comunidades visitadas,
- El 80% de población protegida,
- El 50% de población atendida general del total de población protegida para la ronda evaluada,

² No obstante, se realiza un pago inicial, en concepto de anticipo, por una cantidad equivalente al veinte por ciento (20%) del monto total del convenio, el cual se deduce de los pagos correspondientes al logro de los indicadores de cobertura y desempeño, hasta tanto el anticipo se haya amortizado en su totalidad. Incluyendo al anticipo, el porcentaje del contrato se divide en: (i) 20% de anticipo; (ii) 42% en indicadores de cobertura, por 7% por ronda; (iii) 30% en indicadores de desempeño; y (iv) 8% en la auditoría social.

- El 80% de población atendida menor de 24 meses, y
- Se brindaron al menos 38 días de atención directa a la población, de acuerdo a las visitas del cronograma aprobado.

Se hace un ajuste al monto total que se ha de pagar por ronda en función de la cobertura efectiva de comunidades visitadas, población protegida, población atendida general, población atendida menor de 24 meses y días directos de atención a la población.

Pago por logros en indicadores de evaluación semestral. Adicionalmente a los pagos por ronda, se paga por el logro, por parte de la UBA, de metas en los indicadores de desempeño para cada grupo poblacional. La cifra máxima a pagar por este concepto es del treinta y ocho por ciento (38%) del monto total del contrato y se divide en dos (2) pagos iguales correspondientes a la evaluación semestral del logro de las metas alcanzadas.

Para determinar el logro alcanzado en las metas acordadas, la DPSS realiza la evaluación correspondiente y determina el resultado logrado por la UBA para cada indicador. Para determinar el importe del pago que corresponde a la UBA al finalizar el semestre en evaluación, en concepto del logro de indicadores en base a la meta semestral acordada entre el MINSA y la UBA, se toma en consideración los resultados de cada indicador si han alcanzado la meta o no. En caso de no alcanzar la meta, no se le asigna el valor ponderal del indicador, por lo cual, el porcentaje de pago corresponde a la suma de los valores ponderables de los indicadores que hayan alcanzado la meta, multiplicado por el porcentaje de pago correspondiente.

Pago por auditoría social. El pago del 10% del importe del contrato está sujeto a la auditoría social cuyos resultados se conoce al finalizar la ejecución anual de los contratos para la provisión de la CPP. Al evaluarse los resultados de las encuestas, se obtienen cifras en el rango de 0 a 5 puntos (esta última constituye la evaluación más alta). Sólo se paga si la calificación promedio alcanza o supera el 60%, o tres (3) puntos. El pago que corresponde realizar a la OE se determina con base al promedio de las evaluaciones recibidas, como se detalla a continuación:

Cálculo del Pago por Satisfacción de los Beneficiarios, Según la Auditoría Social	
Resultados de la auditoría social	Porcentaje del 5% que corresponde pagar al proveedor
De 4 hasta 5	Pago del 100% del 5%
De 3 a menos de 4	Pago del 60% del 5%
Menos de 3	Pago de 0% del 5%