

## PROGRAMA MULTIFASE DE TRANSFORMACION INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD.

## FASE I

(PN-0076)

## RESUMEN EJECUTIVO

<b>Prestatario:</b>	República de Panamá		
<b>Organismo ejecutor:</b>	Ministerio de Salud (MINSAL)		
<b>Monto y fuente:</b>		<b>Primera Fase</b>	<b>Segunda Fase</b>
	IDB: (OC)	US\$35,0 millones	US\$63,0 millones
	Local:	US\$15,0 millones	US\$27,0 millones
	Total:	US\$50,0 millones	US\$90,0 millones
<b>Términos y condiciones:</b>	Plazo Amortización:	25 años	
	Período de Gracia:	3,5 años	
	Desembolso:	3,5 años	
	Tasa de Interés:	variable	
	Inspección y vigilancia:	1% del total del préstamo	
	Comisión de crédito:	0,75% del saldo no desembolsado	
	Moneda:	US\$ Facilidad Unimonetaria	
<b>Objetivos:</b>	<p>Este préstamo de inversión busca contribuir al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población de Panamá, por medio de transformaciones institucionales que mejoren la eficiencia, eficacia, calidad, sostenibilidad y equidad en la organización, producción, financiación, y regulación de los servicios de salud. Para conseguir este objetivo general, el proyecto se apoyará en los siguientes objetivos específicos: (i) aumentar la capacidad del Ministerio de Salud para ejercer su papel rector y regulador; (ii) aumentar la cobertura de servicios de atención básica a poblaciones en extrema pobreza; y (iii) transformar la gestión para la producción de servicios de salud.</p>		
<b>Descripción:</b>	<p>El programa tendrá dos fases. La primera fase durará tres años y se concentrará en: (i) proponer y desarrollar cambios institucionales en áreas críticas de la regulación del sector; (ii) diseñar y aplicar innovaciones en la entrega de servicios básicos de salud a los más pobres de Panamá; y (iii) iniciar el proceso de descentralización de la gestión de los servicios en 5 de las 14 regiones de salud del país. La segunda fase tendría un período de ejecución de tres años y propiciaría la consolidación de las transformaciones institucionales logradas en la primera fase al: (i) extender la descentralización a las 14 regiones del país; y (ii) institucionalizar las innovaciones en</p>		

la entrega de servicios básicos como mecanismo para aumentar la cobertura de servicios. Se desarrollarán tres componentes:

**Componente 1. Transformación Institucional del MINSA para el desarrollo de su papel rector y regulador (US\$6,5 millones)**

La transformación del Minsa se conseguirá a través de la combinación de actividades de dos tipos: (i) actividades dirigidas a propiciar transformaciones al interior del Minsa, incluyendo cambios en la estructura de incentivos y el modelo organizacional, además del mejoramiento de procesos administrativos y tecnológicos; y (ii) actividades de transformación en la formulación e implementación de políticas, e intervenciones que trascienden la esfera del Minsa y generan impacto sobre otros actores del sector.

En cuanto a la **transformación interna**, el programa impulsará: (i) ajuste del modelo y la estructura organizacional; (ii) avances en la administración de la información; (iii) y desarrollo de estrategias de mercadeo social como herramienta de promoción del programa y manejo estratégico del cambio; y también como herramienta intersectorial de promoción de la salud.

Con respecto al **cambio institucional sectorial**, el proyecto se enfocará en: (i) formulación e implantación de políticas para el desarrollo de los recursos humanos del sector, incluyendo certificación y acreditación, investigación del desempeño del sector salud, y regulación del sector farmacéutico; y (ii) apoyo a la coordinación intrasectorial entre el MINSA y la CSS, con la meta específica de preparar y ejecutar un plan maestro conjunto de inversiones; y formular e implementar un marco tarifario que permita normalizar las relaciones de compra y venta de servicios entre el MINSA y la CSS.

**Componente 2. Innovaciones en la entrega de servicios básicos de atención primaria (US\$24,8 millones)**

Este componente pretende aumentar la cobertura de servicios básicos de salud al entregar un Paquete Integral de Servicios de Salud (PAISS) hasta a 450.000 de los habitantes más pobres de Panamá al final de la fase 1 del programa. Este paquete contiene intervenciones de atención primaria altamente costo-efectivas que serán entregadas bajo contrato por Organizaciones Extrainstitucionales (OE) de variados tipos: ONGs, organizaciones cívicas, organizaciones religiosas, y cooperativas, entre otras. Para lograr su propósito, el componente desarrollará actividades paralelas de: (i) fortalecimiento de los actores involucrados; (ii) focalización de las comunidades; y (iii) seguimiento y evaluación. La financiación del Banco se hará de forma decreciente para impulsar la apropiación financiera por parte del país.

### **Componente 3. Transformación de la gestión para la producción de servicios de salud (US\$11,0 millones)**

El objetivo de este componente es mejorar la eficiencia, equidad y calidad de la prestación de los servicios en todos los niveles institucionales del Minsa, por medio de los cambios en las reglas e incentivos que gobiernan las relaciones entre la financiación y la prestación de los servicios. Las metas estratégicas básicas son iniciar la descentralización de la gestión hacia 5 Regiones de Salud, reorganizar la operación y las relaciones internas de los establecimientos de salud en el ámbito regional, e impulsar el mejoramiento de la gestión de 5 hospitales por medio del desarrollo de nuevos instrumentos de gestión y disponibilidad de sistemas de administración de la información.

Se desarrollarán tres subcomponentes: (i) impulso a la gestión descentralizada, por medio de la entrega de responsabilidades en gestión financiera y recursos humanos; (ii) reordenamiento de la oferta, por medio del desarrollo de pilotos de redes de servicios; y (iii) mejoramiento de la gestión hospitalaria en áreas administrativa y clínica.

#### **Estrategia del Banco en el país y sector:**

La estrategia del Banco para Panamá se concentra en cuatro aspectos prioritarios: (i) apoyo al ataque frontal a la pobreza y al aumento de la equidad; (ii) promover reformas económicas que aumenten la competitividad y el crecimiento; (iii) ayudar a consolidar el marco regulatorio, legal e institucional para el crecimiento sostenible; y (iv) contribuir a reformas institucionales que aumenten la gobernabilidad y la transparencia.

El Banco ha definido una estrategia de apoyo al país en salud que busca el mejoramiento de los servicios, con énfasis en las poblaciones pobres y la transformación institucional del sector. Esta estrategia impulsa una serie de cambios en los esquemas de asignación de los recursos, en los mecanismos de financiación y construcción de incentivos para la gestión de los servicios, y en la especialización del MINSA como rector y regulador del sector. Se propone focalizar el gasto público en salud hacia las poblaciones más pobres y contribuir a subsanar las profundas desigualdades existentes.

#### **Revisión social y ambiental:**

El proyecto incorporará las reglamentaciones vigentes sobre licencias ambientales en todas las inversiones en obras civiles y compra de equipos que se financien a través del préstamo (p. 2.51). El proyecto promoverá además la inclusión de temas ambientales en los protocolos de habilitación y acreditación de establecimientos de salud (p. 2.21). Asimismo, los términos de referencia para contratos o convenios de compra de bienes y servicios que se preparen dentro del componente 2 contendrán cláusulas para

garantizar el cumplimiento por parte de los contratistas de las reglamentaciones ambientales vigentes (p.3.16). Las actividades de mejoramiento de la gestión de hospitales incluirán un módulo sobre gestión ambiental que incorpora planificación y manejo de residuos, y salud ocupacional, entre otros temas (p.2.59).

**Beneficios:**

El presente programa apoya la entrega de servicios de salud de atención primaria a una población de hasta 450.000 habitantes, todos ellos bajo la línea de pobreza. La entrega de un paquete de intervenciones altamente costo-efectivas, orientado a las poblaciones más pobres, especialmente los niños y mujeres, se constituye en un esquema de focalización de gasto público que ataca simultáneamente los problemas de desigualdad en el acceso y de ineficiencia en la asignación de los recursos. Se fomentará un enfoque de género, tanto en la selección del tipo de organización comunitaria, como en la composición del paquete de beneficios. El sistema de información desagregará los datos para medir el impacto del programa sobre las mujeres, en cuanto a calidad y equidad.

La población indígena hace parte de las poblaciones objetivo del ejercicio de focalización, en razón de sus condiciones de pobreza extrema. El programa permitirá que ajustes al diseño de los paquetes y la modalidades de entrega consulten con las poblaciones objetivo, de manera que la entrega del PAISS se haga respetando e incorporando las particularidades socioculturales y epidemiológicas de las poblaciones indígenas

**Riesgos:**

Tanto los procesos de descentralización, como la innovación en la entrega de servicios básicos de salud a los pobres podrían encontrar resistencia de parte de grupos de trabajadores de la salud. En el caso de las innovaciones, se mostrará que la ampliación de cobertura mediante la entrega del PAISS se hará en comunidades donde no existe oferta disponible, sea por carencia de infraestructura, o por falta de personal, por lo que el programa no representa competencia directa a la oferta pública, ni propone el cierre de establecimientos de salud del Minsa. Además, como mecanismo de minimizar el riesgo de obstrucción a las actividades de las OE por parte de los trabajadores de la salud, las Direcciones Regionales recibirán los fondos del FOGI para desarrollar actividades similares a las de entrega del PAISS, y por tanto responder en situación de igualdad en cuanto a la disponibilidad de insumos. En este sentido, el programa utilizará los recursos del mercadeo social para informar a los interesados que el objetivo del programa es promover la complementariedad público-privada, y no reemplazar una oferta por la otra.

En el caso de la descentralización, el manejo de la información pública y la estrategia de mercadeo social dotarán al Minsa de las

herramientas para detectar los potenciales riesgos y responder efectivamente con el desarrollo de los recursos humanos. Existe el riesgo de enfrentar resistencia de parte de las Regiones de Salud ante la propuesta de descentralización, si ésta no muestra resultados tangibles. El programa analizó un menú de opciones y propone una serie de cambios tangibles y deseados por las Regiones, en las áreas financiera y de recursos humanos. El programa promoverá las coaliciones entre proveedores de servicios, gobierno y opinión pública, mostrando las ganancias de cada una de las partes y las ventajas del trabajo conjunto.

Existe el riesgo de no encontrar un apropiado entendimiento con la CSS para el ejercicio de la coordinación. El programa apoyará por un lado la construcción de argumentos técnicos, y por otro, la definición de un número limitado de puntos de interfase, de forma tal que la discusión de focalice y cuente con suficiente soporte cuantitativo.

Se prevé que la primera fase del programa se ejecutará durante el mandato del gobierno actualmente en el poder. La preparación del reporte final coincidirá con el cambio en el gobierno y existirá el riesgo de dilaciones en el proceso durante la transición. Este riesgo se mitigará al: (i) presentar los avances institucionales en el sector y el aporte del programa; y (ii) presentar, además, una propuesta para la nueva tabla de hitos que refleje los cambios sectoriales recientes, así como las líneas estratégicas del gobierno entrante.

**Condiciones contractuales especiales:**

Previo al primer desembolso del programa, evidencia de la suscripción del convenio entre el Minsa y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para realizar actividades de administración financiera. Su texto deberá ser aprobado por el Banco antes de la suscripción. (p. 3.9)

Se requiere dentro de la ejecución del programa la realización de revisiones técnicas anuales y una evaluación de medio término. (p.3.34).

Se contratarán servicios de consultoría para desarrollar una evaluación concurrente del programa, que incluirá la preparación de informes trimestrales sobre el avance del programa. (p.3.36)

**Clasificación de la equidad social y de la pobreza:**

Esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social, como se describe en los objetivos claves para la actividad del Banco contenidos en el informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (documento AB-1704) (pars. 4.13-4.14) También esta operación califica como un proyecto orientado a la reducción de la pobreza (PTI) (par. 4.18). El prestatario no utilizará el 10 % del financiamiento adicional (p. 2.63).

**Excepciones a las políticas del**

Se propone autorizar la contratación directa del PNUD, como Agencia Especializada para realizar actividades de administración financiera en apoyo a la UGAF. Los costos del PNUD se cargarán

- Banco:** a la contrapartida local. (Ver párrafos 3.8 y 3.9)
- Adquisiciones:** Se exigirá licitación pública internacional: (i) para la construcción de obras de un valor mayor de US\$1.000.000; y (ii) la adquisición de bienes y servicios conexos por más de US\$250.000. Se hará concurso público internacional para consultorías superiores a US\$200.000. Para montos menores, se aplicarán los procedimientos especiales que se incluyen en el Anexo D del contrato de préstamo.
- Para la contratación de los servicios del Paquete Integral de Servicios de Salud –PAISS-, se mantendrá abierto durante la ejecución del programa un registro de firmas calificadas. Se aplicará la modalidad de contratación con presupuesto fijo, contemplada dentro del documento GN-1679 referente a modificaciones a la política del Banco para contratación de servicios de consultoría. Se predeterminará un valor de los contratos, que será resultante de multiplicar el valor per cápita definido por anticipado y la población a atender. La selección de las firmas que entregarán los servicios se hará sobre la base de la propuesta técnica solamente. (pars. 3.21 y 3.22)

## **I. ANTECEDENTES**

### **A. La situación social**

- 1.1 En años recientes, Panamá ha logrado un crecimiento económico continuo, reflejado en mejoras en su Producto Interno Bruto per cápita. En este contexto, el país ha priorizado la inversión en los sectores sociales, la cual ha venido creciendo en los últimos cinco años a una tasa anual de 6,3%. Panamá cuenta con uno de los niveles de gasto social más altos en Latinoamérica (21% del PIB contra 13,5% de promedio en Latinoamérica). Esta combinación de políticas económicas y sociales ha contribuido a mantener los niveles de empleo y reducir el número de familias bajo la línea de pobreza de 44% de la población en 1991 a 37% a fines de 1999.<sup>1</sup>

#### **1. La pobreza en Panamá**

- 1.2 El alto gasto social y la reducción del número de familias bajo la línea de pobreza no ha logrado reducir las profundas desigualdades sociales. Más de un tercio de la población (37% de la población, que significa 1,02 millones de personas) vive en la pobreza, y de éstos, casi la mitad viven en extrema pobreza.<sup>2</sup> Dicha pobreza se encuentra concentrada geográficamente y por etnicidad. Las áreas rurales, las cuales representan el 44,4% del total de la población, cuentan con más de dos tercios de los habitantes pobres (77%, 788 mil) de los cuales casi el 91% (467 mil) se encuentran en extrema pobreza. Por otro lado, los indígenas, los cuales representan el 8% de la población rural, tienen un 95% de probabilidad de ser pobres y un 86% de vivir en indigencia. Esta distribución de los pobres refleja la alta incidencia de pobreza en las áreas rurales (65%) en comparación con las áreas urbanas (15%).
- 1.3 La pobreza en Panamá refleja problemas subyacentes de inequidad en la distribución de activos productivos clave, como capital humano, capital social, trabajo, y activos físicos y financieros; lo cual a su vez refleja un legado de distorsiones en la economía del país. Las distorsiones económicas se han visto acompañadas por distorsiones e ineficiencias en la distribución del gasto público. En el caso del sector salud, una muestra de estas ineficiencias es el hecho de que el quintil más pobre de la población es el menos beneficiado del gasto público en servicios de salud debido a bajos niveles de utilización y bajo acceso.<sup>3</sup>

### **B. El sector salud**

#### **1. Debilidades institucionales**

- 1.4 El Ministerio de Salud en Panamá (MINSa) tiene bajo su responsabilidad la atención del 34% de la población total del país, para lo cual cuenta con un presupuesto aproximado de US\$180,0 millones por año, acumulando el 44% del

---

<sup>1</sup> Panama Poverty Assessment. World Bank 2000

<sup>2</sup> Encuesta de Niveles de Vida del 97. La ENV 97 permite un examen de las condiciones de vida en el país. Estas estimaciones de pobreza se basan en una línea de pobreza general de B/905 por persona, es decir, B/75 al mes por persona, y una línea de pobreza extrema de B/519 al año.

<sup>3</sup> Panama Poverty Assessment. World Bank 2000

gasto público en salud. Durante los últimos años, el Minsa ha comenzado un proceso de transformación institucional que apunta a asumir un papel creciente como rector y regulador del sector. La transformación institucional ha enfrentado problemas relacionados con (i) la estructura de la organización, (ii) la capacidad de coordinación intrasectorial, (iii) y la disponibilidad de herramientas técnicas para la regulación.

- 1.5 **Estructura y procesos.** El ejercicio efectivo del papel de rectoría se ha visto afectado por las discrepancias entre las nuevas funciones y la estructura de la organización, la administración y la capacitación de sus recursos humanos, la formulación y seguimiento de políticas, y la disponibilidad de información de soporte.
- 1.6 Con respecto a la situación organizacional del Minsa, el más reciente análisis institucional<sup>4</sup> muestra que la percepción de los funcionarios es que: (i) la estructura organizacional superior determina una división del trabajo que no corresponde a los procesos prioritarios del Minsa; (ii) no está claramente definido el ámbito de competencia y las funciones de las diferentes dependencias; (iii) la falta de precisión de las responsabilidades funcionales de las dependencias superiores origina duplicaciones y colisión de competencias; (iv) no existe un mecanismo efectivo para la coordinación, por lo cual se presentan duplicaciones y vacíos; y (v) la estructura organizacional superior del Ministerio no coincide con la estructura presupuestaria, hecho que determina que, desde un punto de vista práctico, la estructura organizacional discrepe de la estructura decisional. Todas estas circunstancias predisponen a que amplios esfuerzos administrativos y financieros se concentren en la organización de la prestación directa de los servicios, a expensas de los esfuerzos organizacionales requeridos para ejercer más efectivamente la regulación y rectoría.
- 1.7 El Minsa es una organización que cuenta con aproximadamente 10.000 funcionarios permanentes y 6.000 contingentes. La administración de este recurso se basa en procesos administrativos obsoletos, que incluyen rutinas ineficientes, centralizadas y carentes de soporte informático adecuado, lo que desencadena altos costos administrativos, inflexibilidad en la gestión de personal y respuesta lenta ante las demandas de las regiones de salud. En el ámbito sectorial, el Minsa enfrenta dos retos críticos: (i) la legislación vigente exige que el Minsa contrate a todos los médicos que terminan su formación universitaria. Con un indicador de 1 médico por 500 habitantes<sup>5</sup>, concentrados en las áreas urbanas, y con tendencia creciente<sup>6</sup>, la capacidad de absorción financiera llegará a límites insostenibles durante esta década; y (ii) no existe un mecanismo formal de certificación y acreditación de recursos humanos e instituciones formadoras, que impulse el mejoramiento de la calidad de los profesionales y evalúe continuamente su desempeño.

---

<sup>4</sup> Jaime Silva. Análisis Institucional del Minsa. Reporte de consultoría. 2001

<sup>5</sup> Bastante alto para los estándares regionales

<sup>6</sup> Se han abierto dos nuevas facultades de medicina durante los últimos 3 años.



- 1.8 El Minsa es un procesador de datos administrativos y clínicos en todas las esferas de la organización. El procesamiento de los datos para su conversión en información para la toma de decisiones es actualmente un proceso poco estructurado, que utiliza múltiples estructuras de bases de datos, sistemas independientes de procesamiento, a lo cual se une la inexistencia de sistemas para la integración e intercambio de información producida en diferentes niveles del sector. Estas carencias tienen un impacto directo sobre la administración propia del Minsa como organización, y también sobre el sector que desea comandar.
- 1.9 Además de la debilidad en la administración de la información, el Minsa ha debido afrontar dificultades para hacer seguimiento de políticas y contar con una base de información obtenida a través de la investigación sobre el desempeño del sistema de salud. El Instituto Conmemorativo Gorgas para estudios de la Salud (ICGES) ha recibido el mandato del Ministerio para acometer la tarea de desarrollar una política de investigación y guiar el proceso en coordinación con otras instancias de investigación. El ICGES cuenta con experiencia en investigación clínica y de salud pública, pero carece de los instrumentos para el desarrollo de investigación en sistemas de salud.
- 1.10 **Coordinación.** La rectoría del Minsa enfrenta un reto de gran escala representado por las relaciones con la Caja de Seguro Social (CSS), entidad que cubre al restante 66% de la población. La falta de coordinación se evidencia entre otras cosas por: (i) la duplicación de las inversiones en infraestructura, que ha llevado a que Panamá, con 2,8 camas por 1.000 habitantes<sup>7</sup>, tenga uno de los indicadores más altos de Latinoamérica, y (ii) los subsidios cruzados por falta de un sistema válido de registro y transacción financiera referido a las atenciones que una entidad presta a la otra.
- 1.11 Durante los últimos dos años, una comisión conjunta creada a partir de un convenio<sup>8</sup> firmado por ambas partes, ha presentado una primera propuesta de coordinación de las inversiones en infraestructura. Sin embargo, por falta de un mecanismo formal de seguimiento de los compromisos y de ajuste de los planes, ambas partes han perdido confianza en el proceso, y éste se encuentra suspendido.
- 1.12 El sistema de compensación de costos, que fue concebido como el mecanismo para realizar las transacciones financieras entre las dos organizaciones, por concepto de las atenciones de salud que la una presta a la otra, no ha generado un acuerdo marco permanente y transparente que garantice el flujo regular de recursos. El hecho de que el objetivo del sistema era realizar reembolsos basados en los costos reales incurridos por cada una de las organizaciones, ha implicado una continuo descalificación de los sistemas de recolección de información, y estructura contable de cada una de las partes. En términos reales, mientras que los flujos solicitados por el Minsa han sido de aproximadamente US\$9m por año, los reconocimientos de la CSS en los últimos tres años han sido del orden de los US\$3m por año, sin consideración a la información de soporte disponible.

---

<sup>7</sup> Especialmente en áreas urbanas

<sup>8</sup> Convenio de coordinación institucional entre el Minsa y la CSS para el desarrollo del proceso de reforma de la salud pública. 1998

- 1.13 Las relaciones de coordinación del Minsa con la CSS se han manejado en el plano de los servicios de salud, sin involucrarse en los otros aspectos del aseguramiento que la CSS maneja, como el tema pensional. La CSS mantiene su intervención sobre el tema pensional y de administración del aseguramiento de riesgos profesionales. Si bien existe un creciente debate sobre la sostenibilidad del sistema de pensiones, este tema no hace parte de la interfase técnico-financiera con el Minsa, la cual se enfoca esencialmente en la prestación de los servicios de salud.
- 1.14 **Regulación.** La industria farmacéutica en Panamá está regulada por el Minsa. En Enero de 2001 se promulgó la Ley de Comercialización de Medicamentos, que entrega al Minsa responsabilidades sobre reglamentación, control previo y posterior de los registros sanitarios, control de calidad y la farmacovigilancia. El Minsa ha mostrado una limitada capacidad para definición de políticas, seguimiento y procesamiento administrativo de registros relacionados con el sector farmacéutico y ahora enfrenta el reto de comandar la implementación de la nueva Ley.

## **2. Financiamiento y producción de servicios**

- 1.15 A pesar del 7,5% del PIB que se gasta en salud en Panamá (de los más altos de Latinoamérica<sup>9</sup>), los resultados de salud del sistema muestran desigualdades críticas. Mientras la expectativa de vida para la población general es de 74 años, para los segmentos más pobres es de 63 años, y mientras la mortalidad infantil agregada es de 17,2 por 1000 nacidos vivos, los 40 distritos más pobres del país muestran cifras que oscilan entre 40 y 50 por 1000 nacidos vivos.
- 1.16 Estas desigualdades están relacionadas con ineficiencia en la asignación del gasto. De éste, se asigna el 65% al área hospitalaria, mientras que solo se asigna el 28% para atención primaria. El hecho de que los quintiles más afluentes de la población utilizan mayoritariamente los hospitales públicos, mientras que el quintil más pobre utiliza con más intensidad los centros de salud<sup>10</sup>, respalda la tesis de la ineficiencia en la asignación del gasto como elemento explicativo de las cifras de desigualdad mencionadas. La capacidad de expansión de la red pública está limitada por la escasez de recursos de inversión en la zona rural y por la falta de incentivos para que el personal de salud se desplace a las zonas rurales.
- 1.17 En términos reales, las distorsiones mencionadas arriba generan brechas de cobertura de atención en salud en poblaciones pobres vulnerables, como niños y mujeres del área rural. La población beneficiaria puede dividirse en urbana, rural indígena, rural no indígena y urbano-marginal, según criterios de acceso geográfico a los servicios, patrón epidemiológico, y oferta disponible.

---

<sup>9</sup> De características similares aparecen Argentina con 10.6% del PIB, Colombia con 9,5% y Costa Rica con 8,5%

<sup>10</sup> En cuanto a los hospitales públicos, mientras que el 15,2% del quintil 1 lo utiliza, el porcentaje sube a 26,5% en el caso del quintil 5. Al contrario, mientras que el 28,9% del quintil 1 utiliza el centro de salud, solo el 6,5% del quintil 5 lo hace

- 1.18 Aunque en la poblaciones pobres persisten problemas de salud relacionados a enfermedades de tipo infecciosas, existe un perfil creciente en Panamá, constituido por las enfermedades crónicas, las degenerativas, y las violencias. Las violencias son el problema de salud pública más importante en la actualidad. Las tasas de mortalidad por causas externas (relacionadas con la violencia), calculadas por 100.000 habitantes, se colocaron en los últimos 20 años como segunda causa de muerte con tasas que fluctuaron entre 48,5 y 59,7, superadas apenas por las muertes por tumores.<sup>11</sup> La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA es otro de los problemas críticos de salud pública que enfrenta el país. A partir de 1992 se ha dado un aumento progresivo y significativo en el número de casos, y ya para 1998 el incremento fue de 4,7 veces comparado con 1992.<sup>12</sup>
- 1.19 El Ministerio de Salud opera un conjunto de más de 700 establecimientos de salud, entre centros, subcentros y puestos de salud, hospitales regionales y hospitales nacionales. Existen 14 regiones de salud que operan como un nivel subnacional del MINSA, pero que carecen de los instrumentos y las capacidades para la toma de decisiones administrativas y presupuestales.
- 1.20 Las regiones manifiestan que los principales problemas organizacionales y administrativos en sus relaciones con el nivel central son: (i) escaso desarrollo de la descentralización efectiva; (ii) débil capacitación gerencial; (iii) desarticulación del sistema de información gerencial; (iv) falta de coordinación para el desarrollo de procesos y la toma de decisiones; (v) inflexibilidad y carencia de autonomía para ciertos aspectos de la gestión del recurso humano; y (vi) carencia de recursos financieros y capacidad de decisión para la adquisición de insumos.<sup>13</sup>
- 1.21 En el caso específico de la administración financiera, las regiones y los hospitales disponen de dos fondos de financiamiento. Uno llamado “fondo de trabajo” altamente centralizado en su ejecución y otro llamado “fondo de administración” conocido también como recursos de autogestión. Los recursos de este último fondo son los únicos sobre los cuales los directores regionales y de los hospitales tienen discrecionalidad para la compra de medicamentos de urgencia, mantenimiento de instalaciones físicas y equipos, gastos varios como gasolina, viáticos, transporte etc. Estos recursos no pueden ser destinados a la contratación de personal.
- 1.22 Del presupuesto global del Minsa, 98% es distribuido y ejecutado a través del fondo de trabajo, y el 2% a través del fondo de administración. El fondo de trabajo se distribuye aproximadamente un 75% para la nómina, un 15% para administración y un 10% para insumos, calculado por inercia histórica. El fondo de administración se nutre de recursos que provienen de recuperación de costos (cobros a pacientes no asegurados) y los llamados recursos incorporados que corresponden a ingresos varios por donaciones de loterías, multas, etc. Estos recursos cuando corresponden a los hospitales se administran en los llamados “fondos hospitalarios de administración” que son de ágil manejo por los directores

---

<sup>11</sup> Situación de salud en Panamá. Minsa 2000

<sup>12</sup> Situación de salud en Panamá. Minsa 2000

<sup>13</sup> Francisco Yepes. Análisis de la descentralización regional. Alternativas de intervención. Reporte de consultoría. 2001

de hospitales; mientras que cuando corresponden a los demás organismos de salud, se administran por la “cuenta 210”, lo que implica que deben ser autorizados previamente por el Ministerio de Finanzas. De acuerdo con el anteproyecto de presupuesto de 2001 la proporción de los recursos totales que corresponden al manejo descentralizado representa el 2,4%.

- 1.23 Aunque existen variaciones entre las Regiones, usualmente el presupuesto de una Dirección regional se compone de un 80% proveniente del fondo de trabajo y un 20% aportado por el fondo de autogestión.
- 1.24 Los datos disponibles del sector hospitalario muestran que los niveles de eficiencia técnica actuales presentan una ventana de incrementos en la productividad de un poco más del 40%, manteniendo constantes los ingresos<sup>14</sup>. La falta de delegación, la inexistencia de incentivos para premiar la productividad y la consiguiente falta de rendición de cuentas, y la carencia de entrenamiento para la toma de decisiones en el ámbito de los establecimientos de salud han sido mencionada como causales de los problemas de eficiencia ya mencionados.<sup>15</sup>
- 1.25 En el ámbito de las relaciones entre los establecimientos de salud dentro de un espacio regional, los datos existentes muestran debilidad en los sistemas de referencia y contrarreferencia, escasa capacidad de coordinación para desarrollo de procesos administrativos conjuntos, y duplicación de esfuerzos.

### **C. Experiencia del Banco y otras organizaciones**

- 1.26 El gobierno de Panamá ha ejecutado el préstamo 803/OC-PN y la ATN/JF-6339-PN. El préstamo 803/OC-PN (por US\$42,0 millones), presentó retrasos en la ejecución durante el año 1995 debido a que el nuevo gobierno presentó una solicitud de reformulación, cuyo análisis consumió varios meses, sin modificarse los objetivos de desarrollo originales. En los siguientes cinco años (1996-2000), los desembolsos aumentaron del 1% al 78%, y se espera que la ejecución finalice en Diciembre del 2001, según el Plan Anual Operativo vigente.
- 1.27 El proyecto ha dejado lecciones generales en cuanto a (i) el papel positivo de los grupos organizados de la comunidad en el apoyo a la gestión de los servicios básicos de salud, especialmente en los 4 Centros de Promoción de la Salud desarrollados por el proyecto; (ii) la necesidad de propiciar espacios de consenso y discusión de la información pública para mitigar los riesgos de implementación de iniciativas novedosas, como la Ley N°28 de CONSALUD<sup>16</sup> que separa el financiamiento de la provisión de los servicios o la Ley N°27 que crea el Patronato del Hospital San Miguel Arcángel (HISMA) y promueve la gestión autónoma de los hospitales públicos; y (iii) la utilización de una Unidad Coordinadora del proyecto, estrechamente integrada con la Unidades Ejecutoras del MINSA, que garantiza la apropiación de los procesos de cambio mediante Planes Anuales

---

<sup>14</sup> Huget et al. Propuesta Conceptual para la Reforma de Salud en Panamá. Programa 803/OC-PN BID

<sup>15</sup> Nelson Hernández. Análisis de la Gestión de hospitales y Servicios. Reporte de Consultoría. 2001

<sup>16</sup> Aunque su espectro era nacional, actualmente solo funciona para la financiación del HISMA

Operativos realistas y un personal capacitado para manejar los procesos de adquisiciones.

- 1.28 De manera particular, el proyecto ha apoyado el desarrollo de un modelo de gestión novedoso para los Hospitales Cecilio Castillero y Aquilino Tejeira. En ambos hospitales el proceso de incorporación de las tecnologías ha sido lento y el cambio institucional hacia el mejoramiento del desempeño ha sido irregular. Los datos preliminares de evaluación de la implantación del modelo muestran que al menos dos elementos explican la situación: (i) la ausencia de cambios tangibles en el esquema de asignación de los presupuestos al hospital, sin la mediación de un instrumento que relacione las metas propuestas con los presupuestos entregados; y (ii) la descordinación entre la instalación de las tecnologías, el entrenamiento del personal, y la relación de éstas con el proceso global de mejoramiento de la gestión.
- 1.29 La ATN/JF-6339-PN (US\$450.000) permitió el desarrollo de instrumentos de política para guiar el proceso de reforma del sector salud en Panamá. Entre otras lecciones, la ATN ha permitido: (i) identificar la complejidad técnica y política que conlleva un proceso de reforma; (ii) plantear la necesidad de utilizar un enfoque gradual, que trasciende los esfuerzos de un solo gobierno; y (iii) hacer evidente la fragilidad del sistema de información que alimenta los instrumentos de formulación y seguimiento de las políticas.
- 1.30 En el contexto de la preparación de esta operación, el Banco se encuentra preparando la TC-01-01-02-8-PN, que estará orientada hacia el diseño, la ejecución y la evaluación de innovaciones en el suministro de servicios básicos de salud y nutrición para poblaciones indígenas de la etnia Ngöbe-Buglé. Se garantizará la coordinación con otras iniciativas que el Banco desarrolla en este campo, a la luz de las nuevas reglamentaciones. También se prepara la TC-01-04-030 que está orientada a apoyar a grupos diversos de la comunidad para que participen de una manera efectiva en el diseño, prueba, implantación y seguimiento de la entrega de un paquete de beneficios de salud a las poblaciones más pobres de Panamá.
- 1.31 El MINSA, con financiación del Banco Mundial, se encuentra ejecutando un programa que entrega un Paquete de Servicios Básicos (PSB) a poblaciones rurales pobres en Panamá, mediante la contratación de ONGs proveedoras de servicios de salud. El equipo de proyecto ha revisado la documentación pertinente, las experiencias adquiridas por el Ministerio y las implicaciones para la nueva operación. El equipo ha considerado especialmente el examen de la oferta de ONG prestadoras de servicios de salud, los mecanismos de convocatoria de oferentes y el proceso de contratación. La revisión de las lecciones dejadas por esta experiencia han enriquecido el análisis de la nueva operación, su diseño y el plan de ejecución. Por otro lado, el Banco Mundial financia además un proyecto de reforma que ha estado enfocado en la región de San Miguelito. El equipo de proyecto ha acordado con el Minsa que el proyecto con financiación del Banco Mundial mantendrá su enfoque en el desarrollo legislativo y reglamentario y en la terminación de los estudios sobre identificación de beneficiarios, desarrollo de redes y diseño de esquemas de compensación de costos en la región mencionada. La nueva operación

del Banco partirá de los resultados ya obtenidos y mantendrá, a instancias del Minsa, la coordinación con el proyecto Banco Mundial.

**D. Estrategia del país y del Banco**

- 1.32 La política social del gobierno de Panamá contiene cuatro lineamientos estratégicos principales: (i) generación de más y mejores empleos; (ii) aumento en el acceso de la población a los servicios sociales básicos; (iii) promoción de la participación de la sociedad civil y la descentralización de los programas sociales; y (iv) el logro de la sostenibilidad financiera de las políticas y programas sociales.
- 1.33 Para apoyar la agenda social del gobierno, el Ministerio de Salud ha definido una visión estratégica de mediano y largo plazo.<sup>17</sup> Con esa base ha emprendido un proceso de cambio de su papel sectorial que busca, en el largo plazo, entregar a los niveles subnacionales las responsabilidades administrativas y financieras de la prestación de los servicios de salud, y a los establecimientos prestadores de servicios de salud plena autonomía de gestión<sup>18</sup>; para que el Minsa se concentre en un papel de comando estratégico del sector. En el corto plazo, el Minsa espera volcar sus esfuerzos en apoyar la atención básica mediante el aumento de las coberturas.
- 1.34 La visión estratégica que el Minsa ha diseñado define los objetivos de largo plazo e incorpora el menú de opciones que gradualmente tendrán que llevarse a cabo para alcanzar los objetivos. Dado que el desarrollo de las opciones demandará un alto grado de construcción de consenso, cambio institucional y desarrollo de los recursos humanos, el Minsa plantea un marco de desarrollo flexible, pero de esfuerzo sostenido que trasciende el espacio de tiempo de un solo gobierno.
- 1.35 La estrategia del Banco para Panamá se concentra en cuatro aspectos prioritarios: (i) apoyo al ataque frontal a la pobreza y al aumento de la equidad; (ii) promover reformas económicas que aumenten la competitividad y el crecimiento; (iii) ayudar a consolidar el marco regulatorio, legal e institucional para el crecimiento sostenible; y (iv) contribuir a reformas institucionales que aumenten la gobernabilidad y la transparencia.<sup>19</sup>
- 1.36 El Banco ha definido una estrategia de apoyo al país en salud que busca el mejoramiento de los servicios, con énfasis en las poblaciones pobres y la transformación institucional del sector. Esta estrategia impulsa una serie de cambios en los esquemas de asignación de los recursos, en los mecanismos de financiación y construcción de incentivos para la gestión de los servicios, y en la especialización del MINSA como rector y regulador del sector, para focalizar el gasto público en salud hacia las poblaciones más pobres y contribuir a subsanar las profundas desigualdades ya descritas.

---

<sup>17</sup> Políticas y estrategias de salud. Lineamientos para la reorganización de la red de servicios. Minsa 2000

<sup>18</sup> El Minsa desea además, probar esquemas de redes de integración vertical entre varios oferentes que actúen dentro de un mismo espacio territorial y bajo el mismo esquema financiero.

<sup>19</sup> Documento de País. Panamá. BID 2001

- 1.37 En conclusión, el Minsa ha definido un camino de transformación institucional que deberá sortear las debilidades estructurales, regulatorias y de coordinación detectadas, para enfocar sus esfuerzos en el comando rector y regulador del sector. La definición de objetivos de largo plazo irá acompañada de una combinación de cambios de política, construcción de consenso, inversión, y desarrollo de capital humano, cuya secuencia no es claramente discernible, y demandará flexibilidad en el acompañamiento que el Banco puede ofrecer. La estrategia del gobierno coincide con la del Banco en el sentido que en razón del calibre de las transformaciones planteadas, cuya implementación va más allá de los esfuerzos de un solo gobierno, se requiere de una implementación en fases sucesivas

## II. EL PROGRAMA

### A. Objetivos y descripción

- 2.1 Este préstamo de inversión busca contribuir al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población de Panamá, por medio de transformaciones institucionales que mejoren la eficiencia, eficacia, calidad, sostenibilidad y equidad en la organización, producción, financiación, y regulación de los servicios de salud. Para conseguir este objetivo general, el proyecto se apoyará en los siguientes objetivos específicos: (i) aumentar la capacidad del Ministerio de Salud para ejercer su papel rector y regulador; (ii) aumentar la cobertura de servicios de atención básica a poblaciones en extrema pobreza; y (iii) transformar la gestión para la producción de servicios de salud.
- 2.2 El cuadro I muestra la relación entre los problemas identificados, la estrategia propuesta, los componentes relacionados y algunos indicadores de resultados a conseguir durante la Fase I del programa.

Cuadro II-1

Problemas	Estrategia	Componente	Indicador de resultado
Debilidad en la regulación de los mercados y la protección de la salud de las poblaciones	Desarrollo de instrumentos para el ejercicio de la rectoría y regulación, con formulación y seguimiento de políticas	Componente 1	% profesiones de la salud certificadas % de establecimientos de salud habilitados y acreditados
Descoordinación sectorial Minsa/CSS	Formalización y apoyo a una instancia operativa de coordinación	Componente 1	Sistema de tarifas implantado
Ineficiencia en la asignación del gasto y baja cobertura de atención de poblaciones rurales e indígenas	Aumento de cobertura focalizada con la entrega de paquete de intervenciones costo-efectivas,	Componente 2	Población cubierta con entrega de paquetes Resultados de salud en las áreas atendidas (según línea de base y metas)
Ineficiencia en la prestación de servicios de salud	Desarrollo de mecanismos para la descentralización a regiones con mejoramiento gerencial de los prestadores y desarrollo de redes de servicios	Componente 3	% de metas de descentralización cumplidas Indicadores de desempeño de los hospitales cubiertos por el programa

### B. Estructura del programa

- 2.3 **Fase 1.** El programa constará de dos fases. En el anexo III se presenta una tabla que recoge los principales hitos de resultados que lograría el programa en la fase 1. La primera fase durará tres años y se concentrará en: (i) proponer y desarrollar cambios institucionales en áreas críticas de la regulación del sector; (ii) diseñar y aplicar innovaciones en la entrega de servicios básicos de salud a los más pobres de Panamá; e (iii) iniciar el proceso de descentralización de la gestión de los servicios en 5 de las 14 regiones de salud del país.



- 2.4 **Paso de Fase 1 a Fase 2.** Los elementos accionadores para el procesamiento de la fase 2 serán de dos tipos: (a) relacionados con los logros de los componentes; y (b) relacionados con la ejecución general del programa. Con respecto a los primeros, se utilizarán los siguientes: (i) que la población atendida por el componente 2 haya sobrepasado el 50% de la población objetivo y las metas de aumento de cobertura y desempeño se hayan alcanzado en más del 70%; (ii) que se hayan presentado substanciales avances en el fortalecimiento de la rectoría y regulación del Minsa, incluyendo los resultados del trabajo de coordinación MINSA-CSS; (iii) que estén disponibles los estudios de viabilidad técnica, financiera y política sobre la reforma del sector que sirvan de insumo para la discusión sobre la fase 2 del programa; y (iv) que se hayan obtenido substanciales avances en la política de descentralización de la organización y prestación de los servicios en las 5 regiones de salud seleccionadas<sup>20</sup>. Con relación a los segundos, se tendrán en cuenta los siguientes: (i) que se haya desembolsado al menos el 60% de los recursos de la Fase 1 de la operación; (ii) que el gobierno de Panamá se haya comprometido a mantener la financiación para seguir el aumento de cobertura en el componente 2; y (iii) que se hayan cumplido los compromisos de adecuado manejo de la ejecución contable, financiera y de auditoría externa del programa<sup>21</sup>.
- 2.5 Los indicadores específicos que se evaluarán para preparar el Informe de Desempeño y tomar una decisión sobre el posible procesamiento de un préstamo para la fase 2 se señalan en el Anexo IV.
- 2.6 **Fase 2.** La segunda fase tendría un período de ejecución de tres años y propiciaría la consolidación de las transformaciones institucionales logradas en la primera fase al: (i) extender la descentralización a las 14 regiones del país; y (ii) institucionalizar las innovaciones en la entrega de servicios básicos como mecanismo de aumento de cobertura, incrementando la población cubierta, o ampliando el paquete de servicios entregado. Además, se utilizarán los resultados de los estudios de viabilidad de la reforma para desarrollar transformaciones en: (i) la separación de la financiación y la prestación de los servicios; (ii) la consolidación de la autonomía de los establecimientos prestadores de servicios de salud; y (iii) la profundización de los mecanismos de coordinación y eventualmente integración del Minsa y la CSS.
- 2.7 A fin de lograr los objetivos señalados, el programa propuesto financiará actividades de asistencia técnica, capacitación e inversión. En la primera fase se ejecutarán tres componentes.
- 1. Componente 1. Transformación del MINSA para el desarrollo de su papel rector y regulador (US\$6,5 millones).**
- 2.8 Este componente busca transformar al Minsa para desarrollar su papel rector y regulador del sector salud de Panamá, incluyendo el fortalecimiento de su capacidad descentralizadora y de contratación de servicios en el área de atención básica para las poblaciones más pobres. La transformación del Minsa se conseguirá

<sup>20</sup> Incluye la revisión de cumplimiento de las medidas de protección ambiental

<sup>21</sup> En el anexo IV se indican los elementos concretos que se tendrán en cuenta para valorar el cumplimiento.

a través de la combinación de actividades de dos tipos: (i) actividades dirigidas a propiciar transformaciones al interior del Minsa, incluyendo cambios en la estructura de incentivos y el modelo organizacional, además del mejoramiento de procesos administrativos y tecnológicos; y (ii) actividades de transformación en la formulación e implementación de políticas, e intervenciones que trascienden la esfera del Minsa y generan impacto sobre otros actores del sector.

**a. Transformación interna del MINSA**

- 2.9 **Ajuste del modelo y la estructura organizacional** (US\$1,5m). Dado que el adecuado desarrollo del papel de rectoría se ha visto afectado por la carga administrativa derivada del funcionamiento centralizado, el ajuste al modelo organizacional persigue acercar la estructura del Minsa y su funcionamiento actual al modelo descentralizado y de rectoría que se desea impulsar. En ese orden de ideas, el programa desarrollará cuatro líneas de acción: (i) alineación del modelo organizacional y la estructura orgánica al modelo descentralizado y rector, con énfasis en el desarrollo de la función de contratación de servicios de salud; (ii) adecuación de la nomenclatura y los niveles jerárquicos de las Direcciones del Minsa de acuerdo con la orientación descentralizadora; (iii) desarrollo del contenido funcional, nivel de atribuciones y responsabilidades de las Regiones de Salud en el marco del nuevo modelo ya mencionado; y (iv) desarrollo de procesos prioritarios del Minsa, incluyendo administración de recursos humanos y gestión financiera para desarrollar el nuevo modelo organizacional.
- 2.10 Se financiarán las siguientes actividades: (i) asistencia técnica para el desarrollo del modelo descentralizado y de rectoría; (ii) talleres de consenso para presentación y ajuste del modelo antes mencionado; (iii) asistencia técnica para el análisis de planta de personal; y (iv) asistencia técnica para la inducción al modelo acordado y la ejecución del plan de implantación.
- 2.11 Con respecto a los procesos prioritarios, en recursos humanos, el programa: (i) financiará el diseño y la presentación de un menú de opciones para ajustar el esquema de incentivos para localización de recursos humanos en áreas de difícil acceso y escasa oferta; lo cual apoya la ampliación de cobertura de servicios que se impulsará en el componente 2; e (ii) implementará modificaciones a la administración de los recursos humanos en el Minsa para impulsar la descentralización. En el caso de la gestión financiera, se financiará: (i) el diseño e implantación de un sistema de presupuestación que apoye la descentralización; y (ii) mejoramiento de los sistemas de costeo de los servicios.
- 2.12 **Administración de la información estratégica** (US\$0,8m). El desarrollo de esta área de intervención dotará al Minsa de la información que requiere para la toma de decisiones. El programa financiará inicialmente una estrategia y plan de sistemas que analice (i) las fuentes de generación y procesamiento de datos al interior del sector; (ii) las aplicaciones informáticas desarrolladas por el Minsa directamente o por empresas externas; (iii) el perfil de los usuarios de la información; y (iv) el equipamiento existente, tanto en el nivel central, como en las regiones. La estrategia y plan de sistemas analizará las necesidades de información generadas en el Minsa por su nuevo papel en el sector, y propondrá un

dimensionamiento técnico y financiero que considere los adelantos existentes e identifique un esquema viable de administración de la información estratégica.

- 2.13 De manera prioritaria, la asistencia técnica se enfocará en la administración de la información para apoyar, entre otros, los procesos de (i) seguimiento y evaluación de políticas; (ii) fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas emergentes, y enfermedades crónicas; (iii) gestión y calidad de los servicios de salud; y (iv) administración de recursos humanos. Para ello se desarrollarán instrumentos tales como: (i) cuentas nacionales de salud; (ii) instrumentos para el seguimiento de la equidad y para el seguimiento del impacto de la promoción de la salud; (iii) encuestas nacionales de salud; y (iv) análisis de la situación y tendencias de salud.
- 2.14 El programa financiará la asistencia técnica y los talleres necesarios para la formulación de la estrategia y el desarrollo e implantación del plan de sistemas. Además, financiará el paquete de capacitación en administración de la información para los funcionarios de los niveles central y descentralizado. El programa financiará también las aplicaciones informáticas y los equipos de soporte incluidos en el plan de sistemas.
- 2.15 **Mercadeo social.** (US\$1,2m). El programa enfocará la financiación del mercadeo social en dos dimensiones: (i) como herramienta de promoción del programa y manejo estratégico del cambio; y (ii) como herramienta intersectorial de promoción de la salud.
- 2.16 La dimensión de **manejo estratégico del cambio** se enfocará en prevenir y/o superar resistencias al cambio, con especial énfasis en la gestión política de los siguientes elementos de la transformación: (i) ajuste del modelo y la estructura organizacional del Minsa; (ii) introducción de la complementariedad público-privada para la ampliación de la cobertura de servicios; y (iii) descentralización y fortalecimiento de las Regiones de Salud. En forma paralela, el mercadeo se utilizará para establecer una comunicación articulada y constante de los beneficios conseguidos con el programa que lleve a la construcción de alianzas con los actores sociales basada en el recuento objetivo de los logros. La formación de alianzas con la sociedad civil se apoyará en la formulación de una política para la promoción de la participación social. Se financiará: (i) asistencia técnica para la preparación de las estrategias; (ii) talleres de consenso extramuros e intramuros; (iii) talleres de divulgación; (iv) publicaciones y difusión de mensajes a través de medios masivos de comunicación; y (v) encuestas o grupos focales para evaluar satisfacción de los usuarios, y percepción de la sociedad sobre el papel del Minsa, el programa.
- 2.17 El programa apoyará con asistencia técnica el desarrollo de estrategias de mercadeo social para **promover la salud** a través del impulso hacia cambios en actitudes y comportamientos de la población. Se enfocará el esfuerzo técnico y financiero en dos dimensiones: (i) promoción de la salud y de la participación comunitaria para apoyar la entrega y aprovechamiento del paquete de servicios que se entregará a través del componente 2 del programa; y (ii) promoción de la salud

para enfrentar, al menos<sup>22</sup>, dos temas emergentes de salud pública: (i) prevención de la violencia; y (ii) prevención del contagio y transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En el caso de VIH/SIDA el programa apoyará el fortalecimiento de las capacidades del Minsa para diseñar, ejecutar y evaluar una estrategia de prevención y control de la epidemia, que incluye consideraciones sobre derechos humanos. En ambos casos, los esfuerzos se coordinarán con otras agencias públicas y privadas. El programa apoyará la definición de las estrategias y la difusión de los mensajes.

#### **b. Transformación institucional sectorial**

- 2.18 **Formulación e implantación de políticas.** (US\$2,4m). El enfoque se hará en cuatro áreas estratégicas críticas: (i) regulación de las profesiones de la salud, por medio de la certificación y recertificación de recursos humanos del sector; (ii) regulación de la calidad en establecimientos privados de salud, por medio de su habilitación y acreditación; (iii) investigación del desempeño del sector salud; y (iv) regulación del sector farmacéutico. En todos los casos se revisará la situación actual y se formulará e implantará una nueva política, acorde con los retos que enfrenta el Minsa.
- 2.19 En el caso de los **recursos humanos**, el programa apoyará la creación de un foro de consenso y de un mecanismo de canalización de financiamiento para la reforma del sistema de certificación y acreditación de recursos humanos (médicos, enfermeras y tecnólogos). La canalización de financiamiento se hará por medio del establecimiento del Fondo para la Certificación y Acreditación de Recursos Humanos (FOCER) que financiará el desarrollo y aplicación de instrumentos de certificación inicial, recertificación, acreditación de instituciones y programas, y desarrollo de la educación continua. El FOCER será administrado por una junta directiva colegiada la cual servirá como foro de consenso y como mecanismo de asignación de los recursos. La junta directiva estará encabezada por el MINSA y contará con la participación directa de representantes de la Caja de Seguro Social (CSS), los gremios y las universidades (Universidad de Panamá y universidades privadas). El financiamiento de cualquier actividad a través del FOCER requerirá la aprobación de la junta directiva.
- 2.20 El FOCER incluirá dos líneas de financiamiento. La primera, de *Consenso y Diseño*, financiará asistencia técnica, eventos, giras y elementos de difusión para consensuar y diseñar la reforma de políticas a nivel del sistema. La segunda, *Implementación*, apoyará las acciones previamente consensuadas por la junta directiva, y permitirá a entidades públicas y privadas concursar por los fondos para desarrollar las actividades de implementación. Tendrán acceso a la línea de Implementación el MINSA, la CSS, las universidades y los gremios profesionales. Se financiará asistencia técnica, y equipos.
- 2.21 Las actividades para regular la **calidad de establecimientos de salud** se enfocarán inicialmente a desarrollar protocolos de habilitación para hospitales y hacer una primera ronda de habilitación de los hospitales privados de segundo y tercer nivel.

---

<sup>22</sup> Se podrán incluir temas adicionales, especialmente aquellas enfermedades no transmisibles de alta prevalencia.

Posteriormente se financiará el diseño del mecanismo de acreditación de establecimientos, lo cual se hará de manera consensuada con los prestadores de servicios privados. El programa financiará asistencia técnica para las reuniones de búsqueda de consenso, diseño de los protocolos y una primera ronda de acreditación hasta para 5 hospitales. Los protocolos de habilitación incluirán la aplicación de las licencias ambientales dispuestas por el código sanitario.

- 2.22 Con respecto a la política de **investigación**, el programa apoyará al ICGES en la discusión y desarrollo de los Lineamientos de Política de Investigación de Salud de Panamá<sup>23</sup>, que se han definido por consenso, e incluyen una línea de promoción del desarrollo tecnológico para el mejoramiento de la gestión y evaluación de desempeño de los servicios de salud.
- 2.23 La política de investigación mantendrá énfasis en estudios relacionados con la evaluación del impacto de las intervenciones en salud pública, la evaluación socioeconómica de los procedimientos en uso de los servicios y la evaluación del desempeño de los modelos de atención y entrega de servicios.
- 2.24 Como parte del esfuerzo de **fortalecimiento técnico** del Minsa, el desarrollo de la política de investigación y sus inversiones relacionadas dará especial prelación a la financiación de estudios de viabilidad técnica, financiera y política, para el análisis de alternativas de reforma sectorial en Panamá. Los resultados de los estudios le permitirán al Minsa contar con un menú de opciones de reforma que serán un elemento técnico necesario para las discusiones alrededor del paso de la fase 1 a la fase 2 del programa.
- 2.25 El programa financiará asistencia técnica, visitas de observación, y compra de aplicaciones y equipos de apoyo tecnológico. Se financiará además capacitación del equipo del ICGES que estará a cargo del desarrollo de la política de investigación, en áreas como mercadeo, estadística aplicada, monitoreo y evaluación de proyectos, entre otros.
- 2.26 Para impulsar la investigación en las áreas anteriormente descritas y en los ámbitos de acción mencionados, el programa dispondrá de un fondo de financiación para investigaciones (FOI) al que podrán acceder por concurso entidades públicas y privadas de Panamá, El ICGES constituirá un comité de selección de proyectos, presidido por el Ministro de Salud, el cual evaluará las propuestas y seleccionará los proyectos que serán financiados. Los recursos serán transferidos desde la Unidad de Gestión Administrativa y Financiera (UGAF) del programa a las entidades elegidas. El ICGES preparará un reglamento operativo (RO) que regulará la operación del comité de selección y del fondo.
- 2.27 En cuanto al **sector farmacéutico**, el programa financiará asistencia técnica para la reglamentación e implementación de la nueva ley de comercialización de medicamentos. Se financiará, además de la asistencia técnica para la promulgación de los reglamentos, el rediseño de procesos, el entrenamiento y el soporte tecnológico necesarios para llevar a cabo los controles técnicos generados por la nueva ley. El programa financiará también la asistencia técnica para que el Minsa desarrolle una nueva estrategia de adquisición de medicamentos, a la luz de la nueva ley y ante los retos generados por la descentralización.

---

<sup>23</sup> Documento preparado por el ICGES y el Minsa. 2001

- 2.28 **Coordinación intrasectorial.** (US\$0,4m). El programa financiará la puesta en marcha de un mecanismo formal de coordinación intrasectorial entre el MINSA y la CSS. Durante la primera fase del programa se priorizará: (i) la preparación de un plan maestro conjunto de inversiones; y (ii) el apoyo a la formulación e implementación de un marco financiero que permita normalizar las relaciones de compra y venta de servicios entre el MINSA y la CSS.
- 2.29 En cuanto al **plan de inversiones**, se partirá de los adelantos logrados por la comisión ya creada. El programa financiará la asistencia técnica para la preparación inicial y el ajuste anual del estudio nacional de oferta y demanda de servicios de salud, que servirá de base para las discusiones anuales sobre plan de inversiones. El programa apoyará además con asistencia técnica la revisión semestral del cumplimiento de los acuerdos y la conformación de un mecanismo supraministerial que le ofrezca la viabilidad política a los acuerdos alcanzados entre las dos organizaciones.
- 2.30 En cuanto al tema de las **relaciones financieras** entre el Minsa y la CSS, el programa apoyará el desarrollo de un sistema de tarifas que regule las transacciones entre las dos organizaciones, a través de asistencia técnica, visitas de observación, y soporte tecnológico. El proceso comenzará con la definición del catálogo de intervenciones, y seguirá con una revisión comprehensiva de los estudios de costos disponibles en el país, para desembocar en la definición de un catalogo inicial de intervenciones y sus respectivas tarifas. El sistema de tarifas se revisará anualmente y el programa financiará la asistencia técnica para el proceso de ajuste. Se espera definir hasta 40 tarifas al final de la fase 1, que correspondan al menos el 70% del volumen de las transacciones. El programa financiará en el Minsa la capacitación, la instalación de aplicaciones informática y los equipos para la contabilización de las atenciones y su posterior facturación. La segunda fase del programa deberá mostrar resultados concretos en cuanto a la racionalización de la inversión en infraestructura, y el desarrollo del esquema de compraventa de servicios. Se expandirá además el espectro de temas de coordinación para incluir, entre otros, el tema de recursos humanos, y de coordinación en la gestión de medicamentos.

## **2. Componente 2. Innovaciones en la entrega de servicios básicos de atención primaria.** (US\$24,8 millones)

- 2.31 Este componente pretende aumentar la cobertura de servicios básicos de salud al entregar un Paquete Integral de Servicios de Salud (PAISS) hasta a 450.000 de los habitantes más pobres de Panamá al final de la fase 1 del programa. Este paquete contiene intervenciones de atención primaria altamente costo-efectivas que serán entregadas bajo contrato por Organizaciones Extrainstitucionales (OE) de variados tipos: ONGs, organizaciones cívicas, organizaciones religiosas, y cooperativas, entre otras. Para lograr su propósito, el componente desarrollará actividades de: (i) fortalecimiento de los actores involucrados; (ii) focalización de las comunidades; (iii) entrega de servicios; y (iv) seguimiento y evaluación.

**a. Fortalecimiento de actores involucrados. (US\$0,7m)**

- 2.32 **Ministerio de Salud central y Regiones de Salud.** La responsabilidad en el desarrollo de este componente será compartida entre el Minsa central y las regiones involucradas en la extensión de cobertura. Ambos actores recibirán asistencia técnica, y realizarán visitas de observación internacionales para analizar experiencias similares. En cuanto al Minsa central, la asistencia técnica se enfocará en aspectos de focalización, contratación, diseño y ajuste de mecanismos de pago, y seguimiento contractual. Las regiones recibirán asistencia técnica inicialmente en administración del sistema de seguimiento y supervisión, y posteriormente en áreas similares a las mencionadas para el Minsa.
- 2.33 **La oferta de organizaciones extrainstitucionales (OE).** El estudio de oferta potencial desarrollado durante la preparación del programa indica que alrededor de 20 OE, repartidas en las 14 regiones de salud del Minsa, muestran interés<sup>24</sup> por participar como proveedores de servicios de salud.<sup>25</sup> Esta revisión muestra que además de las ONG que han comenzado a trabajar con el Minsa a través del proyecto financiado por el Banco Mundial, existe un grupo de organizaciones, mayoritariamente cooperativas, que presentan condiciones financieras y de experiencia relacionada, cuyos estatutos e interés empresarial las colocan como una oferta real e interesada en participar del programa. Sin embargo, el éxito del programa en el largo plazo depende de mantener y ampliar la oferta existente, ofreciendo reglas de juego estables y entrenamiento en aspectos específicos de la administración de la entrega del PAISS. Para propiciar el mantenimiento y crecimiento de la oferta, el programa desarrollará dos actividades: (i) promoción permanente del programa para atraer oferentes, utilizando el mercadeo social; y (ii) el desarrollo de un paquete de asistencia técnica que contendrá módulos sobre protocolos de atención, administración de proyectos, y administración del sistema de seguimiento del contrato. El programa podrá suministrar material audiovisual y material informático de soporte.
- 2.34 **Los beneficiarios de los servicios.** El programa promoverá activamente la participación de las comunidades beneficiarias en aspectos de: (i) diseño y ajuste de las modalidades de entrega de los servicios; y (ii) la auditoría social como parte integral del sistema de seguimiento y evaluación. El programa financiará actividades de asistencia técnica para: (i) identificar organizaciones sociales en las comunidades focalizadas; (ii) difundir los propósitos del programa y la participación de las organizaciones; (iii) establecer un indicador del nivel de organización y preparación de las organizaciones seleccionadas; (iv) definir los indicadores relevantes para el seguimiento de la entrega de los servicios; y (v) brindar asistencia técnica a las organizaciones para realizar la auditoría social a la entrega de los servicios, mediante la utilización del sistema de seguimiento previamente mencionado. El proyecto adoptará los métodos y resultados obtenidos por la cooperación técnica TC-01-04-03-0, cuyo objetivo es el fortalecimiento de las capacidades locales para la recepción de servicios básicos de salud.

---

<sup>24</sup> El interés se ha revisado a través de entrevistas directas y entrega por parte de las OE de documentación.

<sup>25</sup> Estudio de oferta de organizaciones extrainstitucionales. Reporte de Consultoría. Hedi Dehman. 2001

**b. Focalización. (US\$0,6m)**

- 2.35 El programa distribuirá el Paquete Integral de Servicios de Salud (PAISS) con una metodología de focalización geográfica, priorizando los corregimientos con menor acceso y gasto familiar en salud. La focalización se hará en base a una metodología que combina los datos de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de 1997 (ENV 97) con los datos del Censo de Población 2000. (Ver párrafo 3.26 para una explicación más detallada de la metodología de focalización).
- 2.36 12 regiones de salud serán elegibles para ambas fases del programa. Las 2 regiones del área metropolitana, por su moderado acceso a la oferta pública de servicios, solo se considerarán para la recepción de los servicios que se describen en el párrafo 2.39. Los corregimientos que actualmente reciben paquetes similares por otros programas serán excluidos. Una vez priorizados los corregimientos dentro de cada distrito, se escogerán las comunidades con muy escaso acceso a servicios de salud, de manera tal que 450.000 personas se beneficien durante la primera fase del programa.
- 2.37 El programa financiará asistencia técnica para ajustar el esquema de focalización al medio término y al final de la fase 1 del programa.

**c. Entrega de servicios del PAISS. (US\$23,3m)**

- 2.38 **El Paquete Integral de Servicios de Salud (PAISS).** El programa entregará el PAISS a las comunidades seleccionadas por la vía del ejercicio de focalización. El PAISS genérico contiene 19 actividades de salud agrupadas en 3 categorías: (i) servicios de promoción de la salud; (ii) servicios de prevención de la salud; y (iii) servicios de atención de salud. Los servicios del PAISS enfatizarán la atención de niños y mujeres, incluyendo servicios de complementación nutricional y atención del parto. A continuación se describen las atenciones incluidas en el PAISS:

**Cuadro II-2**

<b>Servicios de promoción de salud</b>	<b>Servicios de prevención de salud</b>	<b>Servicios de atención de salud</b>
1. Educación en saneamiento ambiental	1. Inmunizaciones	1. Atención a la morbilidad
2. Educación para la salud (incluye prevención de infección por VIH)	2. Control prenatal	2. Atención del parto
3. Educación alimentaria nutricional	3. Control de crecimiento y desarrollo (0-59 meses)	3. Atención al déficit de micronutrientes a menores de 5 años, MEF, embarazadas y escolares
4. Organización, capacitación y asesoría a organizaciones comunitarias	4. Control de calidad de agua de las fuentes	4. Complemento alimentario a embarazadas de bajo peso
	5. Toma de muestra para PAP	
	6. Control puerperal	
	7. Control de la disposición de excretas	
	8. Control de la disposición de basuras	
	9. Administración de anticonceptivos	



- 2.39 Se diseñarán variaciones al PAISS genérico para ajustar la atención de tres categorías de poblaciones: (i) población rural; (ii) población rural indígena; y (iii) población urbano-marginal. En el caso de las dos categorías rurales, el ajuste se enfocará en la inclusión de actividades relacionadas con patrones epidemiológicos particulares. Para las poblaciones urbano-marginales, que actualmente tienen moderado acceso a la oferta pública de servicios, se considerará un paquete con menos actividades y apropiada a sus condiciones epidemiológicas específicas. Todas las actividades del PAISS se prestarán en concordancia con los protocolos desarrollados por el Minsa.
- 2.40 El programa financiará la entrega del PAISS hasta para 450.000 personas al final de la primera fase. El costo promedio del PAISS se ha calculado en US\$25<sup>26</sup> per cápita/año. El PAISS será financiado con recursos del préstamo y de la contrapartida local. Para promover la institucionalización del programa, la financiación del Banco será decreciente. A continuación se muestra el esquema de financiamiento previsto para las 2 fases del programa:

**Cuadro II-3**

Fuente	Fase 1		
	Año 1	Año 2	Año 3
BID	90%	80%	60%
GOPN	10%	20%	40%
Población	115.000	215.000	450.000

- 2.41 La entrega del PAISS será contratada con Organizaciones Extrainstitucionales (OE) que serán escogidas previo concurso público, utilizando esencialmente criterios técnicos. Los criterios técnicos girarán alrededor de la experiencia previa en entrega de servicios básicos de salud, y la propuesta de expansión de cobertura relacionada con 10 indicadores de desempeño. El único criterio financiero que se considerará es la aceptación del valor per cápita determinado para el programa. Se prevé que el valor de los contratos fluctuarán entre US\$150.000 y US\$250.000/año, dado que la base de cálculo para el tamaño de los contratos estará basada en grupos de 10.000 beneficiarios. La fluctuación se explica por las variaciones en el valor del paquete de acuerdo con las características de la población, y también por la posibilidad de no alcanzar en ciertas zonas la cobertura de 10.000 beneficiarios. Por las razones anteriores, se prevé que se contarán con un número aproximado de 10 contratos durante el primer año, hasta llegar a un máximo de 40 al final de la fase 1 del programa.
- 2.42 Los indicadores de seguimiento se describen a continuación: (i) porcentaje de niños de 12 a 23 meses con esquema de vacunación completo; (ii) porcentaje de puérperas con cinco controles prenatales; (iii) porcentaje de niños de 36 a 60 meses con peso/talla adecuado; (iv) porcentaje de niños de 36 a 60 meses con 12 controles de salud; (v) porcentaje de mujeres que tuvieron parto y recibieron sulfato ferroso y ácido fólico, de acuerdo a protocolo; (vi) porcentaje de niños

<sup>26</sup> Ricardo Bitrán & Cecilia Má. Provisión del PAISS en Panamá e impacto fiscal. Reporte de consultoría. 2001

menores de 59 meses con desnutrición moderada; (vii) porcentaje de partos atendidos institucionalmente; (viii) porcentaje de mujeres de 30 a 59 años con PAP; (ix) porcentaje de parejas que usan métodos de planificación familiar regularmente; y (x) porcentaje de mujeres embarazadas con peso/talla normal.

- 2.43 El incremento de la población cubierta será gradual y se ajustará por metas anuales. Los siguientes criterios se aplicarán para definir la secuencia de comunidades que se incorporarán cada año: (i) moderado acceso geográfico; (ii) difícil acceso geográfico; y (iii) nivel de preparación de las organizaciones civiles en la comunidad.

**d. Seguimiento y evaluación. (US\$0,7m)**

- 2.44 El programa financiará la realización de una línea de base correspondiente a los 10 indicadores de desempeño en cada una de las comunidades. Esta línea de base será el elemento básico para la definición de las metas de desempeño, las cuales serán revisadas anualmente y su cumplimiento será criterio determinante para la renovación de los contratos y pago final del contrato. El cumplimiento de los protocolos y el reporte de la auditoría social se analizarán y supervisarán dos veces al año. Las Direcciones Regionales de salud participarán activamente de la supervisión y serán beneficiarias de las tecnologías desarrolladas por la evaluación concurrente del programa.

**3. Componente 3. Transformación de la gestión para la producción de servicios de salud. (US\$11,0 millones)**

- 2.45 El objetivo de este componente es mejorar la eficiencia, equidad y calidad de la prestación de los servicios en todos los niveles institucionales del Minsa, por medio de los cambios en las reglas e incentivos que gobiernan las relaciones entre la financiación y la prestación de los servicios. Las metas estratégicas básicas son iniciar la descentralización de la gestión hacia 5 regiones, reorganizar la operación y las relaciones internas de los establecimientos de salud en el ámbito regional, e impulsar el mejoramiento de la gestión de 5 hospitales, por medio del desarrollo de nuevos instrumentos de gestión y el diseño e implantación de sistemas de administración de la información.
- 2.46 Durante la primera fase del programa, las actividades del componente se concentrarán en las siguientes Regiones de Salud: (i) Bocas del Toro, (ii) Coclé, (iii) Herrera, (iv) Los Santos, y (v) Veraguas. De estas regiones, Coclé y Herrera se escogieron porque han comenzado el diseño e implantación de procesos regionales de gestión en sus hospitales regionales, experiencias éstas que serán incorporadas por el programa. Las otras tres Regiones de Salud se escogieron sobre la base de la evaluación de tres criterios: (i) grado de compromiso de los Directores Regionales; (ii) capacidad de la oferta de establecimientos de salud existente en la región; y (iii) nivel de desarrollo de las estructuras administrativas de soporte en las Regiones.
- 2.47 Se desarrollará un esquema dual: por un lado se preparará a las Regiones de Salud para asumir responsabilidades de planificación, gestión financiera, y supervisión, acercando las decisiones al sitio de entrega de los servicios; y, por otro, se apoyará

a los organismos de salud del ámbito regional para actuar eficazmente dentro del nuevo esquema de descentralización y mejorar sus indicadores de eficiencia, eficacia y calidad. La ejecución de este componente estará articulada a los resultados y adelantos en el desarrollo institucional del Minsa. Se contemplarán las siguientes acciones.

**a. Gestión descentralizada. (US\$6,2m)**

- 2.48 El objetivo principal de esta acción es preparar a las 5 Regiones de Salud para expandir su capacidad de decisión en materia financiera, aumentar su flexibilidad en la administración de recursos humanos con miras a mejorar la prestación de los servicios y aumentar la eficiencia, y paulatinamente asumir la responsabilidad de apoyar, dar seguimiento y supervisar las acciones de extensión de cobertura indicadas en el componente 2. El programa financiará asistencia técnica para el desarrollo de instrumentos, metodologías, actividades de capacitación, difusión de resultados, intercambio de experiencias y elaboración y publicación de material didáctico.
- 2.49 **Gestión financiera.** El componente enfocará sus esfuerzos en cuatro áreas específicas: (i) incremento gradual local del uso financiero de partidas centralizadas del “fondo de trabajo”. Se espera que al final de la fase 1 del programa, el incremento en cada región alcance hasta un 25%; (ii) aumentar la capacidad de recuperación de costos en las regiones, para incrementar el peso relativo de los “fondos de autogestión”, de forma tal que al final del programa, estos aumenten en cada Región al menos 5% con respecto a los niveles históricos; (iii) dotar a las Regiones de Salud de la misma reglamentación para el manejo de los fondos de autogestión que actualmente manejan los Hospitales, para que éstas dispongan de mayor agilidad en la ejecución de estos fondos; y (iv) creación con recursos del programa de Fondos para Giras Integrales (FOGI), que le permitan a las regiones aumentar la cobertura de servicios básicos, bajo el mismo esquema de los PAISS, descritos en el componente 2.
- 2.50 Los FOGI financiarán cuatro líneas de gasto a cargo de las Direcciones Regionales: (i) combustible, (ii) alquiler de medio transporte, (iii) compra de insumos, y (iv) viáticos. Con estos fondos, las regiones podrán ampliar la cobertura a comunidades previamente seleccionadas, bajo la misma metodología que se aplicará a las organizaciones contratadas para prestar el PAISS dentro del componente 2. Los recursos de los FOGI se transferirán a las Direcciones Regionales con base en una programación acordada con el Minsa, previa la firma de un convenio de desempeño, donde se determine la comunidad objetivo, la línea de base y las metas de ampliación de cobertura. El sistema de seguimiento del programa auditará los gastos y revisará el cumplimiento anual de las metas. La financiación del Banco será decreciente, comenzando con un 80% el año 1, para terminar con un 40% el año 3. La reglamentación específica del uso de estos FOGI estará contenida en un RO, que será parte integral del Manual Operativo del programa. El seguimiento y evaluación de los servicios entregados por medio de los FOGI conllevará el mismo mecanismo de seguimiento que la entrega de los PAISS, tal como se describió en los párrafos 2.42 y 2.44.

- 2.51 El programa proveerá financiación para que el Ministerio ofrezca incentivos (equipamiento básico y obras menores de rehabilitación) a aquellas regiones que después de la revisión de los convenios de gestión, muestren un apropiado cumplimiento de las metas pactadas. Estas inversiones estarán supeditadas al cumplimiento de las licencias ambientales dispuestas por el código sanitario.
- 2.52 **Gestión de recursos humanos.** El desarrollo del componente persigue que al final de la ejecución las regiones asuman la selección, inducción, evaluación del desempeño, y reporte de novedades de personal. Los Directores Regionales tendrán la posibilidad de reorganizar el recurso humano de las regiones, en coordinación con los directores de hospitales.
- 2.53 De manera específica, se dispondrá de asistencia técnica para el desarrollo de: (i) Manuales de organización en las regiones; (ii) Sistema de presupuestación por programas; (iii) Manuales de gestión para recursos humanos; (iv) Diseño del sistema de recuperación de costos; (v) Rediseño y ajustes al sistema de gestión y descentralización de recursos; (vi) Preparación de convenios de gestión Minsa-Regiones; (vii) Constitución y operación de FOGI; (viii) Diseño y montaje del sistema de seguimiento.
- 2.54 Dentro del sistema general de seguimiento y evaluación del programa, este componente desarrollará su propio tablero de control. Se financiará la asistencia técnica y la capacitación para (i) hacer el seguimiento del cumplimiento de los convenios de gestión Minsa-Regiones; y (ii) asumir gradualmente el seguimiento del cumplimiento de los contratos de las OE mencionadas en el componente 2.

**b. Reordenamiento de la oferta. (US\$2,5m)**

- 2.55 El proyecto financiará inicialmente la conceptualización, factibilidad e implementación de pilotos de red de servicios en las 5 regiones escogidas. Estos pilotos serán diseñados como un sistema integrado de organizaciones (Minsa, CSS, otros proveedores), el cual se encarga de proveer un conjunto coordinado de servicios para una población definida. Los pilotos se apoyarán en la integración de funciones administrativas (gestión financiera, recursos humanos, planeación estratégica, gestión de recursos informáticos, mercadeo y aseguramiento de la calidad) y clínicas (servicios e urgencias, hospitalización, servicios e apoyo diagnóstico) las cuales serán coordinadas entre los establecimientos integrantes de la red a efectos de generar un máximo valor agregado para el sistema como un todo. Los elementos básicos de mejoramiento estarán relacionados con: (i) una mejor distribución de recursos humanos; (ii) mayor agilidad en la referencia y contrareferencia; (iii) mejoramiento del sistema de contabilización de costos en el ámbito regional; y (iv) descentralización de elementos clave de la gestión financiera para hacerlo más adecuados a la demanda.
- 2.56 La implementación de estos pilotos se realizará en dos etapas: en el año uno y dos del proyecto se diseñarán y pondrán en operación tres pilotos en las regiones de Coclé, Herrera y Los Santos y en una segunda etapa (años 2 y 3) dos pilotos en las regiones de Veraguas y Bocas del Toro. Esta implantación escalonada es conveniente por las debilidades institucionales y características geográficas de las

regiones de Veraguas y Bocas del Toro, que al ingresar en una segunda etapa permite aplicar las lecciones y experiencias de la primera etapa.

- 2.57 El programa financiará la preparación estudios básicos de diagnóstico por regiones, los diseños de los proyectos pilotos y su implantación, el desarrollo de los instrumentos de gestión para promover la conformación y operación de estas redes, el fortalecimiento de la redes mediante asistencia técnica y capacitación a niveles regionales y locales y la dotación de sistemas de información y comunicación.
- 2.58 Se anticipa que la implantación de estos modelos integrados de redes podrían generar ahorros en la mejor utilización de los recursos humanos y técnicos, los cuales podrían representar cerca de un 5% del presupuesto de las regiones. La evaluación de estos pilotos aportará evidencia sobre los resultados organizacionales, financieros y sanitarios resultantes de la operación de estas redes. Al final del programa se preparará una evaluación de los resultados de los pilotos y se preparará una propuesta de expansión que incorpore las lecciones aprendidas, teniendo en cuenta los factores financieros anotados.

**c. Gestión de hospitales. (US\$2,2m)**

- 2.59 En los Hospitales Aquilino Tejeira, Cecilio Castellero, Joaquin P. Franco, Luis Fábrega, y Anita Moreno, pertenecientes a las 5 regiones ya mencionadas, el programa financiará: (i) la formulación e implantación de programas de transformación organizacional y de desarrollo empresarial; (ii) implantación y extensión de sistemas de información de apoyo a la gestión hospitalaria; (iii) programas de capacitación en áreas de gestión y gerencia de servicios de salud dirigidos al personal administrativo y asistencial de los hospitales; (iv) programas de gestión ambiental<sup>27</sup>; y (v) desarrollo de instrumentos para el manejo administrativo de las relaciones con el nivel regional y con los otros miembros de la red de servicios.
- 2.60 El programa financiará la preparación de líneas de base en los hospitales que incluyan los indicadores administrativos, financieros y clínicos críticos para evaluar el mejoramiento del desempeño<sup>28</sup>. El programa financiará además, la formulación y seguimiento de contratos programa a ser firmados entre el Hospital y el Minsa, que incluirán el sistema de transferencias presupuestales y las metas de desempeño.

**C. Relaciones entre componentes**

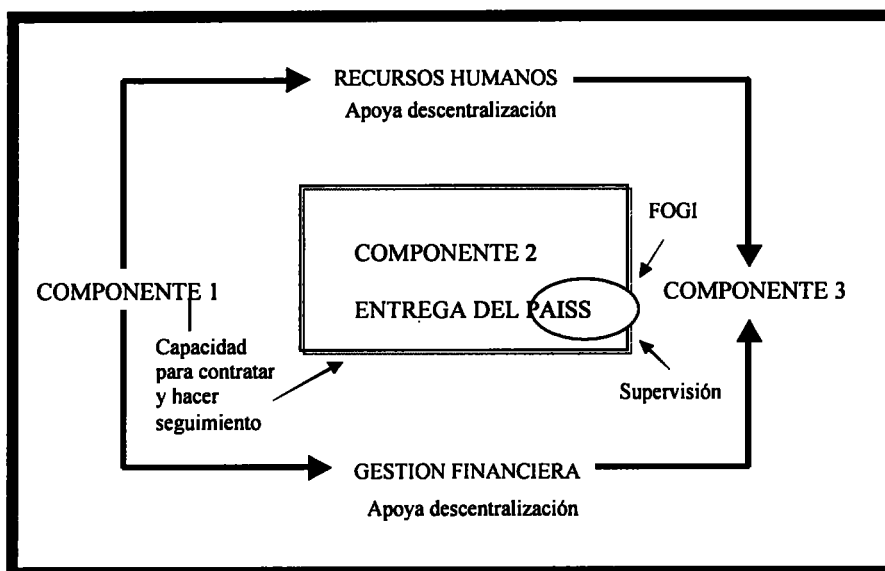
- 2.61 El diseño de los componentes implica una serie de interrelaciones entre sus actividades específicas que buscan generar un proceso armónico de transformación institucional. El componente 2 se coloca en el centro estratégico y financiero del programa, por lo cual varias de las actividades de los componentes 1 y 3 persiguen dotar a la entrega de los PAISS de los recursos de información, desarrollo de recursos humanos, seguimiento y supervisión, que son fundamentales para su éxito.

<sup>27</sup> Incluye planificación y manejo de residuos, salud ocupacional, entre otros temas

<sup>28</sup> Uno de los elementos de análisis será el método de evaluación de eficiencia hospitalaria mencionado en el capítulo de antecedentes de este informe.

Asimismo, las relaciones entre los componentes 1 y 3 se enlazan a través de las áreas de recursos humanos y gestión financiera, en la medida en que la descentralización se ve apoyada desde el Minsa central por desarrollos en estas áreas críticas. El gráfico siguiente muestra algunas de estas interrelaciones.

**Gráfico II-1**



#### D. Costo y financiamiento

2.62 El cuadro II-4 presenta el desglose de los costos del programa en fase 1, por componente y fuente de financiación.

**Cuadro II-4 (en miles de US\$)**

COMPONENTES	BID	LOCAL	TOTAL	%
<b>Componente 1. Transformación institucional del MINSA</b>	<b>5.527</b>	<b>975</b>	<b>6.503</b>	<b>13%</b>
1.1 Transformación interna				
- Ajuste organizacional	1.314	232	1.546	
- Administración de información estratégica	751	132	883	
- Mercadeo social	1.067	188	1.255	
1.2 Transformación institucional sectorial				
- Formulación de políticas	2.075	366	2.441	
- Coordinación intrasectorial MINSA-CSS	321	57	378	
<b>Componente 2. Innovaciones en la entrega de servicios básicos</b>	<b>17.870</b>	<b>6.977</b>	<b>24.847</b>	<b>50%</b>
2.1 Fortalecimiento de actores	612	108	720	
2.2 Desarrollo de mecanismos de focalización	48	9	57	
2.3 Entrega de servicios del PAISS	16.598	6.753	23.351	
2.4 Seguimiento y evaluación	611	108	719	
<b>Componente 3. Transformación de la gestión</b>	<b>10.132</b>	<b>876</b>	<b>11.008</b>	<b>22%</b>
3.1 Gestión descentralizada	5.844	399	6.244	
3.2 Reordenamiento de la oferta	2.299	255	2.554	
3.3 Gestión hospitalaria	1.989	221	2.210	
<b>Costos Administrativos</b>	<b>658</b>	<b>1.999</b>	<b>2.657</b>	<b>5%</b>

<b>COMPONENTES</b>	<b>BID</b>	<b>LOCAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Seguimiento y Evaluación	307		307	
Administración		1.999		
Auditoría financiera	351		351	
<b>Subtotal</b>	<b>34.187</b>	<b>10.827</b>	<b>45.014</b>	<b>90%</b>
<b>Costos Financieros</b>		<b>4.082</b>	<b>4.082</b>	<b>8%</b>
Intereses		3.545	3.545	
Fondo de inspección y vigilancia (1%)		350	350	
Comisión de compromiso (0,75%)		187	187	
<b>Imprevistos</b>	<b>814</b>	<b>90</b>	<b>904</b>	<b>2%</b>
<b>Costo Total</b>	<b>35.000</b>	<b>15.000</b>	<b>50.000</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>70%</b>	<b>30%</b>		

- 2.63 El costo total se estima en US\$50,0 millones, detallado en el cuadro II-4, y dividido en: (i) US\$35,0 millones del Banco con recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario (CO), en dólares de los E.E.U.U.; y (ii) US\$15,0 millones del Gobierno de la República de Panamá.
- 2.64 El Anexo V contiene una tabla de costos desagregada por componente que incluye categorías de consultoría, capacitación, equipamiento, entrega de servicios de PAISS, y fondos especiales.
- 2.65 Las condiciones del préstamo se detallan a continuación:

### **Cuadro II-3. Condiciones del préstamo**

Fuente del financiamiento	Capital ordinario (CO)
Moneda	US\$ Facilidad Unimonetaria
Condiciones	
Amortización	25 años
Período de gracia	3,5 años
Período de desembolso	3,5 años
Tasa de interés	Variable
Supervisión y vigilancia	1% del total de préstamo
Comisión de crédito	0,75% del saldo no desembolsado

### **III. MARCO INSTITUCIONAL Y EJECUCION DEL PROGRAMA**

#### **A. El prestatario y el organismo ejecutor**

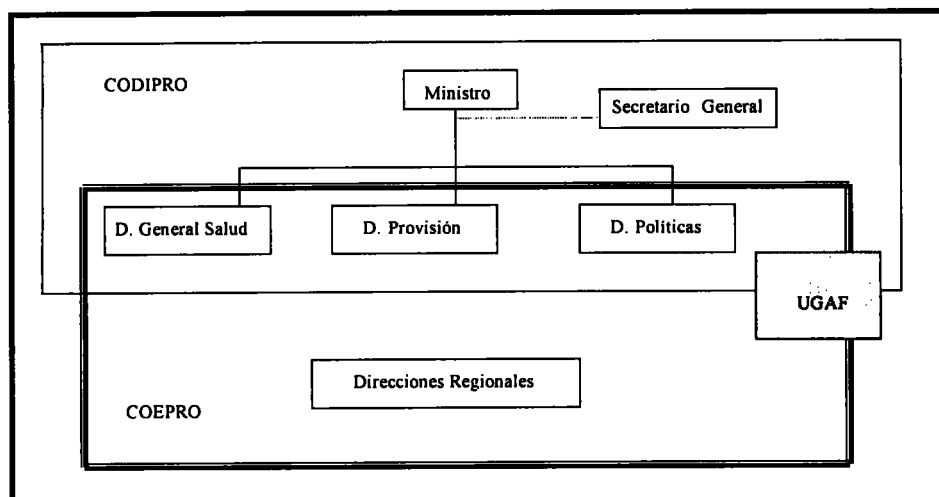
- 3.1 El prestatario será la República de Panamá y la ejecución del programa estará a cargo del Ministerio de Salud.

#### **B. Administración del Programa**

- 3.2 Tres instancias de línea del MINSA tendrán la responsabilidad técnica en la administración y ejecución de los componentes: (i) la Dirección de Políticas se encargará de la ejecución del componente 1; (ii) la Dirección General de Salud se encargará del componente 2; y (iii) la Dirección de Provisión de Servicios se encargará del componente 3. Una Unidad de Gestión Administrativa y Financiero (UGAF) prestará servicios a las Direcciones encargadas de la ejecución en aspectos relacionados con las adquisiciones y el seguimiento contable del programa.
- 3.3 En el ámbito de la ejecución del componente 1, los siguientes temas: (i) ajuste organizacional del Minsa; (ii) coordinación con la CSS; y (iii) mercadeo social, serán ejecutados por el despacho del Ministro de Salud. La sensibilidad de los temas y los posibles conflictos de interés que pudieran generarse al interior de la organización demandan una conducción del nivel más alto. El despacho del Ministro contará con un equipo de apoyo técnico que planifique y desarrolle la ejecución de estas actividades.
- 3.4 La dirección estratégica de la ejecución de los componentes estará a cargo de un Comité Directivo del Programa (CODIPRO), que será creado por resolución ministerial. Este comité estará presidido por el Ministro de Salud y estará formado por las Direcciones encargadas de la ejecución de los componentes, el Secretario General del Minsa y el director de la UGAF. Las responsabilidades ejecutivas serán asumidas a través de un Comité Ejecutivo del Programa (COEPRO), que estará formado por las Direcciones nacionales y los Directores regionales involucrados en la ejecución de los componentes. Los 5 directores de los hospitales elegidos en el componente 3 serán invitados eventuales al COEPRO, cuando se considere necesario. Las Direcciones nacionales servirán de enlace técnico entre el CODIPRO y el COEPRO. A continuación un gráfico que muestra la estructura de organización y posteriormente una descripción de las responsabilidades específicas de cada una de las instancias.



**Gráfico III-1**



- 3.5 **CODIPRO.** El CODIPRO revisará el contenido de los Planes Operativos Anuales (POA) presentados por los Directores a cargo de los tres componentes, a la luz de los objetivos superiores del Ministerio y la tabla de hitos del Programa. Ello permitirá realizar a tiempo los ajustes necesarios para garantizar su articulación y buena marcha. El comité realizará sesiones bi-anales con un Consejo Consultivo (CC) para analizar la marcha del programa y proponer ajustes. Este CC permitirá la participación de los grupos interesados en el programa, incluyendo los gremios, las universidades, y especialmente los beneficiarios de la entrega del PAISS<sup>29</sup>. Los grupos fortalecidos de la comunidad a cargo de la auditoría social serán los representantes de los beneficiarios. El MO indicará la operación y mecanismo de selección de este CC.
- 3.6 **COEPRO.** Se revisará en este comité la preparación de los POA por cada componente, las responsabilidades de cada una de las Direcciones nacionales y regionales y se vigilará la ejecución mensual y trimestral de las actividades. El comité revisará también el estado de avance de los convenios de desempeño Minsa/regiones y el cumplimiento de los compromisos contractuales de las OE. La UGAF proveerá apoyo técnico al CODIPRO y al COEPRO.
- 3.7 **UGAF.** La UGAF tendrá dos áreas de trabajo: (i) contrataciones, y (ii) financiera. Se contará con un director ejecutivo y un máximo de 2 expertos para cada una de las áreas de trabajo. Si financiará además a cuatro técnicos administrativos que ofrecerán soporte general al desarrollo de los procesos claves. La UGAF tendrá responsabilidades con respecto a: (i) la implementación de una estructura de control interno que aplique los procedimientos acordados en el Manual Operativo (MO) del Programa, (ii) desarrollo de un sistema contable financiero para la contabilización de los recursos del programa, (iii) el mantenimiento de cuentas bancarias separadas y específicas para el manejo de los recursos del préstamo del Banco, (iv) la recepción y procesamiento de los reportes bi-mensuales que preparen las Direcciones regionales sobre la ejecución de los FOGI; y (v) la

<sup>29</sup> Incluyendo organizaciones de mujeres.

preparación de los informes y estados financieros requeridos por el Banco. La UGAF prestará los servicios de apoyo administrativo y financiero a las Direcciones encargadas de la ejecución de los componentes y participará del CODIPRO, como instancia de apoyo.

- 3.8 El gobierno ha solicitado que se le autorice operar con el PNUD, para que éste apoye a la UGAF mediante servicios de administración financiera. Las relaciones entre el Ministerio de Salud y el PNUD se registrarán por medio de un convenio de administración, cuyos términos serán acordados entre ambos, y aprobados por el Banco. Esta solicitud se fundamenta en la experiencia exitosa que ha tenido en Panamá la participación del PNUD en proyectos financiados con préstamos provenientes del Banco y de otros organismos multilaterales. Los costos de la participación del PNUD serán cubiertos con la contrapartida local.
- 3.9 Se recomienda aceptar la solicitud del gobierno con respecto a la participación del PNUD. A tales efectos, se incluye como condición previa al primer desembolso de los recursos del préstamo que el gobierno presente evidencias que ha suscrito el convenio al que se hizo referencia en el párrafo anterior. El texto de dicho convenio deberá contar con la aprobación del Banco previa a su suscripción.
- 3.10 **Direcciones del MINSA.** Las Direcciones a cargo de la ejecución de los componentes deberán preparar los Planes Operativos Anuales (POA) y mantener el comando técnico sobre la ejecución de los componentes respectivos. Con el apoyo de la UGAF, y con los insumos del sistema de seguimiento, prepararán los informes trimestrales y semestrales de avance que se presentarán al Banco. Estos informes analizarán el avance de los componentes a la luz de los POA y del cumplimiento de los hitos acordados.
- 3.11 **Direcciones Regionales.** Tendrán la responsabilidad de gestionar los FOGI. Estos FOGI se transferirán a las Direcciones regionales, y su uso estará supeditado a lo determinado por el RO de los FOGI, que será parte integral del MO del programa. Los Directores regionales recibirán apoyo de capacitación para el manejo de los FOGI, lo cual incluye el manejo de los registros contables y el reporte bi-mensual de la ejecución (que incluye los documentos de soporte de los gastos), hacia la UGAF. La responsabilidad en el manejo de los recursos incluirá: (i) establecimiento de cuentas bancarias separadas para los recursos del programa; y (ii) mantenimiento de un sistema contable que envuelva registros contables y financieros específicos, relacionados con el manejo de los recursos del programa, que permitan la identificación de las transacciones financieras efectuadas con cargo al financiamiento del Banco y a la contrapartida local independiente de otros gastos de la región.

## **C. Ejecución del programa**

### **1. Consideraciones generales**

- 3.12 La ejecución del programa se guiará por un plan de ejecución (PE) que se ha desarrollado durante la etapa de preparación del programa y que ha sido diseñado con base en el marco lógico y la matriz de hitos anuales. El PE permitirá

desarrollar los planes operativos anuales (POA). La ejecución del programa se apoyará en dos elementos instrumentales: (i) el manual operativo (MO) del programa; y (ii) 4 reglamentos operativos (RO). Estos dos instrumentos ofrecen una guía procedimental a los ejecutores, la cual podrá ser ajustada durante la vida del programa, para incorporar cambios que propicien una mayor agilidad en la ejecución.

- 3.13 El plan de ejecución incluye actividades que se desarrollarán antes de la elegibilidad del programa, entre ellas, las actividades de selección y preparación de OE potencialmente candidatas a participar dentro del programa, y los estudios de línea de base en las comunidades objetivo, que servirán de base a los acuerdos contractuales con las OE seleccionadas. Tanto el MO, como los RO estarán listos y aprobados por el Banco antes de la consideración por el Directorio Ejecutivo.

## **2. Manual y Reglamentos operativos**

- 3.14 A continuación se describen brevemente las características básicas del MO y RO que serán utilizados:
- 3.15 **Manual Operativo.** Recoge los aspectos específicos de operación de la UGAF, incluyendo el sistema de control interno. Recogerá además los mecanismos específicos de operación y coordinación entre el CODIPRO, el COEPRO y las Direcciones regionales; así como los RO indicados en 3.10. El MO contemplará la inclusión de aspectos de gestión ambiental en la firma de los convenios de gestión Minsa/Hospitales, tal como se describió en el párrafo sobre gestión de hospitales.
- 3.16 **Reglamento Operativo para la contratación de las OE.** Este reglamento indicará la forma de operación del aumento de coberturas a través de las OE. El RO contendrá como mínimo: (i) mecanismo de invitación a presentación de expresiones de interés; (ii) criterios de selección de proveedores; (iii) procedimiento de selección, (iv) modalidades de pago y facturación; (v) mecanismos de revisión de cumplimiento de cláusulas; (vi) elaboración de contratos; (vii) mecanismos de supervisión del cumplimiento de contratos; y (viii) modelo de seguimiento del desempeño de los contratos, que incluye diseño de los formatos de recolección de información. El RO contemplará que los términos de referencia para contratos o convenios de compra de bienes y servicios que se preparen dentro del componente 2 contendrán cláusulas para garantizar el cumplimiento por parte de los contratistas de las reglamentaciones ambientales vigentes.
- 3.17 **Reglamento Operativo del FOGI.** El RO contendrá: (i) el mecanismo de transferencia de los fondos, incluyendo el procesamiento del convenio de gestión previamente acordado entre el Minsa y el Director regional; (ii) la cuenta en la que se hará el traslado de fondos; (iii) las líneas de gasto elegibles; (iv) el sistema de contabilización; y (v) el mecanismo de reporte de los gastos, incluyendo las características de los documentos de soporte y la periodicidad de envío.
- 3.18 **Reglamento Operativo del FOCER.** Este RO contendrá: (i) la conformación de la Junta Directiva; (ii) las reglas de operación de la Junta; (iii) los criterios de

elegibilidad de proyectos a considerar; (iv) los montos máximos y mínimos a ser otorgados; (v) el mecanismo de selección de los proyectos; y (vi) el procedimiento de seguimiento de los proyectos y los reportes que los beneficiarios deberán presentar. Los recursos del FOCER serán transferidos desde la UGAF directamente a las agencias responsables de los proyectos elegidos, previa solicitud de la Junta Directiva del FOCER. Para ser elegible, todo proyecto deberá presentar una matriz de resultados que servirán de base para el seguimiento y evaluación.

- 3.19 **Reglamento Operativo del FOI.** Este reglamento deberá contener: (i) la descripción y modo de operación del cuerpo colegiado que estará a cargo del FOI; (ii) los criterios de elegibilidad de los proyectos; (iii) el mecanismo de selección de los proyectos; (iv) los montos máximos y mínimos de financiación; y (v) el procedimiento de seguimiento de los proyectos y los reportes que los beneficiarios deberán presentar. Los recursos del FOI serán transferidos desde la UGAF directamente a las agencias responsables de los proyectos elegidos, previa solicitud del cuerpo colegiado responsable del FOI. Para ser elegible, todo proyecto deberá presentar una matriz de resultados que servirán de base para el seguimiento y evaluación. Cuando se contemple que los recursos del FOI permitan inversiones, un criterio de elegibilidad será la factibilidad ambiental.

### **3. Ejecución de la contratación del PAISS**

- 3.20 A continuación se detallan otros aspectos relevantes de los mecanismos de ejecución y criterios de elegibilidad.

#### **i. Mecanismo de contratación de los servicios**

- 3.21 Para la contratación de los servicios aplicarán los procedimientos del Banco, utilizando la modalidad de selección por presupuesto fijo, contemplada dentro del documento GN-1679 referente a modificaciones a la política del Banco para contratación de servicios de consultoría. La selección de las OE se hará por medio de concurso público internacional, para lo cual el Minsa mantendrá un registro abierto de firma precalificadas. Dentro del grupo de los proponentes registrados se hará la convocatoria para la contratación. Los criterios para entrar en el registro serán, entre otros: (i) demostrar experiencia y capacidad técnica en la prestación de servicios de salud; y (ii) demostrar la capacidad administrativa financiera suficiente para asumir un eventual contrato de servicios.
- 3.22 En la invitación a ofertar servicios se establecerá el monto estimado de la prestación del PAISS, dependiente del tamaño de la comunidad a ser atendida y el valor per cápita previamente determinado. Dado que el valor per cápita estará previamente definido, el criterio de selección será la calidad de la propuesta, sin considerar el precio. Los criterios de selección incluirán: (i) la capacidad de la OE para cubrir con servicios toda la población objetivo; (ii) la utilización de innovaciones en el modelo de entrega de los servicios del PAISS; y (iii) la meta de aumento de coberturas propuesta en los 10 indicadores de desempeño (partiendo de la línea de base).

## **ii. Ejecución de los contratos**

- 3.23 Las OE prestarán los servicios de acuerdo a lo estipulado en el contrato, y aplicando las normas y procedimientos tanto técnicos –relacionados con los protocolos de atención -, como administrativos, contables y financieros detallados en el RO. Los contratos podrán ser renovados anualmente con base en los resultados del seguimiento al cumplimiento de los compromisos contractuales. El pago per cápita no se considerará un pago por reconocimiento de gastos, aunque se propiciará el montaje de sistemas de registro de información de atenciones realizadas y recursos utilizados.

## **iii. Seguimiento y evaluación**

- 3.24 El seguimiento y evaluación de la entrega de los PAISS se fundamentará en tres módulos: (i) el cumplimiento de las metas relacionadas con los 10 indicadores de desempeño; y (ii) la aplicación de los protocolos de atención; y (iii) el reporte estructurado de la auditoría social efectuado por la comunidad receptora de los servicios.
- 3.25 El sistema de seguimiento empleará información desagregada de hombres y mujeres para medir el impacto diferencial de las intervenciones del PAISS. Además se contará con información sobre mortalidad materna, y acceso a parto con atención entrenada.

## **4. Focalización**

- 3.26 El protocolo de focalización identifica los corregimientos con los niveles más bajos de acceso y de gasto familiar en salud. Dicho protocolo—conocido como el método de variables próximas—se aplica en dos etapas. La primera determina las variables que explican el acceso y el gasto familiar en salud. Utilizando los datos de la ENV 97, el protocolo desarrolla un modelo estadístico que explica el acceso y el gasto familiar en salud, utilizando para ello una serie de variables comunes a la Encuesta y al Censo de Población. El resultado es un par de ecuaciones que describen el impacto de cada variable sobre el acceso y el gasto familiar en salud a nivel nacional. La segunda etapa predice el acceso y el gasto familiar en salud a nivel de Distrito y de Corregimiento a través de la aplicación de las ecuaciones obtenidas en la primera etapa a las variables del Censo. Este método de focalización permite la predicción del acceso y del gasto familiar en salud a cualquier nivel geográfico, ya que el Censo cubre a todas las viviendas del país. En resumen, este método transfiere los resultados del análisis de la ENV 97 a las variables censales para obtener resultados a niveles geográficos más desagregados.

## **D. Adquisición de bienes, contratación de obras y servicios de consultoría**

- 3.27 Se exigirá licitación pública internacional: (i) para la construcción de obras de un valor mayor de US\$1.000.000; y (ii) la adquisición de bienes y servicios conexos por más de US\$250.000. Se hará concurso público internacional para consultorías superiores a US\$200.000. Para montos menores, se aplicarán los procedimientos especiales que se incluyen en el Anexo D del contrato de préstamo.

**Cuadro III-1. Procedimientos de adquisiciones y contratación**

	Obras	Bienes y servicios	Servicios de consultoría
<b>Licitación pública Internacional (LPI) o Concurso Público Internacional</b>	Más de US\$1.000.000	Más de US\$250.000	Más de US\$200.000
<b>Licitación Pública Nacional (LPN) no restringida</b>	Entre US\$250.000 y US\$1.000.000	Entre US\$100.000 y US\$250.000	Entre US\$100.000 y US\$200.000 (registro de proponentes)
<b>Licitación nacional privada o concurso de méritos</b>	Menos de US\$250.000	Menos de US\$100.000	Menos de US\$100.000

**E. Fondo rotatorio**

- 3.28 De acuerdo con la política vigente del Banco se utilizará el mecanismo de fondo rotatorio, el cual será limitado al 5% del monto total del préstamo. La UGAF deberá presentar al Banco informes semestrales de la situación del Fondo Rotatorio en su poder, dentro de los 60 días posteriores al cierre de cada semestre que finaliza el 30 de Junio y el 31 de Diciembre.

**F. Reconocimiento de gastos y financiamiento retroactivo**

- 3.29 No se propone reconocimiento retroactivo de gastos a cargo de la contrapartida local ni del financiamiento del programa.

**G. Desembolsos**

- 3.30 El período de desembolsos de los recursos del financiamiento será de tres años y medio con excepción de los fondos para la auditoría y la evaluación concurrente los cuales tendrán un plazo de desembolso de seis meses adicionales. Ambos plazos serán contados a partir de la vigencia del contrato de préstamo.
- 3.31 Los recursos del Banco y los fondos de contrapartida del gobierno se depositarán en una cuenta especial administrada por el Ministerio de Salud. Los pagos serán efectuados por la UGAF para la adquisición de bienes y servicios. Las cifras acumulativas de gastos o inversiones, reflejadas en los informes periódicos de ejecución contable considerarán única y exclusivamente los conceptos de gastos elegibles previamente acordados con el Banco. El Minsa, a través de la UGAF mantendrá en sus archivos los originales y/o copias de los contratos, los pedidos, facturas, recibos, comprobantes de pago, certificados del proveedores y todo otro documento necesario para corroborar la información proporcionada en los informes que se presentan al Banco. La documentación deberá estar debidamente identificada y archivada y deberá proporcionarse a los funcionarios autorizados del BID y los auditores externos para su examen, a requerimiento de estos.
- 3.32 El Banco hará inspecciones técnicas y financieras ex-ante a fin de examinar la documentación de apoyo. El Prestatario deberá presentar la solicitud de desembolso junto con facturas, comprobantes de pagos y, cuando corresponda, un certificado del proveedor. Si el monto de los gastos individuales no supera el

equivalente de los US\$ 1.000, el Prestatario puede presentar solamente una lista de los gastos, en cuyo caso y, a discreción de la Representación, debe revisarse un mínimo de 15% de las facturas y comprobantes correspondientes, en las oficinas del Prestatario. Si se detectan errores, el porcentaje de la documentación revisada deberá incrementarse, a discreción del personal de la Representación.

- 3.33 El cronograma de desembolsos del programa será el siguiente:

**Cuadro III-2 Cronograma de desembolsos (en miles de US\$)**

<b>Fuente</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Total</b>
<b>BID</b>	10.544	11.529	12.927	35.000
<b>Local</b>	2.603	3.925	8.472	15.000
<b>Total</b>	13.147	15.454	21.399	50.000
<b>%</b>	26%	31%	43%	

#### **H. Contabilidad y auditoría externa**

- 3.34 El Minsa establecerá un sistema contable estándar para la contabilidad del programa que deberá ser implementado en la UGAF y en las Direcciones regionales que ejecuten recursos del FOGI. El sistema contable deberá permitir mantener cuentas y registros adecuados, de conformidad con normas internacionales de contabilidad generalmente aceptadas y que reflejen los recursos recibidos por fuentes de financiamiento y el uso de los recursos a nivel de la UGAF y de las regiones, por categoría de inversión. El ejecutor remitirá al Banco los estados financieros anuales del programa auditados de acuerdo a los términos de referencia aprobados por el Banco, 120 días después de terminado el ejercicio fiscal anual. La auditoría será efectuada por una firma de contadores públicos independiente aceptada por el Banco. El pago de las auditorías anuales será incluido en el costo del programa a ser financiados con recursos del financiamiento del Banco. Los Estados Financieros Auditados deberán contener una sección específica relacionada con la auditoría de los fondos FOCER, FOGI, y FOI.

#### **I. Seguimiento y evaluación**

##### **1. Taller de inicio del programa**

- 3.35 Se llevará a cabo un taller de inicio del programa a más tardar tres meses después de que el préstamo sea declarado elegible para desembolsos. Participarán funcionarios del Minsa central y regional, y funcionarios de la UGAF, y se revisará y ajustarán el plan de ejecución, la tabla de hitos y el marco lógico a la luz de las actividades previamente desarrolladas. Esta actividad será financiada con recursos de la financiación del Banco.

##### **2. Revisiones anuales, de mitad de período e Informe de Desempeño**

- 3.36 Durante el período de ejecución, el Minsa y el Banco realizarán revisiones anuales conjuntas a fin de tener la oportunidad de evaluar el desempeño del programa y lograr acuerdos sobre los ajustes necesarios. Los elementos centrales de análisis serán el análisis de avance del plan de ejecución, los POA, la matriz de marco lógico y la tabla de hitos anuales. El progreso en la ejecución de las actividades

contenidas en los POA y su relación con la consecución de los hitos será revisada cada tres meses por parte de COF/CPN y anualmente dentro de la misión de revisión técnica. El avance en la tabla de hitos, y sus indicadores acompañantes se utilizará como elemento central, tanto para la revisión de medio término, como para la preparación del Informe de Desempeño que serviría para proponer el paso a la fase 2 del programa. El equipo de proyecto llevará a cabo las revisiones previstas, acompañado, cuando se requiera, por consultores, con cargo a la financiación del Banco.

- 3.37 El Informe de Desempeño centrará su contenido en: (i) la revisión analítica de los resultados de las revisiones anuales y la revisión de medio término; (ii) el análisis del desempeño del ejecutor en la ejecución administrativa y financiera del programa; (iii) el cumplimiento de las estipulaciones y metas sobre gestión ambiental; y (iv) el cumplimiento de los elementos accionadores de la fase 2, tal como fueron descritos en el párrafo 2.4 y en el anexo IV.

### **3. Evaluación concurrente**

- 3.38 El programa financiará una evaluación concurrente que deberá contratarse en un plazo máximo de seis meses contados a partir de la fecha de vigencia del contrato. La evaluación concurrente tendrá cuatro propósitos: (i) revisar aleatoriamente el cumplimiento de los procedimientos contenidos en los RO; (ii) evaluar el cumplimiento de los contratos con las OE, en lo referente a los 10 indicadores de desempeño, y los resultados de la auditoría social; (iii) el cumplimiento de los compromisos contenidos en los convenios de desempeño Minsa/regiones; (iv) transferir su tecnología y procesos al Minsa para institucionalizar el seguimiento y evaluación al interior de la organización. Se producirán informes trimestrales.

## **J. Condiciones especiales para los desembolsos**

**Cuadro III-3**

<b>Condición</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>Instrumento de verificación</b>
Evidencia de la suscripción del convenio entre el Minsa y el PNUD para la administración financiera. Texto aprobado por el Banco antes de la suscripción.	Previa al primer desembolso	Convenio firmado



## **IV. VIABILIDAD Y RIESGOS**

### **A. Viabilidad técnica**

- 4.1 La entrega de servicios básicos de salud a poblaciones pobres por medio de organizaciones extrainstitucionales cuenta con una limitada, pero reciente experiencia en Panamá. Como parte de un programa de salud rural financiado por el Banco Mundial, el Minsa ha desarrollado durante el último año metodologías para detección de OE, promoción de su participación en programa de extensión de coberturas, y contratación de servicios. Estas experiencias han permitido crear al interior del Minsa un inicio de confianza sobre las posibilidades de extensión de cobertura por esta vía, y al mismo tiempo ha comenzado a sensibilizar a la oferta de OE sobre el potencial de este mercado en el país. La suma de estas circunstancias crea un incipiente, pero positivo sustrato técnico al interior del Minsa que pretende ser utilizado por el nuevo programa multifase del Banco.
- 4.2 La composición y modalidades de entrega del PAISS han sido diseñadas con la participación de representantes de todas las regiones de salud del país, lo cual ofrece un apreciable sustento técnico para la ejecución del programa. El hecho de haber diseñado un PAISS genérico con variaciones en contenido y modalidades de entrega según las regiones, ofrecerá flexibilidad en la entrega y acercamiento a las múltiples realidades epidemiológicas y culturales del país.
- 4.3 El diseño del componente de descentralización parte de un exhaustivo trabajo técnico con los Directores regionales, que permitió identificar un grupo de medidas de cambio financiero y de recursos humanos, que cumplieran dos condiciones: (i) viabilidad técnica y política; y (ii) alto impacto sobre el mejoramiento de los servicios en el corto plazo. En ese orden de ideas, se privilegiaron aquellas medidas tangibles que convirtieran el discurso de la descentralización en resultados medibles sobre la prestación de los servicios.

### **B. Viabilidad socioeconómica**

- 4.4 El mayor impacto socioeconómico cuantificable del programa está relacionado con el aumento de la cobertura de atención de salud a las poblaciones más pobres del país, las cuales están separadas, además de la brecha en el ingreso, por una marcada brecha en indicadores básicos de salud.
- 4.5 La brecha en las condiciones de salud tiene un impacto apreciable sobre la carga de la enfermedad, medida por los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVADs). En cada país los AVADs cuantifican los años de vida sana y productiva que la sociedad pierde como resultado de la mortalidad prematura y de la discapacidad, ambas consecuencias de problemas agudos y crónicos de salud de toda la población. En Panamá, la carga de la enfermedad no se distribuye de modo uniforme entre sus habitantes, sino que es atribuible en forma desproporcionada a las poblaciones más pobres y con menos accesos a servicios de salud, otros servicios públicos e infraestructura.
- 4.6 Las consecuencias de las acciones de salud pueden ser medidas utilizando un criterio de costo-efectividad, que relaciona el costo de la intervención y con su

efectividad. El costo es medido en términos monetarios, mientras que la efectividad es medida en términos de los AVADs que la sociedad ahorra o evita como producto de la intervención. Mientras más costo-efectiva es una intervención, más conveniente es su provisión, puesto que permite ahorrar a la sociedad más AVADs por cada dólar o balboa gastado en salud.

- 4.7 El PAISS que se entregará dentro del proyecto posee un cuociente global de costo-efectividad para la extensión de la cobertura de US\$23 por AVAD. Es decir, mediante la provisión de las atenciones de salud contenidas en el PAISS que proveerá el proyecto, la sociedad panameña gastará sólo US\$23 por cada año de vida salvado, tanto por la prevención de la muerte prematura como por la reducción de la discapacidad.
- 4.8 Este cuociente es favorable y permite caracterizar al paquete básico del proyecto como uno altamente costo-efectivo. Se atribuye al hecho que el PAISS comprende la provisión de niveles altos de intervenciones altamente costo-efectivas, incluyendo inmunizaciones, atención preventiva de madres y niños, y suplementos de hierro y vitamina A.
- 4.9 El beneficio de la entrega de los PAISS sería de 33.842 AVADs en el primer año, cuando el proyecto beneficiaría alrededor de 110.000 personas. El beneficio económico generado por la entrega de los PAISS se calculó en Valor Actual (VA) de los AVADs ganados con una tasa anual de descuento de 3%. El VA de los AVADs ganados es de 3.541.899.<sup>30</sup> Se estima que la provisión del PAISS reducirá en un tercio la carga de la enfermedad actual de las poblaciones beneficiarias del programa. Esto es más favorable que estimaciones realizadas por el Banco Mundial (Informe de Desarrollo Económico 1993), en las que se calculaba que un paquete básico de US\$21.5 en países de ingreso similar a Panamá, reduciría la carga de enfermedad del país en un 16%.

### **C. Viabilidad institucional**

- 4.10 La capacidad institucional del Minsa para dirigir un programa de cambio y ejecutar acciones de soporte se ha visto positivamente aumentada durante la ejecución del préstamo 803/OC-PN. Aunque se ha contado con una Unidad Coordinadora de Proyecto (UCP), el comando técnico y estratégico ha sido paulatinamente asumido por las dependencias de línea. En lo referente a la ejecución financiera de los recursos, la UCP ha logrado duplicar la ejecución de los recursos durante los últimos dos años, al generar un conjunto de procedimientos internos y de relación con otras instancias del Minsa y del gobierno de Panamá. Una muestra de la capacidad de aprendizaje y reorganización de procesos se ha dado durante el más reciente período de ejecución, al resolver satisfactoriamente una serie de recomendaciones de auditoría. Esta adopción de buenas prácticas, aunada con los requerimientos de control interno que se desarrollarán en el MO, contribuyen a presentar un panorama institucional positivo frente a la ejecución administrativa y financiera.

---

<sup>30</sup> Ricardo Bitrán & Cecilia Má. Provisión del PAISS en Panamá e impacto fiscal. Reporte de consultoría. 2001.

- 4.11 Durante la preparación de esta operación, las Direcciones nacionales involucradas en el proceso han recibido asistencia técnica y capacitación para participar activamente, y con una papel de liderazgo, en la conceptualización de la operación. Esta circunstancia sienta las bases para que el programa cuente con una apropiación crítica para el éxito del programa.
- 4.12 De manera adicional, y en vista de las debilidades institucionales detectadas y descritas en los antecedentes de este documento, el programa propone desarrollar cambios organizacionales en el Minsa que ofrezcan elementos conceptuales y nuevas herramientas a las Direcciones en particular, y al Minsa en general, para comandar estratégicamente el proceso de cambio y hacer los ajustes oportunamente.

#### **D. Viabilidad financiera**

- 4.13 El programa generará en la primera fase gastos recurrentes de aproximadamente US\$11,7 millones, lo cual significa un incremento de aproximadamente 6% en el tercer año de ejecución, contra incrementos sostenidos de más del 8% real en el presupuesto del Minsa durante la última década, gasto éste que ha estado orientado mayoritariamente al sostenimiento de la red hospitalaria, con una deficiente focalización hacia las poblaciones más pobres. Más del 95% de los gastos recurrentes del programa están relacionados con los pagos a las OE por la entrega del PAISS a las poblaciones más pobres. El financiamiento del Banco de estos costos recurrentes será decreciente durante las dos etapas, llegando a 60% del total durante el último año de la fase 1. Esta circunstancia permitirá al GOPN incrementar gradualmente la financiación de los costos recurrentes a través del presupuesto nacional, al mismo tiempo que estabiliza el gasto en los 5 hospitales incluidos en el programa, y obtiene ahorros netos de hasta 5% en el gasto de las redes de servicios que se pondrán a prueba durante la ejecución del programa.
- 4.14 En cuanto al impacto fiscal, se calcula que los costos recurrentes generarían un incremento real de 0,12% del PIB al final de la primera fase. Este hecho contrasta positivamente con los beneficios económicos generados por la entrega del PAISS, en términos de AVADs, ya descritos en el análisis de viabilidad socioeconómica.

#### **E. Impacto social y ambiental**

- 4.15 **Impacto social.** El presente programa apoya la entrega de servicios de salud de atención primaria a una población de hasta 450.000 habitantes, todos ellos bajo la línea de pobreza. La entrega de un paquete de intervenciones altamente costo-efectivas, orientado a las poblaciones más pobres, especialmente los niños y mujeres, se constituye en un esquema de focalización de gasto público que ataca simultáneamente los problemas de desigualdad en el acceso y de ineficiencia en la asignación de los recursos. Se fomentará un enfoque de género, tanto en la selección del tipo de organización comunitaria, como en la composición del paquete de beneficios. El sistema de información desagregará los datos para medir el impacto del programa sobre las mujeres, en cuanto a calidad y equidad.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Se incluirán indicadores sobre mortalidad materna, y acceso a atención del parto, entre otros.

- 4.16 La población indígena hace parte de las poblaciones objetivo del ejercicio de focalización, en razón de sus condiciones de pobreza extrema. El programa permitirá que ajustes al diseño de los paquetes y la modalidades de entrega consulten con las poblaciones objetivo, de manera que la entrega del PAISS se haga respetando e incorporando las particularidades socioculturales de las poblaciones indígenas. La Dirección General de Salud, la cual se encarga de la ejecución del componente 2, recibirá apoyo sobre este tema cuando se considere necesario. Se realizará un estudio de línea de base con el propósito de guiar la entrega de los servicios a las poblaciones indígenas, y facilitar el diálogo entre las comunidades indígenas y el Minsa. El estudio se contratará tan pronto el programa sea elegible.
- 4.17 **Impacto ambiental.** El proyecto no contempla inversiones mayores que tengan impacto ambiental directo. Sin embargo, para el programa incorporará las reglamentaciones vigentes<sup>32</sup> sobre licencias ambientales en todas las inversiones menores en obras civiles para centros básicos de salud y compra de equipos básicos que se financien a través del préstamo (se contemplan inversiones de alrededor de US\$1.000.000 en el componente 3, párrafo 2.51). Así mismo, el desarrollo del programa permitirá impulsar algunos aspectos de gestión ambiental, tales como: (i) la inclusión de temas ambientales en los protocolos de habilitación y acreditación de establecimientos prestadores de servicios; (ii) los términos de referencia para contratos o convenios de compra de bienes y servicios que se preparen dentro del componente 2 contendrán cláusulas para garantizar el cumplimiento por parte de los contratistas de las reglamentaciones ambientales vigentes; y (iii) las actividades de mejoramiento de la gestión de hospitales<sup>33</sup> incluirán un módulo sobre gestión ambiental que incorpora planificación y manejo de residuos, y salud ocupacional, entre otros temas. El cumplimiento de los compromisos de gestión ambiental será un módulo de los convenios de gestión (párrafo 2.60) que se firmarán entre el Minsa y los hospitales.

#### **F. Clasificación sobre Equidad Social y Reducción de la Pobreza**

- 4.18 La justificación para la clasificación PTI es automática. El proyecto especifica indicadores explícitos de desempeño para medir la reducción de la pobreza y mejoramiento de la equidad social (ver Anexo I).

#### **G. Riesgos**

- 4.19 Tanto los procesos de descentralización, como la innovación en la entrega de servicios básicos de salud a los pobres podrían encontrar resistencia de parte de grupos de trabajadores de la salud. En el caso de las innovaciones, se mostrará que la ampliación de cobertura mediante la entrega del PAISS se hará en comunidades donde no existe oferta disponible, sea por carencia de infraestructura, o por falta de personal, por lo que el programa no representa competencia directa a la oferta pública, ni propone el cierre de establecimientos de salud del Minsa. Además,

---

<sup>32</sup> En este caso se trata del código sanitario vigente. El código sanitario será actualizado a través de un proyecto simultáneo que se ejecuta con financiación del Banco Mundial

<sup>33</sup> Este subcomponente contempla recursos por US\$2.2m

como mecanismo de minimizar el riesgo de obstrucción a las actividades de las OE por parte de los trabajadores de la salud, las Direcciones Regionales recibirán los fondos del FOGI para desarrollar actividades similares a las de entrega del PAISS, y por tanto responder en situación de igualdad en cuanto a la disponibilidad de insumos. En este sentido, el programa utilizará los recursos del mercadeo social para informar a los interesados que el objetivo del programa es promover la complementariedad público-privada, y no reemplazar una oferta por la otra.

- 4.20 En el caso de la descentralización, el manejo de la información pública y la estrategia de mercadeo social dotarán al Minsa de las herramientas para detectar los potenciales riesgos y responder efectivamente con el desarrollo de los recursos humanos. Existe el riesgo de enfrentar resistencia de parte de las Regiones de Salud ante la propuesta de descentralización, si ésta no muestra resultados tangibles. El programa analizó un menú de opciones y propone una serie de cambios tangibles y deseados por las Regiones, en las áreas financiera y de recursos humanos. El programa promoverá las coaliciones entre proveedores de servicios, gobierno y opinión pública, mostrando las ganancias de cada una de las partes y las ventajas del trabajo conjunto.
- 4.21 Existe el riesgo de no encontrar un apropiado entendimiento con la CSS para el ejercicio de la coordinación. El programa apoyará por un lado la construcción de argumentos técnicos, y por otro, la definición de un número limitado de puntos de interfase, de forma tal que la discusión de focalice y cuente con suficiente soporte cuantitativo.
- 4.22 Se prevé que la primera fase del programa se ejecutará durante el mandato del gobierno actualmente en el poder. La preparación del reporte final coincidirá con el cambio en el gobierno y existirá el riesgo de dilaciones en el proceso durante la transición. Este riesgo se mitigará al: (i) presentar los avances institucionales en el sector y el aporte del programa; y (ii) presentar, además, una propuesta para la nueva tabla de hitos que refleje los cambios sectoriales recientes, así como las líneas estratégicas del gobierno entrante

**Panamá**  
**Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud. Fase I. (PN-0076)**  
**Marco Lógico**

Contribuir al mejoramiento de la salud integral y calidad de vida de la población de la República de Panamá			
Objetivo: Regulación, organización y producción de servicios de salud mejorada con equidad, eficiencia, eficacia, calidad y sostenibilidad			
Proyecto	Proyecto 1	Proyecto 2	Proyecto 3
Transformación Institucional del MINSA para el desarrollo de su rol rector y regulador. Innovaciones en la entrega de servicios básicos de atención primaria. Transformación y desarrollo de la institución para la producción de servicios de salud	<b>Propósito:</b> Capacidad de rectoría y regulación fortalecida	<b>Propósito:</b> Cobertura de servicios básicos de atención primaria ampliada a poblaciones vulnerables y pobres	<b>Propósito:</b> Eficiencia, eficacia y calidad en la gestión y la provisión de los servicios mejorada.
	<b>Componentes:</b> 1. Ajuste organizacional 2. Administración de información 3. Mercadeo Social 4. Formulación de políticas 5. Coordinación intrasectorial	<b>Componentes:</b> 1. Fortalecimiento de actores 2. Focalización 3. Entrega de servicios PAISS 4. Seguimiento y evaluación	<b>Componentes:</b> 1. Gestión descentralizada 2. Reordenamiento de la oferta 3. Gestión de hospitales
En Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Proyecto 1: Transformación Institucional del MINSA para el Desarrollo de su papel rector y regulador			
Calidad social de salud mejorada con equidad, eficacia, eficiencia, calidad y sostenibilidad			
Objetivo: Rol rector del sector salud	Al final del 3er. Año de ejecución: un Plan Nacional de rectoría del sector salud elaborado y en aplicación al final de la primera fase	Documentos e informes	<ol style="list-style-type: none"> <li>Contexto político y económico del país</li> <li>Continuidad de la voluntad política institucional</li> <li>Las personas involucradas tienen una actitud positiva</li> <li>Se cuenta con la colaboración de otras instituciones proveedoras de información: CSS, Gobierno y Justicia, Universidad IDAAN, Contraloría, ANAM y otras</li> <li>El personal capacitado tiene estabilidad funcional y no va a ser rotado</li> <li>Existe sensibilidad política frente a los</li> </ol>

			<p>problemas del sector y actitud positiva hacia el establecimiento de consensos por parte de los actores sociales involucrados.</p> <p>7. Asamblea Legislativa con una concepción clara de las necesidades legislativas y reglamentarias para el ejercicio del rol regulador del MINSA</p>
<b>Indicadores</b>			
<b>Sistema organizacional</b>	<b>1.1</b>	<b>1.</b>	
Administración de la información. Sistema de información estratégica está en funcionamiento	2.1 Al finalizar el primer semestre del segundo año de ejecución: Sistema diseñado y operando	2. Documento de diseño, procedimientos e instrumentos	Las personas involucradas en el sistema de información tiene una actitud positiva frente a innovaciones y rediseño
Sistema de información en los componentes de formulación, seguimiento y evaluación de las políticas de salud, vigilancia de la salud pública, calidad de los servicios de salud, promoción de la salud, agua y saneamiento ambiental, RRHH, investigación en salud, tecnología y medicamentos no desarrollado	<p>3.1 50% de los datos definidos en el sistema de acuerdo con el plan aprobado disponibles para la toma de decisiones a partir del segundo semestre del segundo año y el 50% restante al tercer año de ejecución</p> <p>3.2 Indicadores estratégicos, según plan aprobado, disponibles para la toma de decisiones a partir del tercer trimestre del segundo año de ejecución</p> <p>3.3 Una red de soporte tecnológico, de acuerdo con plan aprobado, funcionando a partir del tercer trimestre del segundo año de ejecución</p>	<p>1. Informes de resultados</p> <p>2. Informes de indicadores</p> <p>3. Términos de referencia</p> <p>4. Informes de instalación de equipos por unidad ejecutora.</p> <p>5. Informe de Avances del Proyecto.</p>	<p>Se cuenta con la colaboración de otras instituciones proveedoras de información: CSS, Gobierno Justicia, Universidades, IDAAN, Contraloría ANAM y otras</p> <p>El personal capacitado tiene estabilidad funcional y no va a ser rotado.</p> <p>Existencia de canales permanentes de comunicación entre los generadores de información y los tomadores de decisión que garanticen el desarrollo continuo del sistema</p>
<b>Mercadeo social</b>	<p>4.1 Campaña de promoción de la salud de apoyo al Componente 2 en ejecución al final del 1 semestre del año 1</p> <p>4.2 Campaña de mercadeo del programa en ejecución en 1 semestre del año 1 y hasta el final</p> <p>4.3 Plan de promoción de la salud para VIH/SIDA formulado al final del primer semestre del año 1</p> <p>4.4 Plan de promoción de la salud para</p>	<p>1. Copia de los impresos y videos</p> <p>2. Plan publicado</p> <p>3. Plan publicado</p>	

	volencia formulado al final del primer semestre del año 1		
	4.5 Planes para VIH/SIDA en ejecución al final del 1er año	4. Planes en ejecución. Videos, impresos	
Formulación de políticas. Políticas formuladas e implementadas en las áreas estratégicas de RRHH, investigación y regulación farmacéutica	<p>5.1 Políticas diseminadas y evaluadas entre el segundo semestre del segundo año y el primer trimestre del tercer año</p> <p>5.2 Incremento en un x% en la fiscalización del número de establecimientos de expendio de medicamentos a partir del segundo año de ejecución.</p> <p>5.3 Registro de medicamentos en 10 días hábiles a partir del segundo año de ejecución.</p> <p>5.4 Incremento de x% de disponibilidad de medicamentos e insumos en las instituciones de salud pública a partir del segundo año de ejecución.</p> <p>5.5 30% de población elegible certificada al medio término y 60% al final del programa</p> <p>5.6 Estudios de viabilidad financiera, técnica y política disponibles para evaluar posibilidades de reforma y menú de opciones para fase 2 terminados al final del programa</p>	<p>1. Documentos de políticas</p> <p>2. Informes, ayudas memorias y talleres</p> <p>3. Informe de fiscalización</p> <p>4. Análisis de tiempo y movimiento</p> <p>5. Informes de gestión</p> <p>6. Registros de certificación</p> <p>7. Copia de los estudios</p>	<p>Contexto político y económico del país estable</p> <p>Continuidad de la voluntad política institucional</p> <p>Existe sensibilidad política frente a los problemas de RRHH, tecnología biomédica, agua y saneamiento y actitud positiva hacia el establecimiento de consensos por parte de los actores sociales involucrados.</p> <p>Contexto político adecuado y estabilidad económica del país estable.</p> <p>Actitud positiva por parte de los actores sociales involucrados</p> <p>El Instituto Especializado de Análisis agiliza procesos y da resultados oportunos</p> <p>El personal capacitado tiene estabilidad funcional no va a ser rotado</p> <p>Existencia de un mecanismo que agilice y aminorar el pago a los proveedores de servicios al Ministerio de Salud</p> <p>Los proveedores cumplen los tiempos establecidos para la entrega de productos y documentación requerida</p>
Coordinación intrasectorial	<p>6.1 Estudio de oferta y demanda finalizado al final del 1er año</p> <p>6.2 Mecanismo supraministerial para definir el plan de inversiones conjunto Minsa/CSS al final del año 2.</p> <p>6.3 Catálogo de intervenciones y 40 tarifas acordadas y en operación para las transacciones Minsa/CSS al final del programa</p>	<p>1. Copia del estudio</p> <p>2. Copias del acta de la instancia supraministerial</p> <p>3. Catálogo de intervenciones y tarifas. Registros de pagos entre Minsa/CSS</p>	



Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<b>Proyecto 2: Innovaciones en la Entrega de Servicios Básicos de Atención Primaria</b>			
Salud social de salud mejorada con equidad, eficacia, eficiencia, calidad y sostenibilidad			
Acceso a servicios básicos de atención primaria ampliada a poblaciones vulnerables y pobres.	Fase I Población adicional de 500.000 cubierta con actividades de salud seleccionadas. Grado de satisfacción del usuario	1. Informe de auditoría concurrente 2. Informe de encuesta de satisfacción	La política social del estado se mantiene en línea con la política atinente al sector salud Se continúa la direccionalidad de las Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004
Selección de comunidades seleccionadas de acuerdo a criterios de focalización	Porcentaje de población cubierta a) Número y porcentaje del grupo rural no indígena cubierto por el programa b) Número y porcentaje del grupo rural indígena cubierto por el programa. c) Número y porcentaje del grupo urbano-marginal cubierto por el programa. d) Porcentaje de equipos de salud contratados e) Verificación de mecanismo de priorización de comunidades seleccionadas f) Verificación de la incorporación de la auditoría social.	1. Informes periódicos entregados por los proveedores según nivel, como parte del sistema de seguimiento y evaluación 2. Mapa de Pobreza 3. Registro de proyectos de otras instituciones (MEF) 4. Inventario actualizado de comunidades organizadas (MEF) 5. Revisión de contratos	Taller para diseño de sistema de información conjunta OE y MINSA.
Implementación de supervisión y monitoreo	2.1 Indicadores de desempeño del sistema de monitoreo externo	Documentos del Minsa	
Capacitación a proveedores	3.1 Porcentaje de programas de capacitación cumplidos	Informes de consultoría	
Incremento en acceso a atención de salud de primer nivel: promoción, prevención y recuperación	4.1 Porcentaje de programas de capacitación cumplidos	Informes de consultoría Estadísticas del MINSA	
Alianza entre organizaciones comunitarias y proveedores	5.1 Número y porcentaje de organizaciones comunitarias integradas a la provisión de	Informe de auditoría externa, encuesta CAP a la organización y encuesta de	Se mantiene la sensibilización e interés de la comunidad por el proyecto.

	servicios	satisfacción de usuarios	
Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<b>Proyecto 3. Transformación y Desarrollo de la Gestión para la Producción de servicios de salud</b>			
ta social de salud mejorada con eficacia, eficiencia, calidad y ilidad			
to ia, eficacia y calidad en la y la provisión de servicios de mejorada por un proceso de alización de servicios es e integración de servicios es.	Al final del 3er. Año de ejecución: Indicadores de descentralización de servicios en términos de financiamientos y de recursos humanos.  Indicadores de desempeño de nuevas redes de servicios (producción, rendimiento y costos)  Indicadores de eficiencia y productividad de hospitales	Encuestas Auditorías externas e internas Sistema de información Supervisiones Sistema de información (winsig) Sistema de información de gestión hospitalaria (803) Registros médicos y estadísticos del MINSA	Voluntad política Coordinación intrasectorial efectiva Presupuesto aprobado y adecuado Gremios profesionales y grupos organizados favor Aceptación de la comunidad Recursos humanos suficientes
dos			
strumentos de gestión centralizada diseñados e lementados	1.1 Número de instrumentos de gestión implementados para las cinco regiones claves	Informes técnicos	Viabilidad política Gremios profesionales y grupos organizados favor
pro legal para la gestión centralizada desarrollado	2.1 Número de documentos legales aprobados en las áreas de sistema de planificación sectorial, régimen laboral, régimen de delegación del gasto, gestión financiera descentralizada	Publicación en la Gaceta Oficial Resoluciones ministeriales	
ursos humanos capacitados en instrumentos de gestión centralizada	3.1 Porcentaje de personas elegibles capacitadas para los instrumentos de gestión	Informes técnicos de capacitación del proyecto Manuales	
n de implementación y luación de la gestión centralizada elaborado y cutado	4.1 Plan de implementación elaborado 4.2 Sistema de presupuestación por programas aplicado para los presupuestos en el futuro 4.3 <i>20 % de uso financiero en las Regiones de partidas centralizadas</i>	1. Auditorías regionales 2. Informes de consultorías  3. Informe de ejecución del presupuesto	

	<i>del fondo de trabajo al final del programa</i>		
Plan de implementación de recuperación de costos	5.1 5 % incremento del presupuesto de ingresos de la región que está representado en recuperación de costos al final del programa	Auditorías regionales	Coordinación entre instituciones, inclusive C
Modelo de red de servicios unificados en los cinco proyectos de pilotos.	6.1 Documentos técnicos validados 6.2 Plan de Acción aprobado a nivel regional	Documento técnico publicado Sistemas de informaciones	Coordinación intrasectorial efectiva
Marco Legal para la reorganización de la red de servicios desarrollado	7.1 Documentos legales aprobados	Informes técnicos	
Instrumentos del modelo de red de servicios desarrollados e implantados	8.1 Firma de convenios de gestión con las cinco regiones piloto 8.2 Estrategias de referencia y contrarreferencia.	Informes de DIS	
Infraestructuras mejoradas y equipadas con tecnología y servicios modernizados	9.1 Porcentaje de instalaciones intervenidas en su infraestructura y en equipamiento 9.2 Implantación de sistemas de información	Informes de evaluación Encuestas	
Modelos de aseguramiento y financiación de los servicios de salud desarrollados e implementados	10.1 Documento técnico validado 10.2 Porcentaje de regiones con modelo de compra implantados 10.3 Indicadores de Eficiencia en las operaciones regionales de redes de servicios con ahorros de más de 5%	Documento publicado Informes técnicos	Coordinación intrasectorial efectiva
Cursos humanos capacitados en operación de los modelos de aseguramiento y financiación de servicios de salud	11.1 Porcentaje de funcionarios capacitados en gestión financiera 11.2 Convenios con proveedores regionales de salud	Informes técnicos de capacitación	Gremios profesionales y grupos organizados a favor
Modelos de gestión hospitalaria desarrollados e implementados en regiones seleccionadas	12.1 Documento técnico validado según instalación	Documento técnico publicado	
Marco legal para la gestión hospitalaria desarrollados	13.1 Documentos legales aprobados sobre asuntos de financiamiento y recursos humanos	Decretos, y/o resoluciones etc. Manuales	

Instrumentos de gestión hospitalaria desarrollados e implementados	14.1 Números de instrumentos de gestión desarrollados 14.2 <i>Mejoramiento en las estadísticas de productividad de más de 10%</i> 14.3 Ahorros en el presupuesto operacional 14.4 Evidencia de la reducción de mortalidad y morbilidad intrahospitalaria	Informes técnicos de gestión hospitalaria Informes de consultores Reportes del sistema de información	
Recursos humanos capacitados en gestión hospitalaria	15.1 Porcentaje de funcionarios capacitados en gestión hospitalaria por instalación 15.2 Desempeño bajo un sistema de incentivos	Informes de capacitación	

Indicadores en *cursiva* corresponden a indicadores que se considerarán como elementos accionadores de paso de Fase 1 a Fase 2

**Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud. Fase I. (PN-0076)**

**PLAN DE ADQUISICIONES POR COMPONENTE (Miles USD\$)**

Componente y actividades	Financiación		Método de adquisición	Fecha estimada
	BID	GoP		
<b>COMPONENTE 1. TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL DEL MINSA</b>	<b>5.528</b>	<b>975</b>		
Consultorías				
- Internacional	826	146	CP	I - 2002
- Nacional	630	111	CP	I - 2002
Capacitación				
- Cursos, seminarios	711	126	LPN	I - 2002
- Internacional	48	9	CP	I - 2002
- Visitas de observación	204	36	CP	II - 2002
Equipamiento				
- Informática	666	118	LPI	II - 2002
Fondos FOCER-FOI	1.381	244	LPN	II - 2002
Publicaciones y campañas de mercadeo social	1.060	187	LPN	
<b>COMPONENTE 2. INNOVACIONES EN LA ENTREGA DE SERVICIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>17.871</b>	<b>6.978</b>		
Cobertura de servicios de salud	16.151	6.675	LPN	I - 2002
Consultorías				
- Internacional	542	96	CP	I - 2002
- Nacional	370	65	CP	I - 2002
Capacitación				
- Cursos, seminarios	454	80	LPN	I - 2002
- Internacional				
- Visitas de observación	128	23	LPN	I - 2002
Publicaciones y campañas de comunicación	226	40	LPI	I - 2002
<b>COMPONENTE 3. TRANSFORMACIÓN DE LA GESTIÓN PARA LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>10.131</b>	<b>876</b>		
Consultorías				
- Internacional	2.798	206	CP	I - 2002
- Nacional	1.766	130	CP	I - 2002
Capacitación				
- Cursos, seminarios	1.878	138	LPN	II - 2002
- Internacional	126	9	CP	II - 2002
- Visitas de observación	140	10	LPN	II - 2002
Equipamiento	1.230	90	LPI	II - 2002
- Informática	745	55	LPI	II - 2002
FOGI	932	69	CD	I - 2002
Publicaciones	292	21	LPN	I - 2002
<b>ADMINISTRACION</b>	<b>658</b>	<b>1.997</b>		
Consultorías				
- Nacional		1.407	CP	I - 2002
- Internacional	307		LPN	I - 2002
- Auditoría	351		LPN	I - 2002
Gastos de operación		590	LPN-CP	I - 2002
LPI: Licitación Pública Internacional				
CPI: Concurso Público Internacional				
LPN: Licitación Pública Nacional				
CP: Concurso de precios.				
CD: Contratación Directa				

## Matriz de Hitos anuales

### COMPONENTE 1

Actividad	Resultado esperado año 1	Hito (indicador)	Resultado esperado año 2	Hito (indicador)	Resultado esperado año 3	Hito (indicador)
Reestructuración de la Minsa	Nueva estructura aprobada	Resolución Ministerial	Nueva planta de cargos aprobada	Resolución Ministerial	Plan de Implementación desarrollado	Encuesta sobre el clima institucional
Formación de la fuerza de trabajo	Entrenamiento del 50% del personal elegible terminado	Reportes de consultoría y encuesta de usuarios	Plan de sistemas implementado en un 100%	Reportes de consultoría Encuestas realizadas	Reportes de información de cuentas nacionales, vigilancia epidemiológica y monitoreo de equidad en ejecución	Reportes de información de cuentas nacionales, vigilancia epidemiológica y monitoreo de equidad en ejecución
Desarrollo de recursos humanos	Protocolos diseñados y consensuados	Protocolos impresos	30% de población elegible certificada	Registros de certificación	60 % de población elegible certificada	Registros de certificación
Implementación de la Ley de Acceso a la Salud	30% de la reglamentación planificada ha sido terminada y expedida	Actos administrativos	60% de la reglamentación planificada ha sido terminada y expedida	Actos administrativos	100% de la reglamentación planificada ha sido terminada y expedida	Actos administrativos
Definición de tarifas	Catálogo de intervenciones acordado	Catálogo publicado				
	Metodología de definición de tarifas acordada	Documento de acuerdo	20 tarifas acordadas	Catálogo de tarifas	40 tarifas acordadas	Catálogo de tarifas

### COMPONENTE 2

Actividad	Resultado esperado año 1	Hito (indicador)	Resultado esperado año 2	Hito (indicador)	Resultado esperado año 3	Hito (indicador)	Observaciones
Provisión de servicios de salud en zonas de alta vulnerabilidad (incluye atención primaria)	Provisión innovadora de servicios de salud para 115.000 personas	10 equipos de salud itinerantes contratados y operando	Provisión innovadora de servicios de salud para 215.000 personas	20 equipos de salud itinerantes contratados y operando	Provisión innovadora de servicios de salud para 500.000 personas	50 equipos de salud itinerantes contratados y operando	Un equipo de salud itinerante por zona de alta vulnerabilidad
	Mejorar el estado de salud de la población beneficiaria e incrementar su acceso a actividades de primer nivel de atención	Mejorar en 30% indicadores clave del estado de salud y acceso a servicios de salud	Mejorar el estado de salud de la población beneficiaria e incrementar su acceso a actividades de primer nivel de atención	Mejorar en 50% indicadores clave del estado de salud y acceso a servicios de salud	Mejorar el estado de salud de la población beneficiaria e incrementar su acceso a actividades de primer nivel de atención	Mejorar en 70% indicadores clave del estado de salud y acceso a servicios de salud	La mejora en el estado de salud de la población beneficiaria e incremento en la cobertura de servicios de salud o disminución de la incidencia de enfermedades prevenibles en niños menores de 5 años
Monitoreo y evaluación	Implementación del Sistema de supervisión y monitoreo	Sistema de monitoreo externo (firma) y del MINSA Panamá contratado y funcionando	Perfeccionamiento del Sistema de supervisión y monitoreo	Sistema de monitoreo externo (firma) y del MINSA Panamá contratado y funcionando	Traslado del Sistema de supervisión y monitoreo al MINSA	Sistema de monitoreo externo (firma) y del MINSA Panamá contratado y funcionando	Incluye capacitación al sistema de monitoreo y evaluación de los resultados

Actividad	Resultado esperado año 1	Hito (indicador)	Resultado esperado año 2	Hito (indicador)	Resultado esperado año 3	Hito (indicador)	Observaciones
Actividad social	Selección y organización y capacitación de sociedad civil en las poblaciones beneficiarias	Organizaciones comunitarias seleccionadas, organizadas y capacitadas	Control social implementado	Reportes e informes de organizaciones civiles sobre proveedores de servicios de salud	Control social implementado y aplicado al financiamiento de proveedores de servicios de salud	Reportes e informes de las organizaciones civiles ligados al sistema de facturación y pago de los proveedores contratados	

### COMPONENTE 3

Año 1	Medio de verificación	Año 2	Medio de verificación	Año 3	Medio de verificación
Aprobación del plan descentralizada.	Resuelto Ministerial mediante el cual se aprueba el Plan.				
Monitoreo y operación del seguimiento y del componente	Copia del contrato y acta de iniciación de la consultoría.	Informes de seguimiento y monitoreo al plan de gestión descentralizada.	Aprobación del informe por el Comité Directivo del Programa	Evaluación de resultados del plan de gestión descentralizada	Aprobación del informe de evaluación por el Comité Directivo del Programa
Aprobación del plan de gestión	Acto administrativo de aprobación del plan por el Comité Directivo del Programa.				
El 30% de las actividades del plan de gestión	Informes de capacitación aprobados por el Comité Directivo	Ejecución del 80% de las actividades del plan de capacitación	Informes de capacitación aprobados por el Comité Directivo	Ejecución del 100% de las actividades del plan de capacitación	Informes de capacitación aprobados por el Comité Directivo
El plan para el marco legal y	Acto administrativo de aprobación del plan por el Comité Directivo del Programa.	Ajustes al marco legal y normativo	Acto administrativo de aprobación del plan por el Comité Directivo del Programa.		
El y/o reglamentario de sistema de gestión sectorial, laboral, régimen de del gasto, gestión descentralizada.	Resuelto Ministerial mediante el cual se aprueba marco legal y/o reglamentario.				
El plan de gestión en regiones piloto	Plan de inducción realizado.				

Año 1	Medio de verificación	Año 2	Medio de verificación	Año 3	Medio de verificación
Organización por regiones.	Acto administrativo de aprobación del Comité Directivo del Programa	Manuales aplicados en las cinco regiones piloto.	Informes de seguimiento y evaluación.	Manuales aplicados en las cinco regiones piloto.	Informes de seguimiento y evaluación.
Presupuestación por regiones aplicada para el año 2003.	Resuelto Ministerial mediante el cual se aprueba el presupuesto para el año 2003.	Sistema de presupuestación por regiones aplicado para el presupuesto del año 2004.	Resuelto Ministerial mediante el cual se aprueba el presupuesto para el año 2004.	Sistema de presupuestación por regiones aplicado para el presupuesto del año 2005.	Resuelto Ministerial mediante el cual se aprueba el presupuesto para el año 2005.
Ejecución de la parte del 10% del presupuesto estimado para la vigencia 2003.	Presupuesto aprobado con la incorporación de la transferencia a las regiones.	Ejecución del 100% de los recursos transferidos a las regiones  Programación de la transferencia del 20% del presupuesto estimado para la vigencia 2004.	Informes de ejecución presupuestal del 2003 aprobados por la Contraloría.  Presupuesto aprobado con la incorporación de la transferencia a las regiones.	Ejecución del 100% de los recursos transferidos a las regiones  Programación de la transferencia del 30% del presupuesto estimado para la vigencia 2005.	Informes de ejecución presupuestal aprobados por la Contraloría.  Presupuesto aprobado con la incorporación de la transferencia a las regiones.
Operación del Reglamento de los Fondos Regionales.	Reglamento Operativo de los Fondos Regionales aprobado y aplicado en regiones.  Informes de ejecución presupuestal de las regiones de año 2002 aprobados por la Contraloría	Transferencia del -30% del presupuesto asignado a mínimo diez regiones para la operación de los Fondos Regionales.	Informes de ejecución presupuestal de las regiones de año 2002 aprobados por la Contraloría	Transferencia del 35% del presupuesto asignado a mínimo diez regiones para la operación de los Fondos Regionales.	Informes de ejecución presupuestal de las regiones de año 2002 aprobados por la Contraloría
Gestión de recursos humanos.	Resuelto Ministerial mediante el cual se aprueba el manual de gestión de recursos humanos.				
Administración del recurso humano en operación.	Informes de seguimiento y evaluación	Sistema de administración del recurso humano en operación.	Informes de seguimiento y evaluación	Sistema de administración del recurso humano en operación.	Informes de seguimiento y evaluación
Control de costos.	Resuelto Ministerial mediante el cual se aprueban los mecanismos y valores de recuperación de costos.	Incremento de 5% del presupuesto de ingresos de la región sobre el promedio histórico representado en recuperación de costos.	Informes de ejecución presupuestal aprobados por la Contraloría.	Incremento de 10% del presupuesto de ingresos de la región sobre el promedio histórico representado en recuperación de costos.	Informes de ejecución presupuestal aprobados por la Contraloría.
Convenios de gestión con las cinco regiones piloto 2002.	Convenios firmados	Informe de evaluación y cumplimiento del convenio del año 2002 y firma de convenios de gestión para el año 2003.	Informe de evaluación y cumplimiento aprobado por el Comité Directivo del Programa y convenios firmados.	Informe de evaluación y cumplimiento del convenio del año 2003 y firma de convenios de gestión para el año 2004.	Informe de evaluación y cumplimiento aprobado por el Comité Directivo del Programa y convenios firmados.
Realización de diagnósticos y	Aprobación del diagnóstico y	Informe de evaluación y	Informe de evaluación y	Informe de evaluación y	Informe de evaluación y



Año 1	Medio de verificación	Año 2	Medio de verificación	Año 3	Medio de verificación
de 3 proyectos en las regiones de Veracruz y los Santos.	convenios firmados entre los proveedores de servicios de la red.	cumplimiento del convenio.	cumplimiento aprobado por el Comité Directivo del Programa.	cumplimiento del convenio.	cumplimiento aprobado por el Comité Directivo del Programa.
		Preparación de diagnósticos y formulación de 2 proyectos piloto en las regiones de Veracruz y Bocas del Toro	Aprobación del diagnóstico y convenios firmados entre los proveedores de servicios de la red.	Informe de evaluación y cumplimiento del convenio.	Informe de evaluación y cumplimiento aprobado por el Comité Directivo del Programa.
convenios de gestión de hospitales para el	Convenios firmados	Informe de evaluación y cumplimiento del convenio del año 2002 y firma de convenios de gestión para el año 2003.	Informe de evaluación y cumplimiento aprobado por el Comité Directivo del Programa y convenios firmados.	Informe de evaluación y cumplimiento del convenio del año 2003 y firma de convenios de gestión para el año 2004.	Informe de evaluación y cumplimiento aprobado por el Comité Directivo del Programa y convenios firmados.
de aumento en la mortalidad hospitalaria, un incremento del giro-cama en los hospitales Aquilino Tejeira y Stillero.	Reportes del sistema de información	Evidencia de que se mantiene el valor del indicador de giro-cama.	Informe de seguimiento a los convenios de gestión	Evidencia de que se mantiene el valor del indicador de giro-cama.	Informe de seguimiento a los convenios de gestión
de aumento en la mortalidad hospitalaria, un incremento del giro-cama en los tres restantes.	Reportes del sistema de información	Evidencia de que se mantiene el valor del indicador de giro-cama.	Informe de seguimiento a los convenios de gestión	Evidencia de que se mantiene el valor del indicador de giro-cama.	Informe de seguimiento a los convenios de gestión
				Evidencia de la reducción de la mortalidad intrahospitalaria de un 10% con respecto al valor observado en la línea de base.	Informes de seguimiento y evaluación

## INDICADORES PARA EL PROCESAMIENTO DE LA SEGUNDA FASE DEL PROGRAMA

Los elementos accionadores para el procesamiento de la fase 2 serán: (i) que se haya desembolsado al menos el 60% de los recursos de la Fase 1 de la operación; (ii) que la población atendida por el componente 2 haya sobrepasado el 50% de la población objetivo y las metas de aumento de cobertura y desempeño se hayan alcanzado en más del 70%; (iii) que se hayan presentado substanciales avances en el fortalecimiento de la rectoría y regulación del Minsa, incluyendo los resultados del trabajo de coordinación MINSA-CSS; (iv) que el gobierno de Panamá se haya comprometido a mantener la financiación para seguir el aumento de cobertura en el componente 2; (v) que estén disponibles los estudios de viabilidad técnica, financiera y política sobre la reforma del sector que sirvan de insumo para la discusión sobre la fase 2 del programa; (vi) que se hayan cumplido los compromisos de adecuado manejo de la ejecución contable, financiera y de auditoría externa del programa; y (vii) que se hayan obtenido substanciales avances en la política de descentralización de la organización y prestación de los servicios en las 5 regiones de salud seleccionadas.

Indicador	Justificación de la selección del indicador
<b>Entrega del PAISS</b> 1. Provisión de 25 equipos de salud con atención para al menos 225.000 personas 2. Se han alcanzado al menos el 70% de las metas definidas para cada uno de los 11 indicadores de aumento de cobertura y desempeño.	El aumento de cobertura es el centro del programa por sus efectos directos sobre la inequidad en el acceso a los servicios.
<b>Fortalecimiento institucional</b> 1. Instrumentos de certificación desarrollados y validados para médicos y enfermeras. 2. 30% del total de médicos y 25% del total de enfermeras ha sido certificado. 3. Catálogo de intervenciones y 40 tarifas acordadas y en operación para las transacciones Minsa/CSS. 4. Estudios de viabilidad financiera, técnica y política disponibles para evaluar posibilidades de reforma y menú de opciones para fase 2.	Sólo un Minsa fortalecido podrá manejar institucionalmente un proceso de reforma de largo término, especialmente en lo que tiene que ver con elementos clave de la regulación sectorial. La disponibilidad de un menú de opciones de reforma es indispensable para discutir la factibilidad y características de una segunda fase
<b>Transformación de la gestión</b> 1. Se ha completado la transferencia a las Regiones del uso financiero de hasta un 20% de partidas centralizadas del fondo de trabajo. 2. Se ha incrementado al menos el 5% del fondo de autogestión con respecto a la tendencia histórica. 3. Mejoramiento en la productividad de más de 10% en los 5 hospitales.	Los indicadores descritos son un trazador de que se han dado pasos efectivos en el proceso de descentralización y en el mejoramiento de la gestión hospitalaria.
<b>Aspectos financieros</b> 1. Presentación oportuna de Estados Financieros Auditados, de acuerdo con los requerimientos del Banco. 2. Grado de implementación por parte de la UGAF, de las recomendaciones efectuadas por los auditores externos del programa. Se revisará la opinión emitida por los auditores externos del programa. 3. Grado de cumplimiento, por parte del ejecutor, de las cláusulas contractuales, especialmente relacionadas con el aporte local.	El grado de compromiso en el adecuado manejo financiero es fundamental para mostrar el compromiso institucional del ejecutor

PROYECTO DE RESOLUCION

PANAMA. PRESTAMO \_\_\_\_/OC-PN A LA REPUBLICA DE PANAMA

Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud - Fase I

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 Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud - Fase I. Dicho financiamiento será por una suma de hasta US\$35.000.000, que formen parte de los recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los "Plazos y Condiciones Financieras" y a la "Condiciones Contractuales Especiales" del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo.