

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**PANAMÁ**

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS  
DE SALUD**

**(PN-L1115)**

**PROPUESTA DE PRÉSTAMO**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Leonardo Pinzón Enciso (SCL/SPH) jefe de equipo, Emma Sánchez-Monín (SPH/CNI); Matilde Neret (SCL/SPH); Beatriz Uribe (CID/CPN); Carmen Albertos (SCL/GDI); Annie Smith (SPH/CPN); Carolina González (SCL/SPH); Carolina Freire (SPH/CPN); Luis Tejerina (SPH/CHO); Jaime Rodríguez (SPH/CPN) Ezequiel Cambiasso (FMP/CPN), Juan Carlos Dugand (FMP/CPN); Pilar Jiménez de Arechaga (LEG/SGO); Isabel Nieves y Danilo Fernández consultores; Sergio Quiroz (CID/CPN); y Martha Guerra (SCL/SPH).

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN DEL PROYECTO.....</b>	<b>1</b>
<b>I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....</b>	<b>2</b>
A. Antecedentes, Problemática y Justificación.....	2
B. Objetivos, Componentes y Costo .....	10
C. Indicadores Claves de Resultados .....	13
<b>II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS.....</b>	<b>13</b>
A. Instrumentos de Financiamiento.....	13
B. Riesgos Ambientales y Sociales.....	13
C. Riesgos Fiduciarios .....	14
D. Otros Riesgos del Proyecto .....	14
<b>III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....</b>	<b>15</b>
A. Resumen de los Arreglos de Implementación .....	15
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados.....	17

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

ENLACES ELECTRÓNICOS
<b>REQUERIDOS</b>
1. <a href="#">Plan de Ejecución Plurianual (PEP)</a>
2. <a href="#">Plan de Monitoreo y Evaluación</a>
3. <a href="#">Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS)</a>
4. <a href="#">Plan de Adquisiciones</a>
<b>OPCIONALES</b>
1. <a href="#">Análisis Económico</a>
2. <a href="#">Presupuesto Detallado y Programación de Desembolso</a>
3. <a href="#">Reglamento Operativo para la Provisión de Servicios de Salud</a>
4. <a href="#">Rutas de Impacto</a>
5. <a href="#">Estudio de Análisis de Redes Sociales Panamá</a>
6. <a href="#">Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales CONE</a>
7. <a href="#">Estrategia de Cambio de Comportamiento</a>
8. <a href="#">Estrategia de planificación familiar y anticoncepción</a>
9. <a href="#">Estrategia de casas maternas, albergues y casas de acudientes</a>
10. <a href="#">Plan de Parto</a>
11. <a href="#">Manual del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil PACO</a>
12. <a href="#">Plan de Agua</a>
13. <a href="#">Modelo de financiamiento per cápita y pago por desempeño</a>
14. <a href="#">Filtro de Política (SPF) y Formulario de Evaluación de Salvaguardia para la Clasificación de Proyectos (SSF)</a>

ABREVIATURAS	
AIN-C	Atención Integral de la Niñez en la Comunidad
APLAFA	Asociación Panameña para la Planeamiento de la Familia
ATE	Auditoría Técnica Externa
AVADs	Total de Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CODIPRO	Comité Directivo del Programa
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CPP	Cartera de Prestaciones Priorizadas
CSS	Caja de Seguro Social
DRS	Direcciones Regionales de Salud
EBP	Estrategia del Banco con el País
EFC-APS	Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas de Atención Primaria en Salud
ENT	Enfermedades No Transmisibles
GP	Grupos Poblacionales
IGAS	Informe de Gestión Ambiental y social
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
MINSA-CAPSI	Centros de Atención Primaria en Salud Innovadores
NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Organizaciones Extra institucionales
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
PACO	Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil
PEP	Plan de Ejecución Plurianual
PF	Planificación Familiar
PIB	Producto Interno Bruto
PPB	Padrón de Población Beneficiaria
SEIS	Sistema Electrónico de Información de Salud
SENACYT	Secretaría Nacional de Ciencias, Tecnología e Innovación
SIES	Sistema de Información Estadística de Salud
SIREGES	Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud
TICs	Tecnología de Información y Comunicación
UBA	Unidad Básica de Atención
UGSAF	Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**PANAMÁ**  
**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD**  
**(PN-L1115)**

Términos y Condiciones Financieras				
<b>Prestatario:</b> República de Panamá			<b>Facilidad de Financiamiento Flexible<sup>(a)</sup></b>	
			<b>Plazo de amortización:</b>	20 años
<b>Organismo Ejecutor:</b> Ministerio de Salud (MINSAL)			<b>VPP original:</b>	12,75 años
			<b>Período de desembolso:</b>	5 años
<b>Fuente</b>	<b>Monto (US\$)</b>	<b>%</b>	<b>Período de gracia:</b>	5,5 años
<b>BID (CO):</b>	140.000.000	80	<b>Comisión de inspección y vigilancia:</b>	(b)
<b>Local:</b>	34.000.000	20	<b>Tasa de interés:</b>	Basada en LIBOR
			<b>Comisión de crédito:</b>	(b)
<b>Total:</b>	174.000.000	100	<b>Moneda de aprobación:</b>	Dólares estadounidenses con cargo al Capital Ordinario (CO)
Esquema del Proyecto				
<b>Objetivo del proyecto/descripción:</b> El objetivo del programa es mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, y contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil y de las enfermedades no transmisibles (ENT) a través de una mayor cobertura y calidad de los servicios de salud.				
<b>Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento:</b> (i) Presentación, por parte del prestatario a satisfacción del Banco, de evidencia que: (a) ha aprobado y puesto en vigencia el Manual Operativo del programa; (b) ha aprobado y puesto en vigencia la actualización del Reglamento Operativo para la Provisión de Servicios de Salud (ver ¶ 3.3); y (ii) ha contratado la Auditoría Técnica Externa (ATE) del programa (ver ¶ 3.10).				
<b>Condiciones contractuales especiales de ejecución:</b> (i) la presentación por parte del prestatario, a satisfacción del Banco, del informe de la ATE determinando que se cumplieron los indicadores de cobertura, desempeño y satisfacción y que no se detectaron prácticas prohibidas 90 días después de finalizado cada semestre calendario (ver ¶ 3.10); y (ii) previo a convocar a la licitación para la construcción o rehabilitación de cada obra de las infraestructuras de salud, se deberá presentar al Banco evidencia de que se cuenta con la posesión legal del terreno donde se construirá la obra así como las demás condiciones del Informe de Gestión Ambiental y Social IGAS (ver ¶ 2.2).				
<b>Excepciones a las políticas del Banco:</b> Ninguna				
<b>El proyecto califica<sup>(c)</sup>:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>SV <input checked="" type="checkbox"/></span> <span>PE <input checked="" type="checkbox"/></span> <span>CC <input type="checkbox"/></span> <span>CI <input type="checkbox"/></span> </div>				

- <sup>(a)</sup> Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FN-655-1) el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa de interés. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales y de manejo de riesgos.
- <sup>(b)</sup> La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes.
- <sup>(c)</sup> SV (Países Pequeños y Vulnerables), PE (Reducción de la Pobreza y Aumento de la Equidad), CC (Cambio Climático, Energía Sostenible y Sostenibilidad Ambiental), CI (Cooperación e Integración Regional).

## I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

### A. Antecedentes, Problemática y Justificación

#### 1. Desigualdades socio-económicas y su impacto en la salud y nutrición

- 1.1 **Panamá registra altas tasas de crecimiento económico<sup>1</sup> junto con altos niveles de desigualdad en el ingreso per cápita.** Aún cuando el coeficiente de Gini de la distribución del ingreso se redujo en cinco puntos entre 2002 y 2012, (de 0,56 a 0,51), la desigualdad sigue siendo muy elevada. Existen amplias brechas entre las áreas urbanas por un lado, y rurales de difícil acceso e indígenas por el otro<sup>2</sup>. En áreas rurales la incidencia de pobreza y pobreza extrema en 2014 fue de 49,7% y 26,3%, contra 13,8% y 3,3% en áreas urbanas<sup>3</sup>.
- 1.2 **Al mismo tiempo, Panamá experimenta una transición epidemiológica y demográfica.** La prevalencia de enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y deficiencias nutricionales está disminuyendo, mientras se registra un aumento de las enfermedades crónicas degenerativas, que se debe en parte al envejecimiento de la población<sup>4</sup>, así como a estilos de vida no saludables. De acuerdo con datos del año 2013 del estudio de carga de enfermedad mundial, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) representaron para Panamá el 75% del total de las muertes; las enfermedades infecciosas, maternas, neonatales y nutricionales el 13% y los accidentes y las lesiones el 12%<sup>5</sup>. Al analizar los grupos de ENT, entre el 2002 y 2013 la tasa de mortalidad por cáncer pasó de 65,7 a 79,8 por cada 100 mil habitantes. El aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas presenta un desafío importante al sector salud, requiriendo mejoras en la provisión de servicios y en el desarrollo de propuestas que tomen en cuenta los factores de riesgo epidemiológico.
- 1.3 **Pero la transición epidemiológica no es un patrón homogéneo en todo el país.** El peso de las afecciones sobre la salud materna, perinatal, las deficiencias nutricionales y las enfermedades transmisibles representa una parte todavía importante de la mortalidad en áreas rurales de difícil acceso y en comarcas indígenas. Panamá registra altas incidencias de muerte materna e infantil, y un aumento en la incidencia de desnutrición crónica.
- 1.4 Desde 1990 y hasta el 2013, la razón de mortalidad materna se incrementó de 53,4 a 55,6 muertes por cada cien mil nacidos vivos (NV). En la comarca indígena de Ngäbe Buglé la mortalidad materna alcanza 248 defunciones por cada cien mil NV, cifra cinco veces superior a la registrada a nivel nacional para el año 2013<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> El Producto Interno Bruto (PIB) creció entre 2007 y 2013 a un promedio de 7,8%. El de la región de América Latina y El Caribe fue de 3,1%.

<sup>2</sup> Existen cinco comarcas indígenas, tres son provincias: Guna Yala, Emberá Wounaan y Ngäbe Buglé.

<sup>3</sup> Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), 2014.

<sup>4</sup> En el 2000, habían 8,6% personas mayores de 60 años y el 10,4% en 2013. Instituto Nacional de Censo y Estadística (INEC).

<sup>5</sup> Estudio Mundial Carga de Enfermedad, 2013. Instituto para la Salud, Métricas y Evaluación, Universidad de Washington, 2013.

<sup>6</sup> MINSA, 2015.

- 1.5 Por otro lado, los esfuerzos para reducir la mortalidad infantil han dado resultados parciales por cuanto el país no logró cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 6,3 muertes por mil NV. Entre 1990 y 2013, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 18,9 a 16,0 muertes por cada mil nacimientos mientras que en la Comarca Guna Yala alcanzó 31,5 por cada mil NV<sup>7</sup>. Estos rezagos se explican en gran parte por las desigualdades en el acceso a las intervenciones básicas de salud pública, así como por el uso y la calidad insuficientes de los servicios.
- 1.6 En cuanto a la situación nutricional de mujeres y niños, Panamá experimenta una transición, de una situación caracterizada por carencias nutricionales (desnutrición crónica infantil y deficiencias de micronutrientes), a un escenario donde coexisten estas carencias con el sobrepeso y la obesidad. La transición es más notoria en las comarcas indígenas. Las mujeres enfrentan pandemia de sobre peso y obesidad, alcanzando una prevalencia combinada de 64,6% en el 2010<sup>8</sup>. En cuanto a los menores de cinco años, el principal problema de carencias es la desnutrición crónica, que alcanza el 56% en comarcas indígenas, tres veces la prevalencia nacional. Al mismo tiempo, el país da señales que el sobrepeso y la obesidad en niños menores de cinco años, constituyen ya problemas de salud pública.
- 1.7 **La organización actual de la provisión de los servicios de salud conlleva ineficiencia en el uso de los recursos y una falta de continuidad en la atención.** La provisión de servicios de salud del país la ofrecen el sector público y el sector privado. El primero, alcanza una cobertura de cerca del 90% de la población y el privado alcanza cerca del 5% de la población. El sector público está constituido por el Ministerio de Salud (MINSa) y la Caja de Seguro Social (CSS), que atienden el 60% y el 40% de los usuarios del sector público respectivamente. El MINSa cumple la función de rector del sistema de salud, presta servicios a las personas sin seguridad social, así como proveer de medicamentos e insumos necesarios a sus usuarios. Actualmente el MINSa cuenta con 12 Direcciones Regionales de Salud (DRS) y atiende a poblaciones pobres, pobres extremas y a población ubicadas en áreas de difícil acceso<sup>9</sup>. Los tres niveles de atención son: (i) un primer nivel con recursos organizados para resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de salud en donde se incluyen los puestos, sub-centros y centros de salud; así como Organizaciones Extra institucionales (OE)<sup>10</sup> contratadas por el MINSa que atienden de forma itinerante a comunidades de difícil acceso; (ii) un segundo nivel que incluye a las policlínicas, poli-centros, MINSa-CAPSI<sup>11</sup>, hospitales rurales y regionales; y (iii) un tercer nivel compuesto por hospitales nacionales de alta complejidad y capacidad de resolución. En el primer nivel de atención las instalaciones fijas del MINSa tienen mayores restricciones para planificar y

---

<sup>7</sup> INEC, Estadísticas Vitales.

<sup>8</sup> Muestra sub nacional. MINSa.

<sup>9</sup> Las áreas de difícil acceso se mide en tiempo mayor o igual de una hora a centros de atención de la red fija del MINSa (presencia mínima de un médico y una enfermera, en horario de lunes a viernes y de ocho horas diarias).

<sup>10</sup> Las OE son organizaciones de carácter social, autónomas jurídicamente aptas para ser contratadas por el MINSa, para proveer servicios de salud

<sup>11</sup> Los MINSa-CAPSI (Centros de Atención Primaria en Salud Innovadores) son instalaciones del MINSa del primer nivel de atención con el mayor grado de complejidad.

hacer seguimiento a la prestación de servicios, así como para la adquisición oportuna de insumos y la contratación de personal de salud<sup>12</sup>. De igual forma las OE requieren trabajar coordinadamente con las instalaciones del MINSA en la medida que deben atender a la misma población, según su capacidad resolutive. Esto ocasiona ineficiencias en el proceso de diagnóstico, referencia y continuidad en la atención en los pacientes que tienen un menor acceso a servicios de salud.

## **2. Avances y respuesta reciente del Gobierno de Panamá hacia una mayor cobertura y equidad en los servicios de salud**

- 1.8 Como respuesta a estas desigualdades en el acceso a servicios de salud, y con el fin de mejorar la cobertura y calidad los servicios de salud, a partir del 2013 se viene implementando la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas de Atención Primaria en Salud (EFC-APS). La Estrategia provee una Cartera de Prestaciones Priorizada (CPP) de prevención, promoción y atención en salud con énfasis en un componente de comunicación educativa para el cambio de conductas de alimentación infantil denominado Atención Integral de la Niñez en la Comunidad (AIN-C). La CPP es prestada a través de: (i) contratos entre las OE y el MINSA que atienden comunidades de difícil acceso, constituyendo la red itinerante<sup>13</sup>; y (ii) convenios de gestión entre el MINSA y sus DRS, que hacen uso de sus instalaciones, conformando la red fija. La EFC-APS cuenta con un [modelo de financiamiento combinado de pago per cápita<sup>14</sup> y por desempeño<sup>15</sup>](#) a los proveedores, modelo que ha logrado paulatinamente generar incentivos que se han traducido en la mejora de la eficiencia en la entrega de servicios<sup>16</sup>.
- 1.9 El BID ha venido apoyando la EFC-APS por medio del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (Préstamo 2563/OC-PN) y la Iniciativa SM2015 (Donación GRT/GE-13116). El Préstamo 2563/OC-PN, que focaliza sus acciones en comunidades de difícil acceso y en comarcas indígenas, ha alcanzado desembolsos que superan el 75%. Entre los logros del Programa están: (i) la ampliación de la cobertura a un total de 352 mil panameños, incluyendo a 78 mil afrodescendientes, 88% más que en el 2012; (ii) el mejoramiento de la calidad en la prestación, dado por la transformación y habilitación de puestos y sub-centros de salud y por la rehabilitación de 10 centros; (iii) la introducción de la modalidad de pago por desempeño en la red fija; (iv) el diseño y puesta en marcha dentro del MINSA de

---

<sup>12</sup> La adquisición de insumos médicos puede tomar entre 9 y 12 meses. La contratación de personal de salud hasta nueve meses. Reportes de ejecución 2563/OC-PN.

<sup>13</sup> Se agrupan en Grupos Poblacionales (GP).

<sup>14</sup> Definido como el monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada individuo, el cual corresponde al cálculo del costo unitario promedio de recursos monetarios de la provisión de la CPP, asociado a cada beneficiario por un año.

<sup>15</sup> Definido en función de: (i) logros de cobertura: comunidades visitadas, población protegida, población atendida y los días de atención; y (ii) en el cumplimiento de indicadores de desempeño y calidad de los servicios.

<sup>16</sup> El pago por desempeño puede ser efectivo para aumentar la producción de servicios como inmunizaciones, atención prenatal, parto institucional, y detección temprana de cáncer (Eichler 2009, Rusa 2009, Fairbrother 1999). Puede ser un instrumento para lograr mayor equidad en la medida en que se proveen incentivos para la atención de la población más vulnerable, como es el caso de Argentina con el Plan Nacer (Cortez y Romero 2013) y la Iniciativa SM2015. Marco Sectorial de Salud y Nutrición, BID, Noviembre de 2013.



una estrategia que integra las intervenciones y recursos disponibles para la planificación familiar (PF), cuidados obstétricos, de parto y puerperio, neonatales y de salud infantil y nutrición.

- 1.10 **En un plazo breve, la EFC-APS ha evidenciado las ventajas de un modelo gestionado por desempeño.** La introducción de la modalidad de pago por desempeño ha permitido iniciar la unificación de los servicios ofrecidos en las redes fija e itinerante. Bajo el eje de las Unidades Básicas de Atención (UBA), ha sido posible garantizar servicios a una población de referencia, con gestión territorial, incorporando la consideración de la distancia entre la población y el centro de salud.
- 1.11 Desde su implementación, ya se destaca para la población beneficiaria: (i) un incremento del 62% al 67% en el número de mujeres embarazadas captadas, que al final del tercer trimestre de gestación, habían completado al menos tres controles prenatales; (ii) un aumento de 10 puntos porcentuales en el número de partos atendidos por personal capacitado; (iii) la duplicación en el número de pacientes hipertensos que han recibido tratamiento según la norma; y (iv) un aumento del 21% al 52% en el número de pacientes diabéticos atendidos con el procedimiento que define la norma.
- 1.12 Si bien la red fija y la red itinerante han logrado aumentar la cobertura de servicios, la red itinerante, a través de las OE, ha alcanzado un nivel más alto en sus indicadores de cobertura y desempeño por su mayor flexibilidad en la contratación de personal, insumos y equipos. En el 2014, la red itinerante alcanzó un 90,75% del valor de los contratos por el cumplimiento de los indicadores de cobertura y desempeño. Por su parte, la red fija alcanzó un 36% del valor de los convenios de gestión por el cumplimiento de los indicadores de cobertura y desempeño en el mismo año. Vale destacar, que esta cifra fue superior a la alcanzada en el 2013 (24%), lo que indica que la red fija está demostrando mejoras en la comprensión y socialización del nuevo mecanismo de implementación.
- 1.13 Como parte del apoyo del Programa BID 2563/OC-PN y la Iniciativa SM2015 a la EFC-APS, también se vienen desarrollando intervenciones complementarias para reducir la mortalidad materna e infantil y abarcan todo el ciclo de vida: la preconcepción, la PF y la anticoncepción, el embarazo, el parto y el puerperio y la salud neonatal e infantil. El MINSA ha avanzado en el diseño y aprobación de estas intervenciones y está actualmente en la fase inicial de implementación:
  - a. Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) se configura como una intervención operativa que ha demostrado alta efectividad, organizando la entrega de la cartera de servicios en tres niveles de atención de complejidad y capacidad resolutive creciente desde la comunidad hasta los hospitales.
  - b. El modelo de consejería en PF y anticoncepción y el modelo de cambio de comportamiento, ambos con un enfoque intercultural, se ha diseñado y aprobado con el fin de aumentar la comprensión y la demanda de servicios de PF y de salud materno infantil.

- c. Para aumentar la atención temprana y continua del embarazo y la atención institucional del parto y del puerperio, se diseñó un Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil (PACO). Se brindará un apoyo monetario a las mujeres para trasladarse y hacer uso de los servicios de atención prenatal, atención del parto y del puerperio, de tal forma que los costos de transporte no limiten el acceso a estos servicios de salud<sup>17</sup>.
  - d. Para mejorar el estado de nutrición se desarrolló: (i) la actualización de las Guías para la Atención Integral de la Salud del Niño hasta los nueve años con medidas de atención al niño enfermo. Se ha adecuado la composición del alimento fortificado complementario para niños de 6 a 24 meses, especialmente su contenido de micronutrientes; (ii) la estrategia de comunicación educativa para el cambio de conductas de alimentación infantil AIN-C se viene adecuando según las mejores prácticas internacionales con la incorporación de acciones educativas concretas sobre conductas específicas por el personal de salud en la plataforma institucional; y (iii) un estudio comparativo de aceptabilidad y adherencia de los micronutrientes en polvo para niños de entre 6 y 24 meses, con el fin de evaluar la pertinencia de introducir este producto en sustitución del hierro en solución.
- 1.14 Estas intervenciones de probada costo-efectividad representan importantes avances para mejorar los cuidados maternos e infantiles y es parte de la apuesta que el país viene realizando para la reducción de la mortalidad materna e infantil. El reto principal es lograr su consolidación e institucionalización con el fin de garantizar su sostenibilidad.

### **3. Desafíos de salud pública: cerrar brechas de cobertura, mejorar la calidad e integrar servicios**

- 1.15 **A pesar de los avances, persisten brechas en la cobertura de servicios preventivos de atención primaria y de emergencias para comunidades pobres de difícil acceso.** Para las comarcas indígenas de Guna Yala y Emberá Wuonaan solo el 39% de las mujeres acudieron a cuatro o más atenciones prenatales atendido por médico o enfermera y el 10,8% de los recién nacidos recibieron un control por personal calificado en las primeras 48 horas después del parto. En relación con la vacuna triple viral (sarampión, rubeola y paperas) la encuesta reporta una cobertura del 69% en niños de 12 a 23 meses<sup>18</sup>.
- 1.16 **Se requiere consolidar la integración de la provisión de servicios en el primer y segundo nivel de atención.** A nivel local, en el primer nivel de atención, los proveedores de la red fija y de la red itinerante prestan servicios de manera fragmentada por cuanto es necesario consolidar: (i) la vinculación e integración las estrategias de intervención en los diferentes niveles de atención; (ii) los mecanismos para coordinar la provisión de servicios de proveedores en el territorio; (iii) la capacidad de los proveedores de salud a nivel territorial para planificar intervenciones y para atender poblaciones con mayores dificultades de

---

<sup>17</sup> Se ha documentado el impacto de pagos a pacientes para incentivar el uso de partos institucionales en Bangladesh (Nguyen et al 2012), la demanda de servicios preventivos y materno infantiles en México (áreas urbanas) y Honduras (Glassman et al 2009). Documento de marco sectorial de salud y nutrición, BID 2014.

<sup>18</sup> Línea de Base Iniciativa SM2015 Panamá, 2013.

acceso; y (iv) la aplicación de instrumentos efectivos para monitorear los resultados de los proveedores del sistema.

- 1.17 Avanzar en la integración es importante para obtener ganancias en la eficiencia del sistema a través de una organización explícitamente integrada de la red de servicios<sup>19</sup> que limite las duplicaciones de tareas, propicie la interacción entre actores y niveles y que garanticen el seguimiento al paciente en las fases de diagnóstico, prevención y tratamiento. Como parte de esta red integrada, algunos países han obtenido buenos resultados a través del fortalecimiento de una red de agentes comunitarios, articulada con la red de salud. Esos esfuerzos se deben complementar con un mejor aprovechamiento de los recursos humanos existentes y la conformación de equipos multidisciplinarios con enfoque preventivo<sup>20</sup>.
- 1.18 **Aún se observan limitaciones en la disponibilidad de equipos, insumos o personal en el primer nivel de atención.** Las instalaciones de salud de las áreas rurales de difícil acceso y comarcas indígenas exhiben deficiencias en su infraestructura lo cual compromete la continuidad y calidad en la prestación de los servicios. De acuerdo con una evaluación realizada en 2015 por el BID y el MINSA<sup>21</sup>, entre las deficiencias más frecuentes se encontraron: ausencia de sistemas de agua potable, saneamiento básico o energía y vetustez en paredes, pisos y techos. Dado que gran parte de estas infraestructuras tienen hasta 50 años de construidas, los espacios son inadecuados en tamaño, diseño y distribución respecto de las funciones médicas, e impiden un manejo eficiente de los flujos de actividades a su interior. Las instalaciones incumplen en su mayoría con condiciones mínimas de bioseguridad al no contar con la adecuada disposición de desechos sólidos y hospitalarios. Adicionalmente, el 40% de las instalaciones de salud previstas para la atención del parto no contaban con médicos o enfermeras de forma permanente en horario 24/7.
- 1.19 **Es clave avanzar en intervenciones para reducir las barreras socioculturales de acceso, el bajo nivel de información y la falta de conocimiento sobre temas de salud.** Los resultados de salud materna y neonatal están influenciados por barreras socio-culturales y de acceso económico y geográfico a los servicios. Un estudio de redes sociales que se realizó en las comarcas de Guna Yala y Emberá Wuonaan encontró que los familiares de las mujeres embarazadas tienen influencia decisiva en la decisión de búsqueda de atención durante el embarazo y el parto<sup>22</sup>, encontrándose además que las mujeres y sus familiares tienen una percepción baja del riesgo durante el embarazo. Las mujeres reconocen signos de peligro pero no asocian los mismos con la decisión de búsqueda de ayuda en los servicios de salud porque desconocen las causas y las consecuencias que estas ocasionan en las embarazadas y sus bebés. Los costos de transporte, en especial

---

<sup>19</sup> El enfoque de redes integradas garantiza un mayor acceso a servicios de calidad de manera oportuna, y facilita la continuidad de la atención a través de distintos prestadores y niveles de atención (Kringos et al 2010, Schoen et al 2010, WHO 2008, Starfield et al 2005, Macinko et al 2003).

<sup>20</sup> Países, entre ellos Brasil, Chile, Nicaragua y Ecuador, han conducido esfuerzos para la formación, capacitación y contratación de profesionales organizados en equipos multidisciplinarios, usualmente asociados a programas de medicina familiar y comunitaria (Talbot et al 2009).

<sup>21</sup> Informe sobre el estado de Instalaciones de salud, MINSA-BID, 2015.

<sup>22</sup> Kolodín S. y Rodríguez G. Estudio de Redes Sociales, 2014.

en las vías de comunicación acuática, tal como lo han mostrado los estudios sociales y de barreras, también limitan el acceso a los servicios.

- 1.20 Las prácticas de alimentación y cuidado de mujeres embarazadas y niños menores de dos años son sub óptimas en las tres poblaciones indígenas, contribuyendo a carencias nutricionales durante los primeros años de vida y la acumulación de peso en la edad adulta<sup>23</sup>.
- 1.21 **En resumen, se hace necesario avanzar y consolidar los esfuerzos por optimizar el modelo de atención primaria en salud**, haciendo énfasis en la atención integral de la población, teniendo en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico que atienda no solo enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y deficiencias nutricionales, sino también la atención de ENT.
- 1.22 Es necesario avanzar en la implementación e institucionalización efectiva de los CONE, del PACO y del AIN-C, así como las mejoras en la oferta de servicios. Esto permitirá que el país reduzca la inequidades en el acceso a servicios de salud; disminuya la mortalidad materna e infantil; mejore la nutrición de mujeres y niños, y reduzca el sobrepeso y la obesidad.
- 1.23 Complementariamente, es necesario consolidar reformas sistémicas como la articulación entre los dos oferentes de servicio (fijo e itinerante) en el primer nivel de atención bajo el concepto de UBA, prestando servicios a una población de referencia, con gestión territorial, fortaleciendo la plataforma comunitaria local y la supervisión de los resultados sanitarios a nivel regional y nacional.

#### **4. Relación con otras operaciones del Banco y lecciones aprendidas**

- 1.24 El presente programa es complementario a las intervenciones de la Iniciativa SM2015. Durante su ejecución se demostró que es posible incrementar la disponibilidad permanente de métodos de PF, atención prenatal, atención del parto e insumos para la atención del niño, y mejoras en la disponibilidad 24/7 de médicos y enfermeros en instalaciones de salud. Asimismo, bajo el marco de la Iniciativa, Panamá comenzó la implementación de planes de parto comunitario y planes de calidad de agua y saneamiento.
- 1.25 El presente programa también es complementario al Programa de Agua Potable y Saneamiento Rural e Indígena en Panamá (GRT/WS-13329-PN) que contempla la ampliación y construcción de nuevos sistemas y el fortalecimiento comunitario de juntas y comisiones comarcales de agua que garanticen la sostenibilidad de los sistemas
- 1.26 Por último, se identificarán, conjuntamente con la Secretaría Nacional de Ciencias, Tecnología e Innovación (SENACYT), innovaciones tecnológicas en temas de salud en el marco del Programa de Innovación para la Inclusión Social y La Competitividad (PN-L1117).

---

<sup>23</sup> Op. cit., nota número 12. Además, (i) Montes Molina IM, Lara Mendoza LM. Informe final de investigación formativa: prácticas de cuidado, alimentación e higiene y su mejoramiento en la mujer embarazada, en las regiones indígenas de Guna Yala, Ngöbe Buglé, y Emberá Wounaan. Panamá, 2014.

- 1.27 **Lecciones aprendidas.** Las lecciones aprendidas se resumen así: (i) adelantar un inventario y tipificar los aspectos que afectan el cumplimiento de las metas de los prestadores, tales como demoras en la firma de convenios y en el flujo de los recursos, así como la retroalimentación de resultados, ha sido útil para mejorar paulatinamente la prestación del servicio; (ii) el MINSA ha comprendido la importancia de fortalecer el rol de los actores a nivel comunitario como promotores, parteras y asistentes de salud; (iii) el bajo conocimiento y posicionamiento de la EFC-APS y su impacto entre actores clave genera desconfianza y compromete apropiaciones presupuestarias; y (iv) es importante tener auditorías externa a tiempo para poder retroalimentar al MINSA sobre los resultados del trabajo de sus prestadores de servicios. Estas lecciones se han incorporado en el diseño de la presente operación, en particular: (i) el desarrollo de sistemas gestión, monitoreo y evaluación para el nivel central, regional y local del MINSA que garantice la retroalimentación a los proveedores; (ii) el diseño y ejecución de una plataforma comunitaria para reforzar la promoción, prevención y atención así como sistemas de referencia, a nivel local; (iii) el desarrollo de una estrategia de comunicación para la proyección y posicionamiento de la estrategia y (iv) revisión de los términos de referencia y metodología de la auditoría para mejorar la utilidad y tiempo de los reportes.

## **5. Alineación estratégica**

- 1.28 El programa está alineado con la Estrategia Institucional del BID 2010-2020: Una Alianza con América Latina y el Caribe para Seguir Mejorando Vidas (GN-2788-5) y es consistente con su programa de préstamos para lograr una mayor cobertura de los servicios de salud con calidad. El programa contribuirá a la prioridad de financiamiento del Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764) (GCI-9) de: (i) países pequeños y vulnerables; y (ii) reducción de la pobreza y aumento de la equidad por tener como población objetivo a los pobres y pobres extremos. Asimismo, contribuirá a las metas regionales de reducción en mortalidad infantil y al producto de personas que se benefician de servicios de salud y personas inscritas en un registro civil o de identificación. Los objetivos contribuyen a la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4) y a las líneas de acción del Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición del BID (GN-2735-3), en específico con el apoyo a instrumentos redistributivos eficientes que promuevan la acumulación de capital humano, y la provisión de servicios de salud con calidad para la población vulnerable.
- 1.29 La operación está alineada con el Plan Estratégico de Gobierno (PEG) 2015-2019, dirigida al desarrollo de las capacidades humanas. En la medida que aumenta el acceso a servicios de salud materno infantil, la operación también está alineada con el pilar de salud de la Estrategia de País con Panamá (EBP) 2010-2014 (GN-2596). Además, está alineada con los pilares estratégicos de la EBP para el período 2015-2019, que se encuentra en proceso de preparación, en particular en relación al eje del mejoramiento y la calidad de vida de poblaciones de menor ingreso.

## **B. Objetivos, Componentes y Costo**

- 1.30 El objetivo del programa es mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, y contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil y de las ENT a través de una mayor cobertura y calidad de los servicios de salud.
- 1.31 Específicamente se busca: (i) aumentar la cobertura y consolidar redes integradas de servicios para garantizar la armonización de acciones de proveedores en el primer y segundo nivel de atención; (ii) mejorar la calidad de los servicios de salud según el ciclo de vida y con pertinencia cultural; y (iii) fortalecer la capacidad institucional y de gestión del MINSA a nivel central y regional que le permita valerse de herramientas de planeación, gestión y monitoreo que garanticen la continuidad en la atención.
- 1.32 **Componente 1: Ampliación de la cobertura y consolidación de las redes integradas de salud (BID US\$113,1 millones; Aporte Local US\$30,5 millones).** El objetivo de este componente es aumentar la cobertura de servicios de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) de la población de áreas rurales de difícil acceso y comarcas indígenas mediante la consolidación y operación de redes integradas de servicios, la consolidación del modelo de pago per cápita y por desempeño para proveedores y el acompañamiento técnico al proceso de armonización de las acciones de los proveedores en el primer y segundo nivel de atención.
- 1.33 **Subcomponente 1.1. Ampliación de Cobertura.** Se financiarán los pagos per cápita, definidos como el monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada individuo incorporado como beneficiario del programa, el cual corresponde al cálculo del costo unitario promedio de recursos monetarios de la provisión de la CPP, asociado a cada beneficiario por un año.
- 1.34 Los pagos per cápita incluirán, en su cálculo: (i) la provisión de servicios por las UBA del MINSA y por las OE; (ii) los costos de los recursos humanos adicionales contratados por las DRS para las UBA del MINSA o por las OE, incluyendo el equipo de gestión, el equipo básico de salud y el equipo comunitario; y (iii) los costos de los insumos, materiales, movilización, bienes y equipos adquiridos por las DRS y UBA del MINSA o por las OE, relacionados con la prestación de los servicios de la CPP.
- 1.35 Los gastos elegibles en este subcomponente será: (i) el pago en función de las comunidades visitadas, población protegida, población atendida y los días de atención (logros de cobertura); (ii) el pago con base en el cumplimiento de los respectivos indicadores de desempeño y calidad de los servicios; y (iii) el pago en función de la satisfacción de los usuarios. Los pagos referentes a los logros de cobertura representarán hasta el equivalente del 62%, los pagos vinculados a los logros de los indicadores de desempeño hasta el equivalente al 30%, y los pagos referentes a la satisfacción de los usuarios hasta el equivalente al 8% de los pagos per cápita. Los pagos descritos en los numerales (i) y (ii) serán validados por la Auditoría Técnica Externa (ATE), y los pagos a que hace referencia el numeral (iii) serán validados por la auditoría social y de

responsabilidad social. El MINSA, analizará y realizará la evaluación y el monitoreo de la información relacionada con los pagos per cápita.

- 1.36 **Subcomponente 1.2. Mejoramiento del modelo de pago per cápita y por desempeño.** Se financiará asistencia técnica para: el diseño e implementación de 12 convenios de gestión, entre las DRS y prestadores de servicios (del MINSA y OE), para que estos últimos garanticen el acceso, uso y calidad en la oferta de servicios priorizados. Se financiará los servicios de consultoría de la ATE para validar las coberturas e indicadores de desempeño.
- 1.37 **Subcomponente 1.3. Consolidación de Redes Integradas en Salud.** Se financiarán servicios para: (i) la elaboración de la metodología de conformación de redes de servicios de salud; (ii) la capacitación del personal de salud para la operación de las redes; (iii) la formulación de la normatividad ministerial necesaria para la conformación oficial del sistema de redes; (iv) la definición de un plan de implementación de la red de servicios de salud; y (v) la puesta en marcha de una estrategia de organización y funcionamiento de plataformas comunitarias. Se financiarán apoyos económicos a promotores y mujeres embarazadas bajo el PACO, que permitan aumentar la asistencia de mujeres embarazadas a servicios de salud.
- 1.38 **Componente 2: Mejora de la calidad de los servicios (BID US\$17,4 millones; Aporte Local US\$0,17 millones).** El objetivo de este componente es mejorar la calidad de los servicios de salud y nutrición de la población de comarcas indígenas y áreas rurales de difícil acceso. Para lograr el objetivo la provisión de servicios será adecuada al ciclo de vida de los beneficiarios, se introducirán medidas modernas de aseguramiento de la calidad y se asegurará la pertinencia cultural de las intervenciones
- 1.39 **Subcomponente 2.1. Habilitación del primer y segundo nivel de atención.** Se financiará asistencia técnica para la actualización y aplicación de la norma nacional que contenga los estándares mínimos de habilitación de los establecimientos de salud. Se financiarán obras y rehabilitaciones, así como equipamiento para mejorar la infraestructura básica de 37 centros de salud priorizados para la atención de salud materna e infantil, y de cuatro hospitales de área de referencia para las comarcas indígenas.
- 1.40 **Subcomponente 2.2. Definición e implementación de una estrategia de aseguramiento de la calidad en la prestación.** Se financiará asistencia técnica para: (i) la actualización y optimización de la composición de la CPP en salud y nutrición (AIN-C) mediante el diseño o adecuación y la implementación de los protocolos de atención; (ii) la capacitación del personal para la aplicación de protocolos actualizados; (iii) el diseño de una estrategia y plan de aseguramiento de la calidad de servicios de salud materna e infantil; y (iv) la puesta en operación de comités de mejora de la calidad que velen por el logro de los objetivos acordados.
- 1.41 **Componente 3: Apoyo a los sistemas de gestión, monitoreo y evaluación. (BID US\$6,28 millones; Aporte Local US\$0,36 millones).** El objetivo de este componente es fortalecer la capacidad institucional y de gestión del MINSA, y de otros actores, mediante la dotación de herramientas de planeación, gestión y

monitoreo que garanticen la continuidad, calidad, eficiencia y equidad y en la prestación de servicios de salud y nutrición.

- 1.42 **Subcomponente 3.1. Fortalecimiento de capacidades del nivel nacional.** A nivel central se financiará servicios para (i) la optimización y operación del sistema de información de salud mediante la creación de una plataforma informática unificada en la que se compatibilicen los tres sistemas existentes: el Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES), el Sistema de Información Estadística de Salud (SIES) y el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS); y (iii) el diseño e incorporación de ajustes a los reglamentos y manuales operativos del programa que incluya la descripción de los procesos y el funcionamiento de las redes y micro redes. Dentro de este subcomponente, se financiara la adecuación básica de las instalaciones del MINSA a nivel central.
- 1.43 **Subcomponente 3.2. Fortalecimiento de Capacidades a nivel regional y local.** Se financiará asistencia técnica para: (i) el fortalecimiento de las capacidades de operación, supervisión, y evaluación de la prestación bajo el nuevo esquema de redes integradas y el modelo de pago per cápita y por desempeño por medio de la creación de tableros de control con la información por proveedor y agregada a nivel regional y nacional; y (ii) el desarrollo de actividades de capacitación de prestadores en el uso de módulos pertinentes de la plataforma informática unificada.
- 1.44 **Subcomponente 3.3. Gestión de la información y evaluación.** Se financiaran servicios para diseñar y realizar: (i) las evaluaciones de impacto y cualitativa de los PACO y de AIN-C; (ii) la evaluación del modelo de pago por desempeño; (iii) el diseño e implementación de la Encuesta Nacional de Salud; y (iv) el diseño y puesta en marcha de una estrategia de comunicación que permita dar a conocer los avances y resultados del programa.
- 1.45 **Administración y seguimiento (BID US\$3,11 millones; Aporte Local US\$2,94 millones).** Se financiarán la auditoría financiera del programa y la contratación de consultores para el funcionamiento de la unidad ejecutora y para áreas clave del proyecto.
- 1.46 **Costo y financiamiento.** El proyecto tendrá un costo total de US\$174 millones, de los cuales US\$140 millones serán de financiamiento del BID con recursos del Capital Ordinario (CO) y US\$34 millones serán de contrapartida local (Cuadro I.1).

**Cuadro I.1: Costos de la Operación**

Componentes	BID (US\$)	LOCAL (US\$)	TOTAL (US\$)
Componente 1	113.149.384	30.527.961	143.677.345
Componente 2	17.459.000	172.680	17.631.680
Componente 3	6.277.900	361.663	6.639.563
Administración y seguimiento	3.113.716	2.937.696	6.051.412
<b>TOTAL</b>	<b>140.000.000</b>	<b>34.000.000</b>	<b>174.000.000</b>



## C. Indicadores Claves de Resultados

- 1.47 La [Matriz de Resultados](#) de la presente operación, identifica los indicadores de impacto y resultado así como los productos. Los impactos esperados contemplan una reducción en la mortalidad materna e infantil, así como en la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años, y una disminución de la mortalidad prematura por diabetes mellitus. Los resultados esperados incluyen aumento en: la captación temprana de embarazadas; controles prenatales; controles de crecimiento y desarrollo y vacunación para menores de cinco años. Se espera también incrementar la captación de pacientes diabéticos e hipertensos. Los productos contemplan el número de beneficiarios de la prestación de la CPP; mejoras en la calidad de servicios mediante habilitación del primer y segundo nivel de atención y la definición e implementación de una estrategia de aseguramiento de la calidad en la prestación.
- 1.48 **Análisis económico.** Por medio del análisis de costo beneficio, se evalúa si los beneficios de prestar la CCP justifican sus costos. El retorno se mide como los años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) evitados comparado con el costo de la provisión de la CPP. Empleando una tasa de descuento del 5% (estimación de López, 2008), se calcula un VPN de US\$87.378.255 según el monto de la cápita. Se estima que anualmente la prestación de la CPP contribuirá a evitar 60.023,49 AVADs, con un valor por AVAD evitado de US\$291.15. Presumiendo que cada AVAD equivale a un año de productividad plena, utilizamos estimaciones de PIB per cápita entre 2016 y 2020 se obtiene una razón entre beneficios y costos de 9,91. Los resultados son robustos frente a análisis de sensibilidad. La inversión se caracteriza como muy costo efectiva al variar cobertura, prestaciones, alcance de la CPP y tasa de descuento. Ver [Análisis Económico](#).

## II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

### A. Instrumentos de Financiamiento

- 2.1 El programa se financiará a través de un préstamo de inversión en plazo de desembolso de cinco años, a partir de 2016.

**Cuadro 2.1 Flujo de Desembolsos**

	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
BID	22.750.910	29.897.453	32.525.170	29.496.146	25.330.321	140.000.000
Local	3.049.125	3.450.673	6.697.710	10.123.497	10.678.995	34.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>25.800.035</b>	<b>33.348.126</b>	<b>39.222.880</b>	<b>39.619.643</b>	<b>36.009.316</b>	<b>174.000.000</b>

### B. Riesgos Ambientales y Sociales

- 2.2 De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias Ambientales (OP-703), el programa fue clasificado como Categoría "B" por lo que se realizó un [IGAS](#) que identifica los impactos y riesgos sociales y ambientales potenciales del programa y las medidas para el manejo dichos impactos. Sólo se anticipan posibles riesgos ambientales de nivel medio por el manejo de desechos en las instalaciones de salud a ser intervenidas o reconstruidas. Como una condición contractual especial de ejecución, previo a

convocar a la licitación para la construcción o rehabilitación de cada obra de las infraestructuras de salud, se deberá presentar al Banco evidencia de que se cuenta con la posesión legal del terreno donde se construirá la obra así como las demás condiciones del IGAS.

- 2.3 La operación tendrá impactos sociales positivos en la población más pobre del país, especialmente de las comarcas Guna Yala, Ngäbe-Bugle y Emberá-Wuonaan y áreas rurales de difícil acceso al mejorar sus condiciones de salud. La operación contribuirá a la igualdad de género ya que promueve acciones encaminadas a mejorar el acceso a las mujeres a servicios de PF y salud materna y a hombres a servicios de PF y de prevención y atención de enfermedades crónicas (OP-761). Así mismo, dado que las intervenciones incluyen adecuaciones culturales a infraestructuras y protocolos de atención por pueblo tomando en cuenta sus usos y costumbres en la entrega de servicios de salud, la operación contribuirá al desarrollo con identidad en consistencia con la Política Operativa sobre Pueblos Indígenas (OP-765).

#### **C. Riesgos Fiduciarios**

- 2.4 Se identificó como riesgo medio los posibles retrasos en las contrataciones y pagos por los trámites que implica el control previo de la Contraloría y como parte de la mitigación se propone la utilización de un agente fiduciario. Como riesgo alto se identificó el poco interés de los contratistas en la ejecución de obras de bajos montos en zonas remotas, para lo cual se buscarán mecanismos para tener licitaciones atractivas y haciendo esfuerzos adicionales de divulgación de información entre los actores de la zona (ONGs, asociaciones de productores) para incrementar el número de oferentes de calidad.

#### **D. Otros Riesgos del Proyecto**

- 2.5 Se identificaron los siguientes riesgos y medidas de mitigación: (i) riesgo medio de sostenibilidad fiscal para la continuidad de provisión de los servicios de salud una vez que finalice el programa, que se mitigará incluyendo en la programación de recursos anuales en un esquema incremental de recursos de contrapartida y socialización de los resultados sobre logros de indicadores de desempeño; (ii) riesgo alto de que se produzcan atrasos en el abastecimiento de recursos logísticos (combustible o vehículos) en las regiones, que se mitigará con una planificación adecuada a nivel central y regional que garantice la disponibilidad oportuna y la cantidad adecuada; (iii) riesgo alto en materia de monitoreo y rendición de cuentas, de que se produzcan atrasos y deficiencias en el registro oportuno y de calidad de la provisión del servicio, que se mitigará introduciendo innovaciones tecnológicas para el registro de la información que irá acompañada de un esfuerzo continuado de capacitación y acompañamiento; (iv) riesgo medio de asignaciones insuficientes por lo que la coordinación entre el MEF y el MINSA debe ser crucial a fin de asegurar asignaciones suficientes de recursos (préstamo y contrapartida); y (v) riesgo medio de falta de coordinación multisectorial con los sectores de agua, saneamiento y eléctrico, que se mitigará con la elaboración de planes de acción territoriales.

### III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

#### A. Resumen de los Arreglos de Implementación

- 3.1 **Prestatario y organismo ejecutor.** El prestatario será la República de Panamá y el organismo ejecutor del programa será el MINSA a través del siguiente esquema: (i) CODIPRO, como instancia estratégica y de decisión del programa; (ii) Direcciones Nacionales del MINSA, como responsables técnicas del apoyo a la ejecución técnica del programa; (iii) la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF), como instancia responsable de la coordinación del programa y de llevar adelante los procesos fiduciarios; y (iv) las DRS, como instancias de ejecución regional del programa y de coordinación directa con los proveedores de salud a nivel local.
- 3.2 Se firmarán Convenios de Gestión entre el MINSA y las DRS participantes y contratos entre el MINSA y las OE seleccionadas donde se establece la población a atender y las metas de desempeño a ser alcanzadas. Las UBA se comprometerán a entregar bimestralmente a las DRS, un informe bimestral que identifique los servicios de salud brindados a cada beneficiario y en función de las comunidades visitadas, población protegida, población atendida y los días de atención (logros de cobertura), y un informe semestral sobre los respectivos indicadores de desempeño.
- 3.3 **Será condición contractual especial previa al primer desembolso del financiamiento: la presentación, por parte del prestatario a satisfacción del Banco, de evidencia que: (a) ha aprobado y puesto en vigencia el Manual Operativo del programa; y (b) ha aprobado y puesto en vigencia la actualización del Reglamento Operativo para la Provisión de Servicios de Salud.** El manual operativo define los procesos técnicos y fiduciarios entre el MINSA y el BID. El Reglamento Operativo para la Provisión de Servicios de Salud define los procesos técnicos, y de provisión de servicios entre el MINSA a nivel nacional y sus diferentes proveedores a nivel regional y local, así como los mecanismos de funcionamiento del modelo del pago per cápita y por desempeño.
- 3.4 **Adquisiciones y contrataciones.** Se aplicarán las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9). En relación a la prestación de los servicios de salud financiados a través del pago per cápita y por desempeño, establecido en el Componente 1 Subcomponente 1, solo se verificará la pertinencia del gasto. En el caso que el servicio de salud sea prestado por una Organización Extra institucional, esta tendrá que ser seleccionada mediante un procedimiento competitivo y excepcionalmente por contratación directa.
- 3.5 **Financiamiento Retroactivo y Reconocimiento de Gastos.** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, hasta por la suma de US\$28.000.000 (20% del monto propuesto del préstamo), y reconocer con cargo al aporte local, hasta por la suma de US\$6.800.000 (20% del monto del aporte local), gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha

de aprobación del préstamo para la adquisición de obras, bienes, servicios diferentes a consultorías y servicios de consultorías del Componente 1, siempre que se hayan cumplido con requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 30 de septiembre de 2015, fecha de aprobación del perfil del proyecto, pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo.

- 3.6 **Contratación Directa.** Se contratará en forma directa: (i) al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud ICGES (entidad pública y de interés social, con personería jurídica, autonomía financiera y técnica en su régimen interno, en el manejo de su patrimonio y en el ejercicio de sus funciones) por un monto estimado de US\$2.500.000 para llevar adelante la Encuesta Nacional de Salud, actividad esta que es una función privativa del ICGES a nivel nacional de acuerdo a la Ley 78 del 17 de diciembre de 2003; y (ii) a la Asociación Panameña para la Planeamiento de la Familia (APLAFA) por un monto estimado de US\$350.000 para ejecutar las actividades asociadas a la intervención de cambio de comportamiento y consejería en PF. Esta asociación cuenta con la acreditación de la Federación Internacional de PF y al mismo tiempo cuenta con una experiencia única en el país en la formulación e implementación de programas de este tipo. Estas dos razones le otorgan un valor excepcional, encuadrándose esta contratación dentro del parágrafo 3.10 literal (d) de las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9).
- 3.7 **Flujo de desembolsos.** El BID girará anticipos según las necesidades de liquidez del programa para un período de hasta 180 días a la cuenta bancaria del agente fiduciario que administrará los recursos<sup>24</sup>. El agente fiduciario, a su vez pagará a (i) los contratistas y consultores; (ii) las DRS el MINSA, las Unidades Básicas de Atención, y las OE, en el caso del pago per cápita y por desempeño; y (iii) al CGES, para la Encuesta Nacional de Salud. Dentro del plazo de un año contado desde la fecha de vigencia del Contrato, el MINSA deberá contratar, a satisfacción del Banco, un agente fiduciario u otro mecanismo satisfactorio para el Banco para la administración de recursos del Financiamiento y del Aporte Local.
- 3.8 Las rendiciones de cuentas para los pagos per cápita y por desempeño, serán los pagos efectuados a los proveedores de servicios de salud y se justificarán con base en informes consolidados emitidos por el MINSA. Los resultados de cobertura y desempeño serán verificados por el MINSA y por medio de la ATE. También se podrán hacer reembolsos de pagos o pagos directos a los proveedores.
- 3.9 **Auditorías.** Habrán tres tipos de auditoría: (i) una auditoría anual de los estados financieros del programa, así como la revisión semestral de la efectividad de los controles internos; (ii) una ATE para el programa cuyos informes serán presentados al Banco dentro del plazo de 90 días después del final de cada semestre calendario, a partir del primer desembolso del financiamiento; y (iii) una auditoría social y de responsabilidad social anual que medirá el grado de la

---

<sup>24</sup> Si no se cuenta con el contrato del agente fiduciario, los recursos se girarán a una cuenta bancaria abierta por el MINSA.

satisfacción de los usuarios y cuyos informes serán presentados al Banco dentro del plazo de 90 días de la conclusión de cada año calendario.

- 3.10 La ATE determinará: (i) el cumplimiento de los indicadores de cobertura y desempeño por parte de las DRS del MINSA y de las OE; (ii) la integridad, veracidad y consistencia de la información que consta en los informes presentados por las UBA a las DRS y por éstas a la UGSAF, sobre los logros de los indicadores de cobertura y desempeño sujetos al pago de la cápita; (iii) la integridad, veracidad y consistencia del PPB; (iv) la conformidad de los servicios de salud prestados con la CPP, los manuales, reglamentos, guías y protocolos; y (v) cualquier acto, hecho, indicio u omisión que pudiera configurarse como una práctica prohibida de acuerdo con las normas generales del contrato de préstamo, sobre los cuales alertará al Banco sobre los mismos. Para el caso de los servicios provistos por las UBA del MINSA, la ATE verificará los gastos indicados en el Subcomponente 1 del Componente 1. En el caso de los servicios provistos por las OE, la ATE se limitará a la verificación de los gastos relacionados con el pago de honorarios y cuotas patronales de los recursos humanos. **Será condición especial previa al primer desembolso que se ha contratado la ATE del programa.** Será condición especial de ejecución, la presentación por parte del prestatario, a satisfacción del Banco, del informe de la ATE determinando que se cumplieron los indicadores de cobertura, desempeño y satisfacción y que no se detectaron prácticas prohibidas 90 días después de finalizado cada semestre calendario.

## **B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados**

- 3.11 **Monitoreo.** El MINSA a través de la UGSAF deberá presentar informes semestrales de progreso que constan en las normas generales del Contrato de Préstamo e incluirán el seguimiento a la Matriz de Resultados del programa. El Plan de Ejecución del Proyecto (PEP) será la herramienta de seguimiento del proyecto.
- 3.12 **Evaluación.** La evaluación será basada en: (i) evaluación experimental de impacto de PACO; (ii) evaluación experimental de impacto del AIN-C; (iii) evaluación cualitativa de PACO e AINC; (iv) evaluación cuasi experimental de impacto del pago por resultados y per cápita en la red de servicios; y (v) evaluación experimental de impacto de incentivos a la oferta para la integración de servicios de salud. Ver [Monitoreo y Evaluación y Seguimiento](#).

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID		Alineado	
Programa de préstamos	-Préstamos a países pequeños y vulnerables -Préstamos para reducción de la pobreza y promoción de la equidad		
Metas regionales de desarrollo	-Tasa de mortalidad materna -Tasa de mortalidad infantil		
Contribución a los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	-Personas que reciben plan básico de servicios de salud		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país		Alineado	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2596	Reducir brechas de salud en las comarcas indígenas y en las comunidades rurales.	
Matriz de resultados del programa de país		La intervención no está incluida en el Programa de Operaciones de 2015.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Altamente Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	10.0		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución	10.0	33.33%	10
3.1 Diagnóstico del Programa	3.0		
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas	4.0		
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados	3.0		
4. Análisis económico ex ante	10.0	33.33%	10
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General	4.0		
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados	1.5		
4.3 Costos Identificados y Cuantificados	1.5		
4.4 Supuestos Razonables	1.5		
4.5 Análisis de Sensibilidad	1.5		
5. Evaluación y seguimiento	10.0	33.33%	10
5.1 Mecanismos de Monitoreo	2.5		
5.2 Plan de Evaluación	7.5		
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación			
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad	Bajo		
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad	Si		
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales	Si		
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación	Si		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	B		
IV. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales			
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Si	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y emisión de informes, Controles externos, Auditoría interna.  Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información, Método de comparación de precios, Licitación pública nacional.	
No-Fiduciarios	Si	Sistema Nacional de Planeación Estratégica.	
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Si	El proyecto financiará el Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil (PACO), mediante el cual se brindará un apoyo monetario a las mujeres para trasladarse hasta los centros de salud. Esta es una excelente iniciativa que sin duda contribuirá a aumentar el acceso de las mujeres de bajos recursos que habitan en zonas remotas. En los cálculos del apoyo comunitario de PACO se incorporan los costos del eventual acompañante y costos de transporte. El proyecto también contempla la adecuación de las casas maternas para permitir el alojamiento de la mujer embarazada y del acompañante.	
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Si	A través de las cooperaciones PN-T1104, se ha apoyado en diferentes áreas al Ministerio de Salud, lo cual se ha traducido en un fortalecimiento y una mejor capacidad gerencial y de planeacion de esta entidad.	
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Si		

El programa busca mejorar las condiciones de salud de la población a través del fortalecimiento de la los niveles de atención de la red de salud y de una mayor eficiencia de la gestión de la red pública. El documento del proyecto presenta un diagnóstico informado sobre los desafíos que enfrenta el sector salud en Panamá y que justifican la implementación del programa. Se incluye evidencia sobre la efectividad de las soluciones propuestas y da cuenta de los alcances que han tenido programas anteriores y en curso en el país. La población objetivo está claramente establecida.

La matriz de resultados incluye indicadores SMART adecuados para medir resultados y productos. El proyecto presenta un análisis de costo-beneficio que sustenta la viabilidad económica de las actividades propuestas. Las actividades, mecanismos y productos de monitoreo han sido identificados y sus costos calculados.

Las evaluaciones de impacto y cualitativa que se llevarán a cabo, se describen en el plan de evaluación. Tres de estas evaluaciones de impacto serán experimentales y una será cuasi-experimental. En dicho anexo se han planteado las preguntas, metodologías, planes de análisis, y presupuesto, que detallan las particularidades de cada una de las evaluaciones.

**MATRIZ DE RESULTADOS**

**Objetivo:** El objetivo del programa es mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, y contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil y de las enfermedades no transmisibles a través de una mayor cobertura y calidad de los servicios de salud.

	Indicador de Impacto <sup>1</sup>	Línea de Base <sup>2</sup>	Meta final (2020)	Fuente Método de cálculo
1	Tasa de mortalidad materna	55,6 (Nacional 2013)	45,8	Fuente: Estadísticas Vitales – Contraloría General de la República (CGR) Muertes maternas por 100.000 nacidos vivos
		274,3 (Ngäbe Buglé NB, 2012)	251	
2	Tasa de mortalidad en <5 años	19 (Nacional 2013)	8,0	Fuente: Estadísticas Vitales – CGR Muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos
		31,5 (NB 2012)	16,40	
3	Prevalencia de desnutrición crónica en niños <5 años en las Comarcas Guna Yala (GY) y Emberá Wounaan (EW)	55,9% (2015)	48,0%	Fuente: Encuestas SM2015 Método de cálculo: Puntaje z de talla para la edad. Puntaje $z \leq -2$ SD determina desnutrición crónica
4	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres embarazadas (índice de masa corporal) en las Comarcas NB y EW	52,7% NB (2014)	46%	Fuente: Informes de Monitoreo Nutricional de Unidades Básicas de Atención (UBA) Método de cálculo: Numerador: peso en kilogramos/Denominador: altura en metros cuadrados. $IMC \geq 25$ determina sobrepeso; $IMC \geq 30$ determina obesidad (OMS)
		56,4% EW (2014)	49%	Fuente: Informes de Monitoreo Nutricional UBA
5	Tasa nacional de mortalidad prematura (<70 años) por diabetes mellitus	28,6 (2013)	21,6	Fuente: Estadísticas Vitales – CGR Método de cálculo: Numerador: número de muertes (de 30 a 69 años) por diabetes mellitus (códigos CID-10 E10-E14) por 100.000 habitantes/Denominador: población residente (de 30 a 69 años)

<sup>1</sup> Los indicadores de impacto 1, 2, y 3 son consistentes con la Estrategia del Banco con Panamá. Los indicadores de impacto 2, 3, y 5 serán desagregados por género y será una información de valor agregado que se estará procesando en los siguientes meses.

<sup>2</sup> Los valores de línea de base serán actualizados durante el taller de arranque.

	<b>Indicador de Resultados<sup>34</sup></b>	<b>Línea de Base<sup>5</sup></b>	<b>Meta final (2020)</b>	<b>Fuente Método de Cálculo</b>
1	Porcentaje de mujeres embarazadas captadas antes de la semana 13 de gestación	82%	90%	Fuente: Hoja HCPB, Tarjeta de control prenatal (CPN) Método de cálculo: Numerador: Número de mujeres embarazadas del padrón de población beneficiaria (PPB) <sup>6</sup> captadas antes de la semana 13 de gestación en el semestre anterior; Denominador: Total de mujeres embarazadas del PPB
2	Porcentaje de mujeres embarazadas que al final del 3er trimestre de gestación hayan completado al menos cuatro controles prenatales en UBA (por lo menos uno (1) en cada trimestre)	71%	90%	Fuente: Hoja HCPB, Tarjeta CPN Método de cálculo: Numerador: Número de mujeres embarazadas del PPB que hayan cumplido 37 semanas de gestación o hayan completado su parto con 4 o más CPN en UBA (por lo menos uno cada trimestre); Denominador: Total de mujeres embarazadas del PPB que en el semestre hayan cumplido 37 semanas de gestación o hayan completado su parto.
3	Porcentaje de mujeres embarazadas con 2da dosis o Refuerzo de TT o TD	85%	95%	Fuente: Hoja HCPB, Tarjeta CPN Método de cálculo: Numerador: Número de mujeres embarazadas del PPB con 2da dosis o Refuerzo de TT o TD; Denominador: Total de Mujeres embarazadas del PPB
4	Porcentaje de mujeres embarazadas en la Comarca NB que reportan haber comido fruta al menos una vez al día en los últimos siete días	N/D <sup>7</sup>	+10pp	Fuente: Evaluación del Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C) Método de cálculo: Numerador: número de mujeres embarazadas que reportan haber comido fruta al menos una vez al día en los últimos siete días; Denominador: número de mujeres embarazadas en NB
5	Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en UBA	83%	90%	Fuente: Hoja HCPB, Tarjeta CPN Método de cálculo: Numerador: Número de partos atendidos por personal calificado en UBA; Denominador: Total de mujeres embarazadas captadas del PPB que en el semestre han finalizado el tercer trimestre

<sup>3</sup> Los indicadores de resultado 1 a 9 serán desagregados por pertenencia étnica y el 8, 9, 12, 13, y 15 a 17 por género.

<sup>4</sup> Todos los resultados refieren a la población en comunidades focalizadas para prestación de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) que tienen personas residentes registradas por los prestadores, excepto 4, 6, 7, 10, y 11.

<sup>5</sup> Todos los datos de línea de base corresponden a informes de la Dirección de Provisión de Servicios (2015) excepto 6, 7, 10, y 11 (Encuesta de Línea de Base de SM2015, 2013).

<sup>6</sup> PPB: Total de personas residentes en comunidades focalizadas que han sido registrados por los prestadores.

<sup>7</sup> N/D: No disponible.



	<b>Indicador de Resultados<sup>34</sup></b>	<b>Línea de Base<sup>5</sup></b>	<b>Meta final (2020)</b>	<b>Fuente Método de Cálculo</b>
6	Porcentaje de madres de <6 meses en las Comarcas GY, NB, y EW que alimentan a su niño exclusivamente con leche materna	45,3%	55,3%	Fuente: Encuestas SM2015 y Evaluación AIN-C Método de Cálculo: Numerador: Número de madres de niños <6 meses que dicen haber alimentado exclusivamente con leche materna el día anterior; Denominador: Número de madres de niños <6 meses
7	Porcentaje de madres en la Comarcas GY, NB, y EW que reportan haber iniciado la alimentación complementaria cuando sus niños cumplieron 6 meses.	88%	93%	Fuente: Encuestas SM2015 y Evaluación AIN-C Método de Cálculo: Numerador: Número de madres de niños de 6-11,9 meses que reportan haber iniciado la alimentación complementaria cuando sus niños cumplieron seis meses, en los últimos 6 meses; Denominador: Número de madres de niños de 6-11,9 meses
8	Porcentaje de niños que al cumplir un año de edad, hayan recibido seis o más controles de crecimiento y desarrollo (CCD)	N/D	+10pp	Fuente: Expediente clínico (EC), tarjetas CCD Método de cálculo: Numerador: Número de niños que al cumplir un año de edad, en el semestre anterior, hayan recibido seis o más controles de crecimiento y desarrollo (CCD); Denominador: Total de niños del PPB, que hayan cumplido un año durante el semestre
9	Porcentaje de niños <1 año con esquema de vacunación completo para su edad.	91%	95%	Fuente: EC, tarjeta de vacunación Método de cálculo: Numerador: Número de niños del PPB que hayan cumplido un año durante el semestre con esquema de vacunación completo para su edad (acorde a definiciones PAI, OPS); Denominador: Total de niños del PPB, que hayan cumplido un año durante el semestre
10	Porcentaje de madres en la Comarcas GY, NB, y EW que dieron a sus niños <59 meses Sales de Rehidratación Oral y zinc en el último episodio de diarrea en las últimas dos semanas	0,6%	20,6%	Fuente: Encuestas SM2015 y Evaluación AIN-C Método de Cálculo: Numerador: número de madres que dieron a sus niños de 0-59 meses SRO y zinc en el último episodio de diarrea en las últimas dos semanas; Denominador: número de madres de niños de 0-59 meses que tuvieron al menos un episodio de diarrea en las últimas dos semanas
11	Porcentaje de niños de 12-59 meses en la Comarcas GY, NB, y EW que recibieron dos dosis de tratamiento antiparasitario en el último año.	8,7%	38,7%	Fuente: Encuestas SM2015 y Evaluación AIN-C Método de Cálculo: Numerador: número de niños de 12-59 meses del PPB que recibieron 2x tratamiento antiparasitario en el último año; Denominador: número de niños de 12-59 meses del PPB
12	Porcentaje de niños de 1-4 años que tienen al menos dos CCD realizados en el semestre	N/D	+10pp	Fuente: EC, tarjetas CCD Método de cálculo: Numerador: Número de niños del PPB que hayan

	Indicador de Resultados <sup>34</sup>	Línea de Base <sup>5</sup>	Meta final (2020)	Fuente Método de Cálculo
	anterior			cumplido 2,3,4 y 5 años durante el semestre anterior y que tengan al menos dos registros con fechas diferentes en las tarjetas de CCD durante el último año para cada corte de edad; Denominador: Total de niños del PPB que hayan cumplido 2,3,4 y 5 años durante el semestre
13	Porcentaje de niños que al cumplir 2, 3, 4 y 5 años cuenten con esquema de vacunación completo	85%	90%	Fuente: EC, tarjeta de vacunación Método de cálculo: Numerador: Número de niños del PPB que al cumplir 2, 3, 4 y 5 años cuenten con esquema de vacunación completo (acorde a definiciones PAI, OPS); Denominador: Total de niños del PPB que hayan cumplido 2, 3, 4 y 5 años durante el semestre
14	Porcentaje de mujeres de 20 a 70 años que se les realiza una toma de muestra de citología cérvico-vaginal anual	59%	70%	Fuente: EC, tarjeta de control de citología Método de cálculo: Numerador: Número de mujeres del PPB de 20 a 70 años con toma de muestra de citología cérvico vaginal en los doce meses anteriores a la finalización del semestre; Denominador: Total de Mujeres de 20 a 70 años del PPB
15	Porcentaje de adultos sintomáticos respiratorios con toma de baciloscopía	7%	25%	Fuente: Tarjeta de registro y seguimiento, EC y libro de registro de laboratorio Método de cálculo: Numerador: Número de adultos sintomáticos respiratorios captados en el último semestre con toma de baciloscopia; Denominador: Número de adultos sintomáticos respiratorios esperados del PPB en el último semestre
16	Porcentaje de pacientes diabéticos captados que han recibido el tratamiento según la norma del MINSA	39%	65%	Fuente: EC, Tarjeta de registro y seguimiento Método de cálculo: Numerador: Número de pacientes diabéticos captados que han recibido tratamiento en el último semestre según la norma del MINSA; Denominador: Número de pacientes diabéticos del PPB
17	Porcentaje de pacientes hipertensos captados que han recibido el tratamiento según la norma del MINSA	18%	65%	Fuente: EC, Tarjeta de registro y seguimiento Método de cálculo: Numerador: Número de pacientes hipertensos captados que han recibido el tratamiento en el último semestre según la norma del MINSA; Denominador: Número de pacientes hipertensos del PPB

	Indicadores de Producto <sup>8</sup>	Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta (2020)	Fuente Comentario
<b>Componente 1</b>									
1.1	Número de personas beneficiadas de la CPP <sup>9</sup>	360.000	400.000	440.000	590.000	530.000	575.000	575.000	Fuente: SIREGES Comentario: PPB total
1.2	Número de personas que recibieron al menos un servicio de la CPP	210.000	235.000	260.000	285.000	310.000	380.000	380.000	Fuente: SIREGES Comentario: Se registra en el EC del beneficiario al menos una actividad de la CPP
1.3	Documento de Lineamientos Metodológicos de Conformación de las Redes integradas de servicios de salud elaborada	0	1					1	Fuente: Resolución MINSA Comentario: La metodología incluye la georreferenciación de las UBA, brechas en la prestación, y condiciones de acceso a servicios
1.4	Número de regiones de salud con redes de salud conformadas	0		3	3	3	3	12	Fuente: Resolución MINSA
1.5	Documento de Plan de implementación de la red de servicios de salud elaborado y aprobado	0	1					1	Fuente: Plan aprobado por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud

<sup>8</sup> Los indicadores 1.1, 1.2, 1.6, 1.8, 1.10, 2.8 y 3.7 no se deben sumar a EOP.

<sup>9</sup> Este indicador corresponde al número de personas que se benefician de servicios de salud (está incluido en el Marco de Resultados corporativo y también es indicador sectorial).

	Indicadores de Producto <sup>8</sup>	Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta (2020)	Fuente Comentario
1.6	Número de personal de salud institucional y comunitario capacitados en la metodología para la conformación de redes de salud	0	2.650	2.650				2.650	Fuente: Informes de capacitaciones Comentario: Personal de salud institucional incluye personal asignado a una UBA. La capacitación incluirá la metodología de conformación de redes
1.7	Documento de propuesta de estrategia metodológica de organización y funcionamiento de la Plataforma Comunitaria elaborado	0	1					1	Fuente: Informe de consultoría. Comentario: Se revisará quienes conforman la plataforma comunitaria, perfiles y funciones
1.8	Número de agentes comunitarios en comunidades céntricas que forman parte de la Plataforma Comunitaria (reciben incentivos)	0		450	900	1.300	1.900	1.900	Fuente: SIREGES Comentario: Las comunidades céntricas son puntos de atención que en su conjunto no agrupan más de 600 personas
1.9	Número de mujeres embarazadas que reciben apoyos comunitarios	0	500	500	500	500	800	2.800	Fuente: SIREGES Comentario: Apoyos comunitarios son transferencias monetarias para cubrir los gastos de mujeres embarazadas en transporte que promueven su asistencia a servicios de salud
1.10	Número de promotores voluntarios de salud	0		450	900	1.300	1.900	1.900	Fuente: SIREGES Comentario: ver 1.9

	Indicadores de Producto <sup>8</sup>	Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta (2020)	Fuente Comentario
	que reciben apoyos comunitarios								
1.11	Auditoría Técnica Externa contratada	0	1	1	1	1	1	5	Fuente: Informe de auditoría
<b>Componente 2</b>									
2.1	Norma de habilitación de toda la red servicios actualizada	0	1					1	Fuente: Decreto MINSA Comentario: La Norma deberá contemplar, entre otros, las funciones según el nivel de resolución, los recursos humanos, el abastecimiento de insumos y medicamentos, la infraestructura y equipamiento para la prestación
2.2	Número de centros de salud con adecuaciones de infraestructura	0			15	12	10	37	Fuente: Acta de entrega de las obras y equipos Comentario: Las adecuaciones deben cumplir los estándares de la norma de habilitación
2.3	Número de centros de salud y hospitales regionales de referencia equipados	0			16	11	10	37	Fuente y comentario: ver 2.2
2.4	Número de hospitales de referencia para comarcas indígenas adecuados	0			4			4	Fuente y comentario: ver 2.2
2.5	Número de protocolos de atención actualizados	0			48			48	Fuente: Resolución MINSA Comentario: Actualizados de acuerdo con la mejor evidencia

	Indicadores de Producto <sup>8</sup>	Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta (2020)	Fuente Comentario
									científica con un atributo de pertinencia cultural
2.6	Número de personal de salud capacitados en la aplicación de protocolos de atención actualizados con elementos culturales	0				740		740	Fuente: SIREGES Comentario: Capacitado implica entrenamiento en protocolos actualizados y en idiomas indígenas
2.7	Documento de Estrategia de aseguramiento de la calidad elaborada	0		1				1	Fuente: Informe de consultoría. Comentario: La estrategia identifica herramientas para la aplicación efectiva de las normas y protocolos
2.8	Número de UBA con consolidado mensual de AIN-C con 80% de los niños < 24 meses nominalizados	18	23	28	30	33	37	37	Fuente: SIREGES
<b>Componente 3</b>									
3.1	Documento de diagnóstico de infraestructura del MINSA central elaborado	0	1					1	Fuente: Documento aprobado por el MINSA
3.2	Número de áreas del MINSA central adecuadas	0		2	1	1	1	5	Fuente: Actas de entrega y recepción Comentario: adecuaciones de acuerdo con los estándares de la norma de habilitación

	Indicadores de Producto <sup>8</sup>	Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta (2020)	Fuente Comentario
3.3	Reglamento operativo del programa de microredes diseñado	0	1					1	Fuente: Resolución MINSA con la aprobación del Reglamento Operativo
3.4	Sistema de información diseñado	0	1					1	Fuente: Reporte SIREGES y Manual SIREGES Comentario: El diseño contempla la creación de una plataforma informática unificada para el SIREGES, el SIES y el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS)
3.5	Número de centros de salud y hospitales equipado con hardware y software para operación del sistema de información	0		15	15	6	5	41	Fuente: Reportes SIREGES y Manual SIREGES Comentario: Los centros serán dotados de hardware y software. Operando significa que: (i) a nivel nacional, el sistema permitirá consolidar la información regional; y (ii) A nivel regional/local las UBA puedan ingresar y emitir reportes de coberturas y de desempeño
3.6	Número de captadores de datos y técnicos de registros capacitados para el manejo del sistema de información y en uso de tecnologías innovadoras	0		135				135	Fuente: SIREGES Comentario: Capacitados significa que puedan: (i) registrar datos de la CPP del EC; (ii) administrar el PPB; y monitorear la prestación de servicios
3.7	Documento de	0	1					1	Fuente: Informe de consultoría

	Indicadores de Producto <sup>8</sup>	Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta (2020)	Fuente Comentario
	estrategia de comunicación con pertinencia cultural y enfoque de género implementada								Comentario: incluirá los mensajes y medios comunicacionales para difusión
3.8	Evaluaciones de impacto y cualitativas finalizadas			1	2	2		5	Fuente: Informes de evaluación Comentario: Incluye la evaluación de impacto y la evaluación cualitativa del Programa PACO, del AIN-C, del pago por resultados y per cápita en la Red Fija, y de incentivos a la oferta para la integración de servicios de salud
3.9	Encuesta Nacional de Salud finalizada						1	1	Fuente: Documentos de resultados y bases de datos
<b>Administrativo y seguimiento</b>									
3.10	Auditoría Financiera contratada	0	1	1	1	1	1	5	Fuente: Informe de auditoría



## **ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS**

**PAÍS:** Panamá  
**PROYECTO No./NOMBRE:** PN-L1115 - Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud  
**ORGANISMO EJECUTOR:** Ministerio de Salud (MINSa)  
**PREPARADO POR:** Ezequiel Cambiasso y Juan Carlos Dugand (FMP/CPN)

### **I. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR**

- 1.1 El ejecutor será el MINSa a través de la Unidad de Gestión en Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) quien será la responsable de llevar a cabo las adquisiciones, los registros contables y los pagos y desembolsos. Cuenta con la experiencia para ejecutar este proyecto. Se prevé la utilización de un agente fiduciario para tener un oportuno flujo de recursos.
- 1.2 Para el caso del subcomponente 1.1 del Componente 1, la Dirección Regional de Salud (DRS) o las Organizaciones Extrainsitucionales (OE) recibirán pagos per cápita del nivel central (MINSa) para que puedan brindar la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP). Dada la dispersión de las zonas de atención y la realización de compras menudas y recurrentes adquiridas localmente, en este tipo de programas resulta ser más eficiente el financiamiento de un pago fijo contra un producto y unas metas de gestión determinadas en lugar de financiar los insumos que están detrás de este pago per cápita. Con ello se logra: (i) disminuir los costos de transacción; (ii) verificar el cumplimiento de los objetivos de desarrollo; e (iii) incentivar al MINSa a mejorar la calidad de los servicios.
- 1.3 Para recibir dichos pagos, se firman convenios de gestión entre el MINSa y la DRS y contratos entre el MINSa y la OE, donde se establece el alcance de las metas. El cumplimiento de las metas definidas en cobertura de atención y resultados en salud, es supervisado y revisado por el MINSa. Asimismo, se cuenta con una Auditoría Técnica Externa (ATE), una auditoría social y una auditoría financiera.

### **II. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN**

- 2.1 Se han identificado dos riesgos para las adquisiciones: (i) posibles retrasos en las contrataciones generadas por los controles previos establecidos por la Contraloría General de la República (CGR) en caso de no poder contar con el agente fiduciario (riesgo de nivel medio); y (ii) poco interés del sector privado para la ejecución de las obras debido a la ubicación remota y a los bajos costos de las rehabilitaciones de los centros de salud (riesgo de nivel alto). Este riesgo se mitigará analizando caso por caso la forma de ejecución de la obra.
- 2.2 Existe el riesgo bajo de contar con una asignación insuficiente de presupuesto. Para mitigarlo, una vez aprobada la operación, el MINSa debe gestionar con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) la asignación de recursos al proyecto para la vigencia presupuestal de 2016. Adicionalmente el MINSa deberá contar con herramientas de planificación para solicitar los recursos requeridos en los siguientes años.

- 2.3 En el Componente 1, en los pagos per cápita, existe el riesgo alto de no contar con la información necesaria y los mecanismos de verificación (ATE) que permitan medir los indicadores de cobertura y desempeño alcanzados, pudiendo retrasar los desembolsos del proyecto.
- 2.4 Existe el riesgo medio de no contar oportunamente con el agente fiduciario, para lo cual se gestionará para su contratación inicial con recursos del préstamo 2563/OC-PN. Si no se tiene el agente y los servicios de protección deben iniciar, se deberá modificar el porcentaje de rendición de cuentas del 80% al 50%<sup>1</sup> para poder solicitar un nuevo anticipo, por las demoras que implican los trámites administrativos sin agente fiduciario.

### **III. ASPECTOS A SER CONSIDERADOS EN LAS ESTIPULACIONES ESPECIALES DE LOS CONTRATOS**

- 3.1 Se aplicarán las Políticas (GN-2349-9) y (GN-2350-9). En relación a la prestación de los servicios financiados a través del pago de cápita, solo se verificará la pertinencia del gasto. En el caso que el servicio de salud sea prestado por una OE, esta tendrá que ser seleccionada mediante un procedimiento competitivo y excepcionalmente por contratación directa.
- 3.2 El Directorio del Banco aprobó (GN-2538-11) el uso de los subsistemas de los convenios marco hasta el umbral establecido para LPN así como el mecanismo de compras menores hasta US\$50.000, lo cual puede variar a medida que el Banco apruebe mayores niveles de uso.
- 3.3 Se aplicará lo establecido en la Guía OP-273-6 y de conformidad con ésta: (i) se solicitarán estados financieros auditados del proyecto en forma anual por una firma auditora independiente aceptable para el Banco, antes de los 120 días posteriores del cierre de cada vigencia fiscal o de la fecha de último desembolso; (iii) los anticipos de fondos se solicitarán para planes financieros de hasta 180 días; y (iv) se podrá solicitar un nuevo anticipo cuando se hayan rendido cuentas por el 80% del saldo sin justificar de anticipos anteriores. Si no se cuenta con el contrato del agente fiduciario y es necesario comenzar la ejecución del proyecto, el porcentaje de rendición de cuentas será del 50% para solicitar un nuevo anticipo, mientras se cuenta con el agente, por los trámites administrativos que implica el control previo ejercido por la CGR.
- 3.4 Existe paridad cambiaria en Panamá entre el dólar de los Estados Unidos y el Balboa, por lo cual el tipo de cambio es irrelevante.

### **IV. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES**

#### **A. Ejecución de las adquisiciones**

- 4.1 Se aplicaran las políticas (GN-2349-9) y (GN-2350-9). En relación a la prestación de los servicios de salud financiados a través del pago de cápita, solo se verificará la pertinencia del gasto. En el caso que el servicio de salud sea prestado por una OE, esta tendrá que ser seleccionada mediante un procedimiento competitivo y excepcionalmente por contratación directa. El esquema de ejecución del PN-L1115 prevé la utilización de un agente fiduciario. Este agente fiduciario será

---

<sup>1</sup> Según lo previsto en la OP-273-6.

contratado mediante una comparación de precios entre las entidades que estén facultadas e inscritas legalmente en el país para prestar el servicio de fideicomiso.

- a. **Contratación de obras y adquisición de bienes y servicios diferentes de consultoría:** las Licitaciones Públicas Internacionales (LPI), se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DEL) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) y de comparación de precios se ejecutarán utilizando los modelos definidos para esta operación por el Banco. Asimismo, el Directorio del Banco aprobó (GN-2538-11) el uso de los subsistemas de los convenios marco hasta el umbral establecido para LPN así como para compras menores hasta US\$50.000.
- b. **Selección y Contratación de Consultores:** los contratos de servicios de consultoría generados bajo el proyecto se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEP) emitida por el Banco.
- c. **Selección de Consultores Individuales:** se hará teniendo en cuenta sus calificaciones para realizar el trabajo, sobre la base de comparación de calificaciones de por lo menos tres candidatos.
- d. **Preferencia Nacional:** no aplica.
- e. **Adquisiciones anticipadas y financiamiento retroactivo:** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, hasta por la suma de US\$28.000.000 (20% del monto propuesto del préstamo), y reconocer con cargo al aporte local, hasta por la suma de US\$6.800.000 (20% del monto del aporte local), gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo para la adquisición de obras, bienes, servicios diferentes a consultorías y servicios de consultorías del Componente 1, siempre que se hayan cumplido con requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 30 de septiembre de 2015, fecha de aprobación del perfil del proyecto, pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo.
- f. **Selecciones Directas:** Ver párrafo 3.6 del POD.
- g. **Gastos Recurrentes:** Serán financiados con aporte local.
- h. **Plan de adquisiciones:** Se usará SEPA o la versión actualizada que le suceda.

#### B. Tabla de montos límites (US\$)

Obras			Bienes			Consultorías	
LPI	LPN/CP	CP para Obras complejas	LPI	LPN/CP	CP para Bienes complejos	Internacional	Nacional
Mayores o iguales a \$3.000.000	Mayores a \$250.000 y menores a \$3.000.000	Menores a \$250.000	Mayores o iguales a \$250.000	Mayores a \$50.000 y menores a \$250.000	Menores a \$50.000	Mayores a \$200.000	Menores o iguales a \$200.000

#### C. Adquisiciones principales

Actividad	Tipo de Proceso	Monto Estimado US\$
<b>Obras</b>		
Adecuación de la infraestructura	LPN	20.000.000
<b>Bienes</b>		

Actividad	Tipo de Proceso	Monto Estimado US\$
Adquisición de Equipamiento	LPI	7.000.000
<b>Servicios de Consultoría</b>		
Sistema de Información	SBCC	400.000
Encuesta Nacional de Salud	SD	2.500.000
ATE	SBCC	700.000
Consejería en Planeamiento de la Familia	SD	350.000
<b>Servicios diferentes de Consultoría</b>		
Agente Fiduciario	CP	2.000.000

#### **D. Supervisión de adquisiciones**

- 4.2 Las LPI y las contrataciones directas de bienes, obras y servicios diferentes a consultoría serán revisadas en forma previa. Las selecciones de firmas consultoras mayores a US\$200.000 y las selecciones directas serán revisadas en forma previa. En el resto de los contratos, el tipo de revisión que se utilizará será determinado caso por caso en el Plan de Adquisiciones el cual deberá de ser ajustado por el MINSA con una periodicidad de una vez al año.

#### **E. Disposiciones especiales**

- 4.3 No hay.

#### **F. Registros y archivos**

- 4.5 El ejecutor y el agente fiduciario que administra los pagos per cápita deberán mantener los registros actualizados y los archivos debidamente ordenados de tal manera que los mismos puedan ser revisados por el Banco. La documentación de las adquisiciones deberá estar archivada de la siguiente manera:
- deberá estar en un solo archivo o carpeta única, que sea perfectamente diferenciable de los procesos financiados con recursos del aporte local o financiado con recursos distintos a los del programa.
  - Los documentos se mantendrán y conservarán debidamente ordenados, foliados y numerados, de modo que permitan su clara e inmediata ubicación e identificación, estando disponibles en cualquier momento para fines de revisión del banco y auditoría.

### **V. GESTIÓN FINANCIERA**

#### **A. Programación y presupuesto**

- 5.1 El MEF tiene la responsabilidad de formular y controlar el presupuesto. Antes del 31 de julio de cada vigencia debe presentar una propuesta a la Asamblea Nacional (AN) quien es la responsable de su aprobación, así como de cualquier incremento al mismo. El presupuesto tiene carácter anual e incluye la totalidad de las inversiones, ingresos y egresos del sector público. En el presupuesto para la vigencia 2016, no se incluyeron recursos para este préstamo por lo que el MINSA deberá hacer las gestiones correspondientes para incluirlo.

#### **B. Contabilidad y sistemas de información**

- 5.2 El gobierno comenzó en enero de 2015 la implementación gradual del nuevo sistema de información financiera denominado ISTMO<sup>2</sup>, desarrollado bajo la plataforma SAP, que reemplaza al SIAFPA. Este sistema necesita un período de maduración para superar los inconvenientes iniciales y por lo tanto no ha sido

<sup>2</sup> Integración y Soluciones Tecnológicas del Modelo de Gestión Operativa.

evaluado<sup>3</sup> para su uso en los proyectos financiados por el BID y se requiere el uso de un sistema paralelo. La UGSAF no tiene aún el ISTMO y su implementación está prevista para comenzar en enero de 2016.

- 5.3 La UGSAF cuenta con el sistema de información financiera PENTAGON que incluye módulos de planificación, contratos, presupuesto y contabilidad y será utilizado para la gestión financiera del proyecto.
- 5.4 La contabilidad se registrará bajo las normas expedidas por la CGR, que no se ajustan a las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público (NICSP).

### **C. Desembolsos y flujo de caja**

- 5.5 En Panamá en el segundo semestre de 2013 se aprobó la ley que establece la utilización del concepto de cuenta única del tesoro - CUT y su implementación comenzó finalizando 2014 por las cuentas del MEF y algunos ministerios. Por ser reciente la CUT y tener estrecha relación con la implementación del ISTMO debe esperarse a que operen por un período antes de evaluarlos para su uso en los proyectos financiados por el BID.
- 5.6 En el párrafo 3.7 del POD se describen los flujos de desembolsos.
- 5.7 Las rendiciones de cuentas para el componente del per cápita, será hará con la demostración de los pagos efectuados a los proveedores de servicios de salud. Los resultados de cobertura y desempeño serán verificados por el MINSA, la ATE y la auditoría social.
- 5.8 También se podrán hacer reembolsos de pagos o pagos directos a los proveedores.
- 5.9 El plan financiero inicial indica que por fuente BID durante 2016 se requerirán desembolsos por \$22,7 millones.

### **D. Control interno y auditoría interna**

- 5.10 La forma en que la CGR lleva adelante el control previo en los organismos de gobierno, provoca que los sistemas de control interno y auditoría interna de estas instituciones estén poco desarrollados ya que descansan en la labor de la Contraloría en lugar de tener procesos y controles efectivos. Esto hace que no se consideren adecuados para ejercer la función de control requerido en los proyectos.

### **E. Control externo e informes**

- 5.11 La CGR ha focalizado su actuación en el control previo ejercido sobre los actos de disposición de bienes del estado siendo poco desarrollada su función de auditoría, además por participar en los procesos administrativos mediante el control previo, no tiene la independencia necesaria para realizar las auditorías, por lo cual se considera que no tiene la capacidad requerida para realizar el control externo del programa.
- 5.12 Se solicitarán estados financieros auditados del proyecto en forma anual por una firma auditora independiente aceptable para el Banco, antes de los 120 días posteriores del cierre de cada vigencia fiscal o de la fecha de último desembolso.

---

<sup>3</sup> En 2011 se hizo una evaluación de los sistemas de presupuesto, tesorería y contabilidad y reportes, y el SIAFPA solo se aceptó para la gestión financiera de proyectos financiados por el BID si se hacía a través del módulo de proyectos SIAFPA-PRO. Con el cambio hacia ISTMO este módulo dejó de operar cuya evaluación se realizaría una vez el sistema tenga al menos un vigencia fiscal completa operando.

Como servicios de aseguramiento, se solicitará a los auditores que emitan una opinión semestral sobre la efectividad de los controles internos.

**F. Plan de supervisión financiera**

- 5.13 La supervisión financiera estará focalizada en reuniones periódicas con el ejecutor, los informes de los auditores mencionados en el párrafo anterior y la ATE. La documentación soporte de los desembolsos será revisada en forma posterior por los auditores o en las visitas de inspección financieras que se realicen.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-\_\_\_/15

Panamá. Préstamo \_\_\_\_/OC-PN a la República de Panamá  
Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas  
de Servicios de Salud

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Panamá, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$140.000.000, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015)

LEG/SGO/CID/IDBDOCS#39930355  
PN-L1115