



Programa Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PN-L1068, 2563/OC-PN)

Informe de Terminación de Proyecto (PCR)

Equipo de Proyecto Original:

Frederico Guanais de Aguiar (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Leonardo Pinzón (SCL/SPH); Susan Kolodin (SCL/SPH); Christina Novinsky (SCL/SPH); Diana Pinto (SCL/SPH); Sheyla Silveira (SCL/SPH); Juan Carlos Dugand (PDP/CPN); Karina Díaz (PDP/CPN); y Bernadete Buchsbaum (LEG/SGO).

Equipo PCR:

Leonardo Pinzón (SPH/CPN), Jefe de Equipo; Annie Smith (SPH/CPN); Paloma Acevedo (SPD/SPD); Martha Guerra (SCL/SPH); Matilde Neret (SCL/SPH); y Carlos Molano (consultor).

Contenido

Enlaces Electrónicos.....	2
Acrónimos y Abreviaciones.....	3
Información Básica (50,000,000.00 US\$).....	4
I. Introducción.....	5
II. Desempeño del proyecto (A ser calificado)	7
2.1 Efectividad.....	7
2.2 Análisis de la Lógica Vertical	9
2.3 Resultados a nivel de diseño.....	33
2.4 Eficiencia	35
2.5 Relevancia	40
2.6 Sostenibilidad.....	40
III. Criterios no centrales.....	41
3.1 Contribución a los Objetivos Estratégicos del Banco.....	41
3.2 Contribución a los Objetivos de la Estrategia País.....	41
3.3 Monitoreo y Evaluación	42
3.4 Uso de Sistemas de Países	44
3.5 Salvaguardias ambientales y sociales	44
IV. Hallazgos y Recomendaciones	44
4.1 Ejecución y Presupuesto	45
4.2 Experiencia general con la gestión del proyecto	45
4.3 Asuntos no resueltos.....	47

Enlaces Electrónicos

1. [Checklist PCR](#)
2. [Matriz de Efectividad en el Desarrollo \(DEM\)](#)
3. [Versión Final de Reporte de Progreso del Monitoreo \(PMR\)](#)
4. [Comentarios de Gobierno](#)

Acrónimos y Abreviaciones

AIN-C	Atención Integral de la Niñez en la Comunidad
ATE	Auditoría Técnica Externa
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDG	Convenio de Gestión
CODIPRO	Comité Directivo del Programa
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CPP	Cartera de Prestaciones Priorizadas
DRS	Direcciones Regionales de Salud
EEC	Estrategia de Extensión de Cobertura
EOP	Meta final de proyecto, según sus siglas en inglés
GI	Giras Institucionales
GP	Gobierno de Panamá
MINSa	Ministerio de Salud
NV	Nacidos Vivos
OE	Organizaciones Extrainstitucionales
PAISS+N	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud más AIN-C
PMR	Informe de Progreso de Monitoreo, según sus siglas en inglés
PN	Panamá
PPB	Padrón de Población Beneficiaria
SIREGES	Sistema de Registros y Estadísticas de Salud
UBA	Unidad Básica de Atención
UGSAF	Unidad de Gestión de Salud Administrativa y Financiera

Información Básica (50,000,000.00 US\$)

NÚMERO DE PROYECTO (S): PN-L1068
TÍTULO: PROGRAMA MEJORAMIENTO DE LA EQUIDAD Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
INSTRUMENTO DE PRÉSTAMO: INVERSIÓN
PAÍS: PANAMÁ
PRESTATARIO: GOBIERNO DE PANAMÁ
PRÉSTAMO (S): 2563/OC-PN
SECTOR/SUBSECTOR: SALUD

FECHA DE APROBACIÓN DIRECTORIO: 31 AGOSTO 2011
FECHA DE EFECTIVIDAD CONTRATO DE PRÉSTAMO: 14 DE MARZO DE 2012
FECHA DE ELEGIBILIDAD PRIMER DESEMBOLSO: 20 DE NOVIEMBRE DE 2012

MONTO PRÉSTAMO (S)

MONTO ORIGINAL: \$50.000.000
MONTO ACTUAL: \$50.000.000
PARI PASU:
COSTO TOTAL DEL PROYECTO: \$70.000.000

MESES DE EJECUCIÓN

DESDE APROBACIÓN: 67
DESDE EFECTIVIDAD DEL CONTRATO: 60

PERIODOS DE DESEMBOLSO

FECHA ORIGINAL DE DESEMBOLSO FINAL: 17 MARZO 2017
FECHA ACTUAL DE DESEMBOLSO FINAL: 17 MARZO 2017
EXTENSIÓN ACUMULATIVA (MESES): 0
EXTENSIÓN ESPECIAL (MESES): 0

DESEMBOLSOS

MONTO TOTAL DE DESEMBOLSOS A LA FECHA: \$50.000.000

REDIRECCIONAMIENTO. ESTE PROYECTO:

¿RECIBIÓ FONDOS DE OTRO PROYECTO? No
¿ENVIÓ FONDOS A OTRO PROYECTO? No

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ECONÓMICO EX POST: ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE PROGRAMA (SPI) E ÍNDICE DE DESEMPEÑO DEL COSTO (CPI)

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EX POST: ESTIMACIÓN CUASI EXPERIMENTAL DE DIFERENCIAS EN DIFERENCIAS CON PAREAMIENTO, ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE PROGRAMA (SPI) E ÍNDICE DE DESEMPEÑO DEL COSTO (CPI)

CLASIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD EN EL DESARROLLO: SATISFACTORIO

I. Introducción

Desde 1990 hasta 2010 la tasa de mortalidad materna en Panamá subió de 0,53 a 0,60 muertes por mil Nacidos Vivos (NV)¹. En las áreas comarcales y zonas rurales limítrofes, las tasas fueron aún más elevadas, alcanzando en el año 2010 en las Comarcas Ngäbe Buglé, Guna Yala y en la provincia de Darién, las cifras de 2,0, 4,6 y 1,1 muertes maternas por mil NV, respectivamente². Asimismo, solo el 27,5% de la población indígena usaba métodos anticonceptivos modernos, el 64% recibió atención prenatal por parte de un médico, y tan solo el 44% recibió asistencia de un médico en el parto³. En cuanto a la mortalidad infantil, aunque la tasa se redujo en Panamá entre 1990 y 2010 al pasar de 18,9 a 13,4 muertes por cada mil nacimientos, el desempeño era bajo si se tenía en cuenta que la meta ODM a cumplir en 2015 era de 6,3 muertes por mil NV⁴. También contrasta la desigualdad con respecto a las comarcas indígenas, pues la tasa de mortalidad infantil en 2009 fue de 20,3 muertes por mil NV, mientras que el promedio nacional en el mismo año fue de 12,2 muertes por mil NV. Parte de estas muertes eran prevenibles y ocurrieron en los primeros días después del nacimiento: entre las muertes de niños menores de un año en 2008, el 34% fueron por causas originadas en el período perinatal; un 11% por neumonía; un 6% por diarreas o desnutrición proteico-calórico; y un 4% por causas externas⁵.

Las desigualdades en la salud de los niños(as) están presentes en el nacimiento y persisten durante toda la infancia. La mayor prevalencia de desnutrición crónica en 2008 se presentaba en poblaciones indígenas, alcanzando el 62% para niños(as) menores de cinco años; tres veces la prevalencia nacional (19,1%)⁶. Asimismo, existen variaciones en relación con la cobertura del esquema completo de vacunación, donde en algunas zonas alcanza solamente el 30%⁷. Cabe anotar que Panamá enfrentaba también una transición epidemiológica caracterizada por una doble carga de enfermedad, en la que las enfermedades no transmisibles y los accidentes cobran progresivamente mayor relevancia que las enfermedades infecciosas. Estos rezagos en la salud de la población se explicaron en parte por las desigualdades en el nivel de acceso a las intervenciones básicas de salud pública, así como por el uso y la calidad de los servicios.

En cuanto al sistema de salud, persistían las brechas en la disponibilidad de servicios preventivos de atención primaria y de emergencias en salud para comunidades indígenas y no indígenas. La provincia de Panamá concentraba cerca de 60% del personal calificado en salud de todo el país⁸. En las áreas más pobres, la infraestructura inadecuada de primer nivel, la escasez de insumos, la ausencia de incentivos para mejorar la calidad de la prestación y la desvinculación entre el primer y segundo nivel de atención, impidieron que los servicios de salud mantuvieran la continuidad y el manejo constante de las enfermedades. Estos son factores esenciales para una adecuada atención prenatal y del parto, para la atención oportuna de emergencias obstétricas y neonatales, para adecuados controles de crecimiento y desarrollo, así como para la prevención de enfermedades crónicas.

¹ Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Sección de Estadísticas Vitales.

² Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Sección de Indicadores Sociales.

³ Encuesta de niveles de Vida 2008 (ENV 2008).

⁴ Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Sección de Estadísticas Vitales.

⁵ Ministerio de Salud de Panamá, Informe Dirección General de Salud.

⁶ Encuesta de niveles de Vida 2008 (ENV 2008).

⁷ Encuesta de niveles de Vida 2008 (ENV 2008).

⁸ Ministerio de Salud de Panamá, Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

Frente a este panorama, el Gobierno de Panamá (GP) a través del Ministerio de Salud (MINSA) y con apoyo del BID, inició en 1995 la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), la cual llegó a tener un modelo de financiamiento combinado de pago per cápita y por desempeño a los proveedores, creando incentivos para aumentar la eficiencia en la entrega de servicios de atención primaria en salud, enfocando tales intervenciones para atender la problemática de salud en comunidades indígenas y zonas rurales con mayores problemas de acceso a los servicios de salud.

La EEC estableció la provisión de un conjunto de servicios de Protección en Salud para Poblaciones Vulnerables (PSPV) dirigido a poblaciones rurales, y un Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud fortalecido con Atención Integral de la Niñez en la Comunidad (AIN-C), denominado PAISS+N, dirigido a poblaciones en Comarcas Indígenas. Este conjunto de servicios en salud fue entregado por Organizaciones Extra institucionales (OE) y por profesionales de salud contratados por las Direcciones Regionales de Salud (DRS) del MINSA en la forma de Giras Institucionales (GI). A finales de julio de 2010, la EEC con PAISS+N llegó a englobar 170.326 personas registradas en el Padrón de Población Beneficiaria (PPB) en áreas comarcales y rurales dispersas, pero de estas solamente 78.349 personas efectivamente recibieron algún tipo de servicio⁹. Respecto a los beneficiarios efectivamente atendidos, según datos administrativos, 43.140 niños menores de cinco años recibieron intervenciones de AIN-C con servicios de promoción de crecimiento y desarrollo, y 74% de las mujeres embarazadas registradas recibieron tres o más controles prenatales y posnatales adecuados.

Para cerrar las brechas persistentes en la cobertura y la calidad de servicios de salud, en 2011, el BID y el MINSA identificaron los principales problemas y retos que debilitaban el funcionamiento de la estructura de los servicios de salud dirigidos a las comunidades más pobres: (i) En la estrategia de prestación de servicios existente: desarticulación de los proveedores fijos (instalaciones de salud del MINSA) y grupos itinerantes (OEs y GI) y la ausencia de un esquema de pago por desempeño en las instalaciones de salud del MINSA, con importantes ineficiencias entre las etapas de diagnóstico y atención básica en campo por los equipos itinerantes, y el seguimiento de los pacientes en las instalaciones de salud; (ii) problemas en la habilitación de infraestructura sanitaria para los servicios de atención primaria y de servicios especializados en salud materno infantil, así como y en cuidados obstétricos y neonatales esenciales y la prevención y control de enfermedades crónicas, teniendo en cuenta la carga de enfermedades no transmisibles registrada en Panamá; (iii) baja articulación entre el primer y segundo nivel de atención, baja capacidad de gestión hospitalaria, insuficiencia en los servicios de diagnóstico y procedimientos, inexistencia de protocolos de medicina a distancia, debilidad de los mecanismos de referencia y contrareferencia; y (iv) poca adecuación cultural de los servicios de salud.

Ante la evidencia de importantes rezagos en los resultados de salud el GP y el BID acordaron el contrato de préstamo No. 2563/OC-PN por US\$70 millones denominado **Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud** cuyo objetivo fue “mejorar la equidad en salud en Panamá, a través del incremento en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en Comarcas Indígenas y sus áreas rurales limítrofes.” Este programa complementaría la EEC; entregaría a los beneficiarios de las áreas priorizadas una Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) unificada y reforzada; ampliaría el modelo de financiamiento de

⁹ Unidad de Gestión de Salud Administrativa y Financiera, UGSAF.

pago per cápita¹⁰ condicionado al desempeño y la satisfacción de usuarios, supervisado por un mecanismo de Auditoría Técnica Externa (ATE); unificaría los servicios de instalaciones de salud del MINSA y equipos itinerantes (GI y OE) bajo el concepto de Unidad Básica de Atención (UBA), prestando servicios a una población de referencia con la gestión territorial de distintos modelos de atención.

II. Desempeño del proyecto (A ser calificado)

2.1 Efectividad

Se esperaba que, por intermedio del fortalecimiento de la atención primaria, el reforzamiento de la CPP¹¹ y la adecuación de las redes de salud, el programa redujese las tasas de mortalidad materna e infantil, la desnutrición crónica y mejorará el estado de salud de la población más pobre del país¹². Para llegar a estos objetivos, el programa fue estructurado con tres componentes:

Componente 1. Fortalecimiento de la atención primaria en salud (BID US\$43,3 millones; Local US\$14,0 millones). El objetivo de este componente fue garantizar y fortalecer los servicios de prevención, promoción y atención primaria en salud a nivel comunitario en las UBA de la red fija e itinerante. Se financió la CPP por medio de mecanismos de pago per cápita y por desempeño a los proveedores de salud.

Subcomponente 1.1. Implementación del pago per cápita y por desempeño en la red fija e itinerante de atención primaria en salud (BID US\$40,8 millones; Local US\$12,5 millones). Se financiaron los pagos per cápita, definidos como el monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada individuo incorporado como beneficiario del programa, el cual corresponde al cálculo del costo unitario promedio de recursos monetarios de la provisión de la CPP, asociado a cada beneficiario por un año. Los pagos referentes a los logros de cobertura representaron hasta el equivalente del 65%, los pagos referentes a los logros de los indicadores de desempeño hasta el equivalente del 30%, y los pagos referentes a la satisfacción de los usuarios hasta el equivalente del 5% de los pagos per cápita. Los pagos fueron validados por ATE y por la auditoría social.

Subcomponente 1.2. Desarrollo de un modelo de gestión de la atención primaria en salud (BID US\$476 mil; Local US\$118 mil). Se financiaron servicios de asistencia técnica y capacitaciones para el diseño y establecimiento de redes de salud en función del flujo de la población beneficiaria y protegida, el acceso, y la redefinición de ámbitos de resolución de los distritos de salud.

Subcomponente 1.3. Fortalecimiento de la cartera de servicios de atención primaria en salud (BID US\$2,0 millones; Local US\$1,4 millón). Se contempló el financiamiento de intervenciones específicas para mejorar: (i) la calidad de los servicios preventivos y de atención

¹⁰ El pago per cápita es el monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada individuo incorporado como beneficiario del programa, el cual corresponde al cálculo del costo unitario promedio de recursos monetarios de la provisión de la CPP, asociado a cada beneficiario por un año.

¹¹ La CPP es el conjunto de prestaciones (servicios de promoción, prevención y atención de la salud) que se otorgarán a los beneficiarios que se encuentran protegidos bajo el presente programa.

¹² Las áreas beneficiarias del programa incluyen las Comarcas de Ngäbe Buglé, Bocas del Toro, Guna Yala, Darién, Panamá, Coclé, Herrera, Los Santos, Panamá Oeste, Veraguas, Chiriquí y Colón.

primaria ya incluidos en la CPP, dirigidos a la mujer y a la niñez; y (ii) la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas. Con los recursos del préstamo asignados a este subcomponente el organismo ejecutor se comprometió a realizar mejoras en la calidad del servicio por ciclo de vida abarcando: servicios de salud sexual y reproductiva; salud de la niñez; enfermedades crónicas; salud bucal; servicios de asistencia técnica de educación para la salud y participación comunitaria.

Componente 2. Mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal (BID US\$922 mil; Local US\$1,0 millón). El objetivo de este componente fue mejorar la calidad y aumentar la demanda de los servicios de salud especializados a nivel institucional, dirigida a la mujer y al recién nacido en poblaciones de mayor rezago en los indicadores de salud materna y neonatal, a través del financiamiento de insumos y adecuaciones físicas que permitan mejorar la capacidad resolutive de establecimientos de salud de la red fija del primer y segundo nivel de atención. Con los recursos del préstamo asignados a este componente el organismo ejecutor se contempló la contratación de las siguientes actividades:

Subcomponente 2.1. Uso y calidad de los servicios de parto institucional (BID US\$567 mil, Local US\$549 mil): Se financió (i) la adecuación física de salas de parto occidental y salas de parto vertical a través de la provisión de equipos e insumos básicos para unidades de parto y atención al neonato, priorizando áreas de mayor rezago; y (ii) la adquisición de equipamiento y mobiliario para casas maternas y albergues. Con una parte de los recursos de la contrapartida local se contempló el financiamiento de incentivos en forma de viáticos a las madres y sus acompañantes para que utilicen los servicios de parto institucional.

Subcomponente 2.2. Atención de emergencias obstétricas y del neonato (BID US\$355 mil; Local US\$499 mil): Se financió: (i) la asistencia técnica para definir protocolos de referencia, atención y movilización para emergencias obstétricas; (ii) compra de equipos de emergencia obstétrica y neonatal, así como oxitocina y bolsas de sangre; y (iii) servicios de consultoría para el diseño de incentivos para la formación de especialistas en neonatología y anestesiología, y la capacitación del personal de salud en atención de emergencias obstétrica y neonatal.

Componente 3. Adecuación de las redes del sistema de salud (BID US\$1,6 millón; Local US\$2,3 millón). El objetivo de este componente fue fortalecer las redes de salud a través de la conexión de los servicios entre el primer y segundo nivel de atención, la implementación de esquemas integrados de gestión operativa que mejoren la capacidad resolutive de los servicios de salud, y garantizar la continuidad y calidad de la atención a las poblaciones objetivo. Con los recursos del préstamo asignados a este componente el organismo ejecutor se comprometió a contratar las siguientes actividades:

Subcomponente 3.1. Refuerzo de la red fija en el segundo nivel de atención (BID US\$270 mil; Local US\$118 mil): Se financió: (i) la adquisición de equipos, suministros e insumos básicos para el fortalecimiento de la red fija del segundo nivel de atención; y (ii) la asistencia técnica para la revisión de tecnologías para pruebas rápidas y adquisición de insumos de laboratorio que apoyen el proceso de detección de riesgo y diagnóstico temprano de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como cáncer de mama, cuello uterino y próstata, en comunidades de difícil acceso.

Subcomponente 3.2. Gestión del recurso humano (BID US\$160 mil; Local US\$261 mil): Se financió: (i) la asistencia técnica para el diseño de un plan de incentivos para una distribución geográfica más eficiente del personal médico y de enfermería al primer y segundo nivel de atención; y (ii) la asistencia técnica al personal de salud para mejorar la provisión de servicios a

poblaciones indígenas y campesinas. Con los recursos de la contrapartida local se contempló el financiamiento de los incentivos definidos para el personal médico y de enfermería del primer y segundo nivel.

Subcomponente 3.3. Sistema de referencia y contra referencia (BID US\$252 mil; Local US\$1,2 millones): Se financió: (i) la provisión de servicios y equipos informáticos para construir el padrón de población beneficiaria en la red fija; (ii) la dotación y mantenimiento de equipos de comunicación para conectar los distintos niveles del sistema de referencia y contrarreferencia, con especial énfasis en la movilización en caso de urgencias; y (iii) la asistencia técnica para: el desarrollo de un modelo de atención preferencial al paciente referido; asegurar la disponibilidad de modalidades de comunicación y transporte para los pacientes referidos; y la definición del marco regulatorio de la medicina a distancia.

Subcomponente 3.4 Mejoramiento de la gestión hospitalaria (BID US\$939 mil; Local US\$700 mil): Se financió: (i) asistencia técnica para la elaboración e implementación de planes de gestión hospitalaria, con énfasis en hospitales de referencia para Comarcas Indígenas y/o zonas rurales limítrofes; (ii) asistencia técnica para el diseño de un sistema integral de información que integre los subsistemas y mejore la calidad de los registros hospitalarios; y (iii) asistencia técnica para el fortalecimiento del sistema de gestión de calidad.

Componente 4. Gestión, auditoría y evaluación del programa (BID US\$4,1 millones; Local US\$2,6 millones). El objetivo de este componente fue fortalecer la capacidad del MINSA, a nivel central, para la coordinación de sus direcciones nacionales involucradas en la ejecución del Programa y a nivel de las DRS. Se financió: (i) la asistencia técnica para fortalecer el equipo del MINSA para la supervisión y gestión (administrativa y financiera) del Programa; (ii) la contratación y supervisión de la ATE y la auditoría financiera y la auditoría social del programa; (iii) los servicios de consultoría para reforzar el esquema de seguimiento y monitoreo; y (iv) los servicios de consultoría para el diseño y desarrollo de evaluaciones. También se comprometió a financiar los costos operativos del Comité Directivo del Programa (CODIPRO) del MINSA¹³.

2.2 Análisis de la Lógica Vertical

El fundamento de la lógica vertical del programa descansa en el supuesto de que los grandes retos para la mejoría de indicadores de salud en Panamá se explican por los aumentos de la cobertura, uso y calidad de los servicios de salud. Apoyándose sobre la base de prestación de servicios de salud ya existente y basándose en evidencia internacional sobre el impacto de diversas intervenciones¹⁴, el diseño de la lógica vertical del Programa estableció específicamente cuatro componentes cuyos propósitos conllevarían a conseguir el objetivo general de incrementar dicho acceso, uso y calidad de servicios de salud en Comarcas Indígenas y sus áreas rurales limítrofes, contribuyendo a mejorar la equidad en el sistema de salud en Panamá y, consecuentemente, reduciendo las tasas de mortalidad materna e infantil, y la desnutrición crónica.

En el primer componente de **fortalecimiento de la atención primaria en salud el programa (C1)** se estableció la necesidad de **implementar en primer lugar un modelo de prestación de**

¹³ Participan del CODIPRO: Ministro, Secretario General y Director General de Salud; Directores Nacionales de Planificación y de Provisión de Servicios de Salud; y Director de la UGAF.

¹⁴ Remington et al. Chronic Disease Epidemiology and Control. Washington, DC: American Public Health Assn. 2010.

servicios de salud basado en el pago per cápita y por desempeño (C1, S1) a las Unidades Básicas de Atención (UBAs) por los servicios de salud brindados en instalaciones de salud y por parte de grupos itinerantes (OEs y GI) del MINSA, modelo por el cual los prestadores de servicios se verían motivados a realizar una búsqueda activa de usuarios cumpliendo con protocolos y estándares de calidad bajo supervisión de esquemas de auditoría. Antes del inicio del Programa, el modelo de pago per cápita y por desempeño solo se aplicaba para la red itinerante (OEs y GI) y el Programa buscó ampliar este modelo a las instalaciones de salud participantes (centros de salud y hospitales regionales y rurales). Acorde con el documento de la propuesta de préstamo los resultados en la implantación de esquemas de prestación por cobertura y desempeño eran promisorios en otros países como el del Plan Nacer en Argentina¹⁵. Asimismo, se planteó en segundo lugar el diseño y establecimiento de un **modelo de gestión (C1, S2)** que tuviera en cuenta: (i) una población asignada y una cartera de servicios ofrecida por el sistema de salud; (ii) el inicio de la conformación de redes de servicios alrededor de las UBAs; y (iii) los recursos humanos requeridos para garantizar la atención efectiva de usuarios con un perfil racionalizado de oferta de servicios.

Dentro de la lógica de acciones, también se definió **fortalecer la cartera de servicios (C1, S3)** preventivos y de atención primaria hacia la mujer, la niñez, y pacientes con enfermedades crónicas. Por lo anterior, el diseño del Programa estableció acciones para mejorar la calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva como los de planificación familiar, realización de pruebas y exámenes para prevención de enfermedades, el uso de métodos anticonceptivos, así como la mejora en la atención durante el embarazo con reforzamiento de los controles prenatales y atención al recién nacido. En el área de la salud de la niñez el Programa planteó la introducción de los servicios de nutrición infantil dentro del Programa de Atención Integral a la Niñez en la comunidad en las instalaciones de salud de la red fija, y la implantación de un esquema de alternativas de suplementación alimentaria con el fin de reducir la desnutrición crónica, enfatizando la intervención temprana en la fase de 6 a 24 meses de edad con técnicas nutricionales actualizadas. También promovería la mejora de los controles de crecimiento y desarrollo infantil, y del Programa de inmunizaciones. El programa también incluyó acciones de atención primaria para la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, teniendo en cuenta la carga de enfermedades no transmisibles.

Con el fin de lograr una mejor recepción de las intervenciones en las Comarcas y la captación de un número mayor de mujeres en el sistema de salud, el diseño incorporó el desarrollo de un plan de educación en salud y la participación comunitaria que incluyera mecanismos de promoción y comunicación social en salud integral para la mujer, la capacitación técnica al personal de salud para la identificación temprana de signos de alarma y adecuada referencia; estrategias de comunicación para el desarrollo de instrumentos y alternativas para promoción del crecimiento y la adopción de conductas saludables en el hogar.

La implementación de cada una de las acciones anteriores apuntaría a que el sistema de salud generara como producto un número suficiente de UBAs que funcionaran bajo un modelo de pago per cápita y por desempeño, con una cartera de servicios fortalecidos con énfasis en la salud materno infantil (**Producto 1.3**). El mecanismo de provisión y en el enfoque de servicios estaría ligado al aumento del número de personas inscritas en el Padrón de Población Beneficiaria (PPB) y recibiendo atención en la red de atención primaria (**Productos 1.1 y 1.2**). El fortalecimiento de la cartera de servicios de atención primaria en salud se llevaría a cabo a través del abastecimiento de los centros de salud con cuadros básicos de medicamentos e insumos

¹⁵ Basinga et al., 2011; Rusa et al., 2009.

(Producto 1.4) y la actualización y adaptación cultural de los protocolos de servicios de salud **(Producto 1.5)**. En consecuencia, acorde con su diseño, el Programa arrojaría resultados en los controles prenatales en mujeres embarazadas, partos atendidos adecuadamente, niños que recibieran alimentación complementaria y suplementación con micronutrientes, esquema de vacunación completa, niños y niñas con controles de crecimiento y desarrollo, y pacientes con enfermedades crónicas en tratamiento **(Resultados 1.1 a 3.13)**. El impacto se reflejaría en la tasa de mortalidad materna e infantil, y en la prevalencia de la desnutrición crónica en comarcas indígenas y su área de influencia **(Impactos 1.1 a 1.3)**.

El programa incorporó como segundo componente de producto el **mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal (C2)** en establecimientos de salud de la red fija del primer y segundo nivel de atención, con el fin de mejorar la calidad y aumentar la demanda de los servicios de salud especializados a nivel institucional, dirigida a la mujer y al recién nacido. Por esta razón se financió **intervenciones para aumentar el uso y la calidad de los servicios de parto institucional (C2, S1)**: se programó la adquisición de equipos, insumos y la realización de adecuaciones físicas de salas de parto occidental y vertical, y de atención al neonato **(Producto 2.1)**. Igualmente, el diseño incluyó la adquisición de equipamiento y mobiliario para casas maternas y albergues, y estableció crear incentivos a las madres y sus acompañantes para que utilizaran los servicios de parto institucional **(Producto 2.2)**. Otro de los campos de mejora de la atención fue el de los **cuidados obstétricos y neonatales esenciales (C2, S2)**, la cual requería de la definición de protocolos de referencia, atención y movilización para emergencias obstétricas, y la adquisición de equipos e insumos **(Producto 2.3)**; también se necesitaría diseñar un esquema de incentivos para la formación de especialistas en neonatología y anestesiología, y la capacitación del personal de salud para atender este tipo de emergencias.

La mejora de la capacidad de los establecimientos maternos se vería reflejado en el incremento de salas de parto habilitadas en instalaciones de salud, en conexión con casas maternas, el equipamiento y adecuación de instalaciones para tratar emergencias obstétricas y complicaciones, que son parte de los cuidados obstétricos y neonatales esenciales, y el equipamiento de centros de segundo nivel salud de la red fija para la realización de pruebas diagnósticas básicas. Esto dejaría como principal resultado el aumento de la demanda por la atención de partos institucionales por personal capacitado **(Resultado 4.1)**, con impactos en la tasa de mortalidad materna y mortalidad infantil **(Impacto 1.1 y 1.2)**.

Con el objetivo de **adecuar las redes de salud (C3)** se planteó la necesidad de integrar los servicios entre el primer y segundo nivel de atención, la implantación de esquemas integrados de gestión operativa que mejoraran la capacidad resolutoria de los servicios de salud, y garantizaran la continuidad y calidad de la atención a las poblaciones beneficiarias del programa. Para hacer efectivo este nuevo modelo de gestión el Programa planteó entonces **reforzar la red fija en el segundo nivel de atención (C3, S1)** fortaleciendo la capacidad del MINSA para coordinar con las DRS la planificación de la adquisición de equipos, suministros e insumos básicos; la evaluación de tecnologías para realizar pruebas rápidas **(Producto 3.1)**; adquisición de insumos de laboratorio para apoyar el proceso de detección de riesgo y diagnóstico temprano de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como cáncer de mama, de cuello uterino y de próstata. Con la obtención de estos insumos se posibilitaría como resultado el incremento del porcentaje de exámenes Papanicolau –PAP- informados en el total tomado **(Resultado 5.1)**.

Otra de las actividades que contribuirían al fortalecimiento de las redes de salud es el **mejoramiento de la gestión de recursos humanos (C3, S2)** para lo cual se requería un plan de incentivos para una distribución geográfica más eficiente del personal médico y de enfermería al primer y segundo nivel de atención **(Producto 3.2)**; y un plan de asistencia técnica al personal

de salud para mejorar la provisión de servicios a poblaciones indígenas y campesinas. Los desarrollos de estas acciones contribuirían reducir la brecha estimada del personal médico en las regiones priorizadas (**Resultado 6.1**).

Adecuar las redes de provisión de salud también implicaría **construir un sistema de referencia y contra referencia (C3, S3)** que requeriría la provisión de servicios y equipos informáticos para construir el padrón de población beneficiaria en la red fija; la dotación y el mantenimiento de equipos de comunicación para conectar los distintos niveles del sistema de referencia y contra referencia; el desarrollo de un modelo de atención preferencial y la disponibilidad de modalidades de comunicación y transporte al paciente referido; y definir el marco regulatorio de la medicina a distancia. Estas actividades conllevarían a concretar la nominalización de personas en el padrón de la red fija (**Producto 3.3**), y se lograra como resultado que existieran instalaciones de salud que aplicaran el modelo de atención preferencial al referido (**Resultado 7.1**).

Fortalecer las redes de salud también requería **mejorar la gestión hospitalaria (C3, S4)** por lo que se necesitaba elaborar e implementar un plan de mejora, el diseño de un sistema integral de información que integrará los subsistemas de la red y mejorará la calidad de los registros hospitalarios; y el fortalecimiento del sistema de gestión de calidad. Las realizaciones de estas acciones posibilitarían que los hospitales de las comarcas indígenas tuvieran planes de gestión hospitalaria formulados (**Producto 3.4**) y obtuvieran como resultado que instalaciones de salud aplicaran el modelo de atención preferencial al referido (**Resultado 7.1**). Finalmente, para fortalecer la capacidad institucional del MINSA, como condición necesaria para la ejecución de la presente operación, se diseñó un componente para la **gestión auditoría y evaluación (C4)** del Programa. Según el modelo de gestión por resultados, los hallazgos de las auditorías del Programa condicionarán los pagos a proveedores de servicios de salud (financiado por el C1), estableciendo un sistema de retroalimentación para promover el mejoramiento de la cobertura, uso y calidad de los servicios de salud.

En suma, la ejecución de las actividades, el logro de los productos y el alcance de los resultados en los cuatro (4) componentes que esbozó el diseño del Programa evidenciaron la concordancia de las relaciones causa-efecto de la cadena lógica y la orientación de los productos y resultados hacia el cumplimiento de la reducción de la mortalidad materna e infantil, a la reducción de la prevalencia de la desnutrición infantil (indicadores de impacto). En la misma vía, las operaciones de los componentes se orientan a contribuir en diferente medida al logro de los objetivos finales de incremento en el acceso, y el uso y calidad de servicios de salud en Comarcas Indígenas y sus áreas rurales limítrofes.

A continuación, se presenta el mapa de la lógica vertical, en el cual se muestran las relaciones causales entre indicadores, productos y objetivos; los indicadores que fueron agregados están en recuadro de color rojo.



a. Validez de los supuestos de la lógica vertical

Los resultados de esta operación muestran que la mayoría de los supuestos definidos en el diseño de la lógica vertical fueron cumplidos. En general, teniendo en cuenta los alcances de los productos y resultados, el programa alcanzó un desempeño satisfactorio, especialmente en la implementación del componente 1 (C1). Gran parte de los esfuerzos institucionales, operativos, organizacionales y financieros se dirigieron hacia el aumento en el acceso y utilización de los servicios de atención primaria como base del sistema de salud panameño. Sin embargo, el principal factor que afectó el normal desempeño fue la desfinanciación de las actividades de los diferentes componentes derivado de la baja asignación presupuestal del gobierno panameño¹⁶ durante el primer, segundo y tercer año (2012, 2013 y 2014) de ejecución del proyecto. Lo anterior trajo consigo retrasos en el inicio del proyecto y retrasos procesos de contratación y de provisión de servicios, como por ejemplo en el pago a prestadores de salud en las áreas donde se desarrolla el proyecto.

A continuación, se presenta un análisis de la validez del supuesto de la lógica vertical por componente.

Fortalecimiento de la atención primaria en salud el programa (Componente 1).

El programa, durante la ejecución, asumió el financiamiento de la provisión de los servicios debido al cierre de la operación complementaria del Banco Mundial Programa de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud en 2013, por cuanto finalizó su plazo de ejecución y desembolso. Esta situación produjo que 34 UBAs de la Red Itinerante quedarán sin financiamiento para la provisión de servicios de salud bajo el modelo per cápita y por desempeño. Para evitar consecuencias adversas relacionados con la falta de provisión de servicios en áreas rurales dispersas y comarcas indígenas, se decidió absorber más UBAs de lo originalmente contemplado en el diseño del programa del BID, impactando el alcance del programa en términos de su cobertura de la población beneficiaria e incorporación de UBAs en el modelo de pago per cápita y por desempeño. Como se presenta en los productos 1.1 y 1.2, se inscribió a casi el doble de beneficiarios en el PPB de lo esperado en el diseño del programa, y se atendió unos 80.000 beneficiarios más que los previstos en el diseño de la operación. Se garantizó la prestación de servicios con el fin de no crear brechas de cobertura a poblaciones ya inscritas en el Padrón de Población Beneficiaria (PPB).

En el área de la salud de la Niñez el programa planteó la introducción de los servicios de nutrición infantil dentro del AIN-C en las instalaciones de la red fija, y la implantación de un esquema de alternativas de suplementación alimentaria con el fin de reducir la desnutrición crónica, enfatizando la intervención temprana en la fase de 6 a 24 meses de edad con técnicas nutricionales actualizadas. El programa logró actualizar todo el contenido técnico, los protocolos, manuales, guías y material educativo del el AIN-C para que reflejará las mejores prácticas de educación para el cambio de comportamiento para mejorar las prácticas de alimentación infantil, por lo cual la el AIN-C se denominó **Nutrividas** partir de 2015. Algunos factores impidieron aumentar los resultados en nutrición como los retrasos de la puesta en marcha de la evaluación de la aceptabilidad y adherencia a hierro versus micronutrientes en polvo (actualmente en desarrollo), y el desabastecimiento de la crema nutricional por parte del MINSA.

¹⁶ PMR (02/06/2014).

Mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal (Componente 2)

Dada la importancia que significa mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud materna e infantil en la red fija y ampliar su influencia con la integración de redes locales en el segundo nivel de atención, para incrementar los partos institucionales e incrementar la capacidad de los establecimientos de salud materna y tratar emergencias obstétricas y complicaciones, como parte de los cuidados obstétricos y neonatales esenciales, el programa logró actualizar y avanzar en creación de capacidades en el personal de salud para la adecuada aplicación de las normas de salud integral de la mujer e integrar protocolos explícitos de cuidados neonatales, así como la atención de emergencias obstétricas y neonatales con apoyo complementario de la Iniciativa Salud Mesoamérica. Hubo insuficiencia de recursos para financiar adecuaciones físicas, aunque se procuró por la adecuada provisión de insumos en instalaciones de salud. En este caso, la falla en la lógica vertical del componente 1, relacionado con la absorción y financiamiento de 34 UBAs adicionales en el programa, afectó el cumplimiento de los productos relacionados con las adecuaciones de infraestructura del componente 2 relacionadas con la habilitación de salas de parto, ni la adecuación de instalaciones de salud para funciones obstétricas y neonatales esenciales (productos 2.1 y 2.3).

Adecuación de las redes del sistema de salud (C3).

El programa logró avanzar en el diseño y puesta en marcha de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) para las comarcas indígenas y zonas rurales dispersas. La Estrategia CONE permitió dar los primeros pasos para organizar una red de servicios para la atención de la salud materno-infantil. Adicionalmente, las acciones del programa de servicios de salud fueron conducentes para renovar el papel complementario de la plataforma comunitaria (autoridades locales, médicos tradicionales, promotores de salud, parteras) en los resultados de la salud materno-infantil, lo cual constituyó una innovación en el contexto de los servicios de salud en Panamá. Se organizaron un total de dos redes de CONE completo (para la atención de emergencias obstétricas con y sin cuidados intensivos) y 18 redes de CONE básico (para la atención de los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio) para las Comarcas Guna Yala, Emberá Wounaan y Ngäbe Buglé. El programa adquirió los insumos necesarios para la atención adecuada del parto no complicado, impulsando un aumento de 40 puntos porcentuales en el número de UBAs que cuentan con los insumos necesarios para la atención adecuada del parto no complicado en las Comarcas Guna Yala y Emberá Wounaan. Estas intervenciones, complementados por los aumentos en cobertura de servicios y adecuación de protocolos financiados bajo el marco del Componente 1 de la presente operación, contribuyeron al logro de la meta de aumentar el parto institucional (resultado 4.1).

Parte del fortalecimiento de las redes de salud tenía en cuenta el reforzar algunas actividades de diagnóstico y procedimientos médicos de la red fija en el segundo nivel de atención para mejorar la conexión de los servicios. Se destaca la creación e implementación del Sistema de Registro y Estadísticas de Salud- SIREGES- cuya plataforma de almacenamiento permitió la entrega de datos e información generada por las UBAs y las DRS. El programa sentó las bases para la adecuación del sistema de información SIREGES permitiendo: (i) la unificación de las bases de datos en una base de datos consolidada; (ii) la creación de la plataforma web para poder automatizar los procesos de evaluación de los resultados de los proveedores de salud; y (iii) el desarrollo del sistema de reportes y de una plataforma móvil para la captura de la información a nivel comunitario.

El esquema integrado también requería de un sistema de referencia y contrarreferencia soportado por una estructura informática que permitiera el registro en un padrón de beneficiarios,

y una de comunicaciones para conectar los distintos niveles del sistema de referencia y contra referencia, con especial énfasis en la movilización en caso de urgencias; también estaría soportado por un modelo de atención preferencial al paciente referido, y la disponibilidad de modalidades de comunicación y transporte para los pacientes referidos. El avance en la nominalización del PPB avanzó de forma importante.

La implantación de esquemas integrados de gestión operativa que mejoran la capacidad resolutive de los servicios de salud, y garantizaran la continuidad y calidad de la atención a las poblaciones beneficiarias del programa requería de un plan de gestión del recurso humano que incluyera incentivos para la organización territorial y la apropiación de un esquema mejorado de provisión de servicios a poblaciones indígenas y campesinas. El plan avanzó parcialmente con la implementación del segmento de sensibilización cultural y de género para la atención con enfoque intercultural y el programa estableció las directivas que permitiera la absorción paulatina del personal de salud a nivel local en el marco de la sostenibilidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud en comarcas indígenas y áreas rurales dispersas.

A continuación, se presenta la Tabla 1 donde se describen los cambios que se dieron en la matriz de resultados durante la ejecución del programa; nueve (9) cambios corresponden específicamente a modificaciones en la meta final de proyecto –EOP- de indicadores de producto, y uno (1) está asociado a la inclusión de un nuevo indicador en el componente cuatro (4) Gestión, auditoría y evaluación dentro de la matriz de resultados. Todos los cambios fueron acordados con el MINSA y están registrados en diferentes documentos de ayuda de memoria de las misiones de negociación, análisis y seguimiento al programa.

Tabla 1. Cambios a la matriz de resultados

Tema de selección	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
Resultado	3.4 Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado	Modificación EOP del P(a)	Se fijó una meta más ambiciosa para partos atendidos por personal capacitado a partir de 2016, aumentando la meta original de 65% a 70% para EOP. Desde 2013, de acuerdo con los datos reportados en la Matriz de Resultados, el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado ya superaba la meta original de 65%, demostrando la necesidad de contar con una meta más ambiciosa para este indicador de resultado	Diciembre 2015	Se acordó este cambio con la Unidad Ejecutora durante la revisión de las metas del Reglamento Operativo de la Estrategia (IDBDOC40200134)
Producto	1.3 Número de Unidades Básicas de Salud (red fija) con modelo de cápita implementado	Modificación EOP del P(a)	Se aumentó el número de UBAs de la Red Fija en que se implementará el modelo de cápita a partir de 2014, de EOP original de 21 UBAs a 55 UBAs, para incluir a UBAs financiados hasta 2013 por el Banco Mundial. Según la Ayuda Memoria de la Misión de Medio Término del 2563/OC-PN (marzo 2015).	Septiembre de 2014	Agosto de 2014 (Ayuda Memoria de la Séptima Misión de Supervisión), y se reiteró los motivos por el cambio en marzo de 2015 (Ayuda Memoria de la Misión de Medio Término)
Producto	1.5 Protocolos de los servicios actualizados y adaptados culturalmente	Modificación EOP del P(a)	Se esperaba la actualización y adaptación cultural de 28 protocolos de salud a EOP. A fin de 2015 se cumplió con la actualización de 26 protocolos. Se decidió a finales de 2015 que no se actualizará los 2 protocolos faltantes (salud bucal y enfermedades crónicas), dado la falta de recursos. Se alcanzó solo uno de los indicadores relacionados con enfermedades crónicas a EOP (resultado 3.13). (septiembre 2015, Ayuda Memoria de la Misión de Análisis; octubre 2015, Misión de Negociación)	Septiembre de 2015	Se decidió incluir la actualización y adecuación cultural de los protocolos de salud bucal y crónicas en la operación 3615/OC-PN Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (septiembre 2015, Ayuda Memoria de la Misión de Análisis; octubre 2015, Misión de Negociación)
Producto	2.1 Número de instalaciones de salud con salas de parto habilitadas	Modificación EOP del P(a)	Dado que los recursos de la operación 2563/OC-PN en diciembre de 2015 ya estaban completamente comprometidos por la ampliación del alcance del programa en términos de cobertura de servicios de salud (indicadores de producto 1.1, 1.3 y 3.3), se decidió junto con el Ministerio de Salud incluir la habilitación de salas de parto (2.1), el equipamiento de instalaciones de salud (2.3 y 3.1), y el plan de incentivos al personal de salud (3.2) en la operación 3615/OC-PN Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud.	Septiembre de 2015	Septiembre 2015, Ayuda Memoria de la Misión de Análisis; octubre 2015, Misión de Negociación.
Producto	2.3 Número de instalaciones de salud equipadas y adecuadas para funciones obstétricas y neonatales esenciales				

Tema de selección	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
Producto	3.1 Número de centros del segundo nivel de salud de la red fija equipadas para realización de pruebas diagnósticas básicas		Para el indicador 2.3 se reconocen los esfuerzos en la dotación de instalaciones de salud en las Comarcas Indígenas. El programa co-financió con la Iniciativa Salud Mesoamérica la adquisición de insumos necesarios para la atención adecuada del parto no complicado, impulsando un aumento de 40 puntos porcentuales en el número de UBAs que cuentan con los insumos necesarios para la atención adecuada del parto no complicado en las Comarcas Guna Yala y Emberá Wounaan.		
Producto	3.2 Plan de incentivos al personal de salud implementado en regiones priorizadas				
Producto	3.4 Número de hospitales de referencia en comarcas indígenas con planes de gestión hospitalaria formuladas	Modificación EOP del P(a)	Se amplió la meta de la formulación de planes de gestión hospitalaria de tres hospitales de referencia en comarcas indígenas en el diseño de la operación, a cinco hospitales de referencia en comarcas indígenas. Esto para garantizar la coherencia de los planes de gestión hospitalaria que se aplicará en las comarcas indígenas del país. Se acordó este ajuste con el Ministerio de Salud en el desarrollo de los Términos de Referencia de la firma consultora encargada de apoyar el diseño de los planes de gestión hospitalaria en enero de 2014.	Septiembre de 2014	Se acordó este ajuste con el Ministerio de Salud en el desarrollo de los Términos de Referencia de la firma consultora encargada de apoyar el diseño de los planes de gestión hospitalaria (TDRS bajo IDBDOCS 39665847)
Producto	4.1 Evaluaciones de impacto desarrolladas	Inclusión de nuevo indicador de producto; modificación EOP del P(a)	Se incluyó el indicador de producto 4.1 Evaluaciones de impacto desarrolladas para monitorear el avance físico y financiero del desarrollo de evaluaciones de impacto. La planificación del EOP del P(a) para este indicador se modificó en 2016 dado los atrasos experimentados en las evaluaciones de impacto de PACO y AIN-C. Aunque se cumplió con el estudio de los impactos de la EEC, previsto en el diseño de la agenda de evaluaciones del programa, dado limitaciones de recursos y el cierre del programa las evaluaciones del PACO y AIN-C se incluyeron en el diseño de una nueva operación en salud.	Septiembre de 2013	El desarrollo de una evaluación de impacto fue contemplado en el diseño de la operación 2563/OC-PN (ver POD). Se decidió incluir la Evaluación de Impacto del PACO y AIN-C en la en la operación 3615/OC-PN Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (septiembre 2015, Ayuda Memoria de la Misión de Análisis; octubre 2015, Misión de Negociación)

b. Resultados Logrados¹⁷

A continuación, se describe el desempeño de los resultados en función de las actividades y productos por componente:

Los tres (3) **indicadores de impacto** evidencian los resultados claves esperados: la tasa de mortalidad materna en comarcas indígenas se redujo de 2,69 (LB) a 2,19, cuando la meta esperada era de 2,51 (meta EOP); la tasa de mortalidad infantil descendió de 18 (LB) a 13,8 cuando la meta era de 16,4 (meta EOP); y la desnutrición crónica de niños menores de cinco años pasó de 62 (LB) a 55,9 cuando la meta era de 58 (meta EOP).

La evaluación de los **resultados alcanzados** (Ver Tabla 2) muestra un desempeño positivo durante el período de ejecución del programa 2013-2015 puesto que de los veinte (20) indicadores de resultado doce (12) están de 100% o más de cumplimiento de la EOP; tres (3) están entre el 90% y 100%; dos (2) están entre 60% y 70%; dos (2) entre 40% y 60%; y uno solo no tuvo resultado (7.1 Número de instalaciones de salud que aplican el modelo de atención preferencial al referido).

En cuanto al análisis de los trece (13) **indicadores de producto** existentes, nueve (9) mostraron logros superiores o igual al 100% de la meta EOP; uno (1) logró el 90% del EOP; uno (1) logró el 60%; y dos (2) de ellos no obtuvieron resultados (2.1 Número de instalaciones de salud con salas de parto habilitados; 2.3 Número de instalaciones de salud equipadas y adecuadas para funciones obstétricas y neonatales esenciales).

La mayor parte de los logros se obtuvo en el componente 1, donde los desempeños de los cinco indicadores de producto fueron positivos (todos se cumplieron al 100%, menos uno, que se cumplió al 90%), así como para los 10 de los 16 indicadores de resultado, generando avances en términos de cobertura y mejoramiento de indicadores de resultado de salud materno infantil, aunque con pobres resultados en el tratamiento de enfermedades crónicas. De forma contraria en el componente 2, dos de los tres indicadores de producto no obtuvieron resultado por cuanto no se logró un avance en términos de adecuaciones físicas.

El desempeño de todos los indicadores se describe a continuación acorde con las actividades ejecutadas en cada componente:

Respecto al alcance del componente 1, se **implementó el modelo de pago per cápita y por desempeño (Subcomponente 1, C1)**, logrando incrementar la cobertura al pasar de 170.326 personas beneficiarias inscritas en 2011 a 420.992 registradas en 2015 en el Padrón de Población Beneficiaria- PPB)¹⁸¹⁹. Esto representa un logro de más de 200% de la meta EOP, y la duplicación del monto destinado al financiamiento de este producto. Así mismo, el programa logró pasar de atender con servicios de prevención, promoción y atención en la red de atención primaria a 78.349 beneficiarios en 2011 a 265.802 en 2015 (producto 1.2), cuando la meta (EOP) fue de 184.000. Este desempeño contribuyó a que el 83,3% de mujeres embarazadas

¹⁷ Dado que los recursos del PN-L1068 desembolsados en 2016 se destinaron al pago de proveedores por servicios prestados en 2015, los logros en los indicadores de impacto, resultado, y producto reportados en el presente documento toman como referencia los indicadores reportados por los prestadores y validados por la Dirección de Provisión de Servicios en diciembre de 2015.

¹⁸ Ver Ayuda de Memoria de la Primera Misión de Supervisión. Marzo de 2013, pág. 5.

¹⁹ El desempeño supera también los 403.509 beneficiarios potenciales.

completaran al menos tres (3) controles prenatales al final del tercer trimestre de gestación²⁰ (resultado 1.1), y que el 93% de niños y niñas con menos de un año recibieran al menos cuatro (4) controles de crecimiento y desarrollo²¹ (resultado 1.2).

En la misma lógica, para **desarrollar un modelo de gestión de la atención primaria (Subcomponente 2, C1)** el programa financió la contratación de asistencia técnica y capacitación para el diseño y el establecimiento de redes de salud con énfasis en la estrategia de “Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales” –CONE- adecuada a las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas. Asimismo, se implementó el modelo de pago per cápita y por desempeño en 118 Unidades Básicas de Atención de la Red Fija y la Red Itinerante. Con este apoyo, se logró que en 2016 las 55 UBAs (100%) de la red fija (producto 1.3) implementaran el modelo de pago per cápita, y un 100% contaron con rendición de cuentas actualizados (resultado 2.1).

Con el fin de **fortalecer la cartera de servicios de atención primaria en salud (Subcomponente 3, C1)** el programa mejoró la calidad de los servicios preventivos y de atención primaria ya incluidos en la CPP, dirigidos a la mujer y a la niñez. En el área de servicios de salud sexual y reproductiva implementó servicios de asistencia técnica y capacitación para el diagnóstico de servicios diferenciados de planificación familiar; así mismo realizó la adquisición de métodos anticonceptivos destinados a las Regiones de Salud de Darién, Guna Yala y Ngäbe Buglé; fortaleció la cadena de suministro, que soporta el Sistema de Manejo Integral de Suministros Humanitarios –LSS-SUMA) con equipamiento informático en las regiones comarcales (II informe MINSa); se financió un piloto de incentivos comunitarios en la comarca Ngäbe Bugle para incentivar el incremento de la demanda en el uso y la calidad de controles prenatales.

En el área de la salud de la Niñez el programa implementó la asistencia técnica, capacitación y adquisición de bienes para la introducción de los servicios de nutrición infantil dentro del programa de Atención Integral a la niñez en la comunidad en la red fija, implantó un esquema de alternativas de suplementación alimentaria, implementó asistencia técnica para mejorar los controles de crecimiento y desarrollo infantil, fortaleció el programa de inmunizaciones, y capacitó personal para el manejo del esquema de vacunación.

En este orden, el programa apoyó a la estrategia AIN-C (ahora Nutrividas²²) y al diseño del Programa de Apoyos Comunitarios (PACO) basado en incentivos específicos y diferenciados para promotores, embarazadas, monitoras y fondo comunitario; también contrató nutricionistas y monitoras comunitarias; capacitó los Equipos Básicos de Salud, los Equipos de Gestión (institucionales y extra institucionales) y las Monitoras del AIN-C (ahora Nutrividas) en las 3 Comarcas indígenas donde fue implementado inicialmente; se contrató la consultoría para la revisión de la fórmula de la crema nutricional distribuida como complemento alimenticio en Panamá para cubrir los requerimientos nutricionales de niños de 6 a 24 meses de edad y actualizó la “Guía para la atención integrada de niños y niñas desde el nacimiento hasta los nueve años de edad para la inclusión de zinc en el tratamiento de la diarrea de los niños menores de cinco años”; y capacitó a los coordinadores regionales de salud materno-infantil, de nutrición y de farmacia.

²⁰ Meta EOP: 82

²¹ Meta EOP: 86

²² La estrategia de AIN-C, ahora Nutrividas, consta de tres componentes en su actualización técnica: 1. Comunicación Interpersonal, 2. Participación Comunitaria; 3. Abogacía. Todos estos componentes fueron implementados a través de las plataformas comunitaria e institucional.

Todas las anteriores actividades de fortalecimiento de la cartera de servicios de atención primaria en salud apoyaron el abastecimiento de diecinueve (19) centros de salud (producto 1.4). En la misma vía, fueron creados veintiséis (26) protocolos de servicios actualizados y adaptados culturalmente (producto 1.5) cumpliendo con el 100% de la meta EOP ajustada. Con el desarrollo de estos productos se impulsaron varios resultados como el del incremento desde un 38% a un 59% de mujeres de más de 20 años a las que se realizó un toma de muestra de citología cérvico-vaginal (resultado 3.1)²³; el logro del porcentaje de mujeres embarazadas captadas, que en 2015 fue de un 86% (resultado 3.2)²⁴, y 89% de mujeres embarazadas con 2da dosis o Refuerzo TT o TD (resultado 3.3)²⁵, alcanzando ambas el 100% de la meta EOP. Otro resultado derivado fue el incremento de partos atendidos por personal capacitado el cual llegó ascendentemente a 92% en 2015 cuando la meta EOP fue de 70% (resultado 3.4).

Efectivamente, con la combinación de esos productos el porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años que tuvieron al menos dos controles de crecimiento y desarrollo pasó de 52% en 2014 a 86% en 2015 superando la meta EOP prevista de 82% (resultado 3.5); se obtuvo también un incremento en el porcentaje de niños menores de 24 meses que acudieron a las sesiones mensuales de AIN-C (ahora Nutrividas), al pasar de 44% en 2013 a 75% en 2015 muy cercana al 82% como meta EOP esperada (resultado 3.6); el crecimiento del porcentaje de niños entre 6 y 24 meses que estuvieron en los programas de suplementación incluyendo micronutrientes llegó a 88% en 2015 (resultado 3.8)²⁶; el porcentaje de niños y niñas menor de un año con esquema de vacunación completo para su edad llegó al 94% en 2015 sobre el 90% de EOP, también por encima de la meta propuesta (EOP 90%) (resultado 3.9); el porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años con esquema de vacunación completo para su edad llegó al 85% superando el 72% de la meta EOP (resultado 3.10); el porcentaje de sintomáticos respiratorios tamizados para tuberculosis llegó al 100%, superando la meta de 83% EOP (resultado 3.13). Cabe mencionar que problemas con la adquisición de alimentación complementaria, y la eliminación de los protocolos de enfermedades crónicas del producto 1.5 tuvieron efecto en el alcance de algunos indicadores de resultado: solamente se logró que 37% de los niños entre 6 y 24 meses estuvieron en los programas de alimentación complementaria (Meta EOP de 90%) (resultado 3.7), y solamente se llegó a tratar 47% de los pacientes diabéticos según la norma (Meta EOP de 75%) (resultado 3.12).

En cuanto al Componente dos (2) de **mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal**, a pesar de que los productos relacionados con adecuaciones físicas no se alcanzaron, el MINSA avanzó en la dotación de algunos centros de salud y se fortaleció el conocimiento y capacidades de recurso humano a través de la actualización de la Norma de salud integral de la mujer y de la Guía de cuidado de salud de niños y niñas menores de nueve años, así como la adopción de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE). Ambas normas y las Estrategia CONE incluyeron protocolos de atención al neonato y guías y protocolos para la atención materna e infantil. El MINSA realizó las respectivas sesiones de capacitación y formación del personal, lo cual posibilitó que el indicador porcentaje de partos atendidos por personal capacitado se incrementara anualmente hasta llegar a 92% en 2015, superando la meta de 70% de EOP (resultado 3.4). Quedo pendiente de avanzar en la actividad relacionada con la definición de incentivos para la formación de especialistas en neonatología y anestesiología.

²³ El resultado no llega a la meta EOP de 62 mujeres.

²⁴ Meta EOP 86%.

²⁵ Meta EOP 89%.

²⁶ Sin embargo la meta EOP fue de 90%.

Con el objetivo de **fortalecer las redes de salud (C3)** se planteó la necesidad de integrar los servicios entre el primer y segundo nivel de atención, la implantación de esquemas integrados de gestión operativa que mejoraran la capacidad resolutoria de los servicios de salud, y garantizar la continuidad y calidad de la atención a las poblaciones beneficiarias del programa. Se planteó entonces **reforzar la red fija en el segundo nivel de atención (Subcomponente 1 del C3)** fortaleciendo la capacidad del MINSA, a nivel central, para la coordinación de sus direcciones nacionales involucradas en la ejecución del programa y a nivel de sus DRS previendo la financiación de la adquisición de equipos, suministros e insumos básicos; la asistencia técnica para la revisión de tecnologías para pruebas rápidas y adquisición de insumos de laboratorio que apoyaran el proceso de detección de riesgo y diagnóstico temprano de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como cáncer de mama, de cuello uterino y de próstata. Con el apoyo de estos insumos se lograría que algunos centros de segundo nivel estuviesen equipados para realización de pruebas diagnósticas Básicas. Sin embargo, el programa no contó con suficientes recursos para financiar estas intervenciones. A pesar de ello, el porcentaje de exámenes PAP informados en el total tomado llegó al 59% en 2015 (resultado 5.1), aunque por debajo del 85% de la meta EOP generado probablemente por la dinámica propia del centro.

También se planteó mejorar la **gestión de recursos humanos (Subcomponente 2 del C3)** financiando. Para ellos se contrató asistencia técnica para el diseño del plan de implementación del módulo de sensibilización cultural y de género para el personal de salud (plan de capacitación integral CONE). La implementación de este Plan estaría relacionada con la evaluación de necesidades del personal de salud al interior de cada UBA para lograr su permanencia en el área y el fortalecimiento de sus capacidades en la provisión de la CPP. Esto a su vez contribuiría a reportar la reducción de la brecha estimada del personal médico para las regiones priorizadas al pasar de 22% en 2013 a 7% en 2015 muy cercano al 6% del EOP (resultado 6.1).

La adecuación de las redes de provisión de salud implicó también construir un **sistema de referencia y contra referencia (Subcomponente 3 del C3)** que requirió de la financiación de: la provisión de servicios y equipos informáticos para construir el padrón de población beneficiaria en la red fija; la dotación y el mantenimiento de equipos de comunicación para conectar los distintos niveles del sistema de referencia y contra referencia, con especial énfasis en la movilizaciones caso de urgencias; asistencia técnica que desarrollara un modelo de atención preferencial al paciente referido, asegurara la disponibilidad de modalidades de comunicación y transporte para los pacientes referidos, y definiera el marco regulatorio de la medicina a distancia. Estas inversiones llevarían a concretar la nominalización de 166.120 personas en el padrón de la red fija (producto 3.3), cifra que supera casi cinco veces (5) la meta de fin del programa (40 mil). Sin embargo, no se logró que alguna instalación de salud aplicara el modelo de atención preferencial al referido (resultado 7.1).

Conectar los servicios entre el primer y segundo nivel de atención e implantar esquemas integrados de gestión operativa requería **mejorar la gestión hospitalaria (Subcomponente 4 del C3)** para lo cual el programa apoyó la creación y aprobación del modelo de gestión hospitalaria cuya implementación significó avances en la revisión de los modelos de gestión con muy buena aceptación por parte de las regiones y los niveles locales. Este producto contribuyó a que al finalizar 2015, cinco hospitales de las comarcas indígenas tuvieran planes de gestión hospitalaria formulados (producto 3.4). Adicionalmente, con base en los planes formulados, el MINSA avanzó en la implementación gradual de este modelo de gestión hospitalaria a través de la capacitación del equipo gerencial de cada hospital en dos ocasiones (2015 y 2016) y la aplicación de los módulos de presupuesto y de gestión del abastecimiento.

En suma, la ejecución de las actividades, la implementación de los productos y el alcance de los resultados en los cuatro (4) componentes del PN-L1068 lograron evidenciar la concordancia de la cadena lógica y su orientación a cumplir con el logro de los objetivos de fortalecimiento de la atención primaria en salud, el reforzamiento de la CPP, la adecuación de las redes de salud en las áreas beneficiarias mediante el incremento en el acceso, y el uso y calidad de servicios de salud en Comarcas Indígenas y sus áreas rurales limítrofes. Dicha estructura permitiría contribuir a generar los impactos esperados en beneficio del mejoramiento de la equidad en salud en Panamá.

Tabla 2. Matriz de resultados alcanzados

Impacto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
1 Reducción de las Muertes maternas en comarcas indígenas y su área de influencia							
1.1. Tasa de mortalidad materna en Comarcas indígenas y su área de influencia.	Muertes por 1.000 nacidos vivos	2.69	2008	Contraloría General de la República - Estadísticas Vitales 2008. INEC, 2014.	Valor de Meta Original	2.51	2014
					Valor de Meta revisado	2.51	
					Valor alcanzado	2.19	
2 Reducción de las muertes de niños menores de cinco años en comarcas indígenas y su área de influencia							
2.1. Tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años en comarcas indígenas y su área de influencia	Muertes por 1.000 nacidos vivos	18.00	2008	Contraloría General de la República - Estadísticas Vitales 2008. INEC, 2014	Valor de Meta Original	16.40	2014
					Valor de Meta revisado	16.40	
					Valor alcanzado	13.8	
3 Reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en comarcas indígenas y su área de influencia							
3.1. Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de cinco años en comarcas indígenas y su área de influencia	%	62.00	2008	Encuesta de Niveles de Vida 2013 o informe de evaluación de impacto. Encuesta SM2015	Valor de Meta Original	58.00	2015
					Valor de Meta revisado	58.00	
					Valor alcanzado	55.9	

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
Componente 1. Fortalecimiento de la atención primaria en salud							
1 Pago per cápita en la red de atención primaria en salud implementado							
1.1. Porcentaje de mujeres embarazadas que al final del tercer trimestre de gestación hayan completado al menos 3 controles prenatales (por lo menos uno por cada trimestre).	Porcentaje	74.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Registro: mujeres en edad fértil del Padrón de Población Beneficiaria Certificada PPBC	Valor de Meta Original	82.00	2015
					Valor de Meta revisado	82.00	
					Valor alcanzado	83.30	
1.2. Porcentaje de niños y niñas al cumplir un año con al menos 4 controles de crecimiento y desarrollo influencia.	Porcentaje	80.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Niños menores de un año del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.	Valor de Meta Original	86.00	2015
					Valor de Meta revisado	86.00	
					Valor alcanzado	93.00	
2 Modelo de gestión de la atención primaria en salud desarrollada							
2.1. Porcentaje de Unidades Básicas de Salud (red fija) con informes de rendición de cuentas actualizados (uno cada 2 meses)	Porcentaje	0.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia	Valor de Meta Original	90.00	2015
					Valor de Meta revisado	90.00	
					Valor alcanzado	100.00	
3 Cartera Priorizada de Prestaciones de servicios de atención primaria en salud fortalecida							
3.1. Porcentaje de mujeres de 20 años y más a las que se realiza una toma de Muestra de citología cérvico-vaginal anual	Porcentaje	48.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Mujeres en edad fértil del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.	Valor de Meta Original	62.00	2015
					Valor de Meta revisado	62.00	
					Valor alcanzado	59.00	
3.2. Porcentaje de mujeres embarazadas captadas	Porcentaje	83.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Mujeres	Valor de Meta Original	86.00	2015
					Valor de Meta revisado	86.00	

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
				en edad fértil del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia	Valor alcanzado	86.00	
3.3. Porcentaje de mujeres embarazadas con 2da dosis o Refuerzo TT o TD (vacunación adecuada según la norma)	Porcentaje	87.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Mujeres en edad fértil del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.	Valor de Meta Original	89.00	2015
					Valor de Meta revisado	89.00	
					Valor alcanzado	89.00	
3.4. Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado.	Porcentaje	41.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Mujeres en edad fértil en comarcas indígenas y su área de influencia	Valor de Meta Original	65.00	2015
					Valor de Meta revisado	70.00	
					Valor alcanzado	92.00	
3.5. Porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años que tienen al menos dos controles de crecimiento y desarrollo realizados durante el período de prestación evaluado.	Porcentaje	69.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Niños menores de cinco años del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia	Valor de Meta Original	82.00	2015
					Valor de Meta revisado	82.00	
					Valor alcanzado	86.00	
3.6. Porcentaje de niños menores de 24 meses que acuden a las sesiones mensuales de AIN-C.	Porcentaje	60.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Niños menores de dos años del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia	Valor de Meta Original	82.00	2015
					Valor de Meta revisado	82.00	
					Valor alcanzado	75.00	
3.7 Porcentaje de niños entre 6 y 24 meses que están en los programas de alimentación complementaria.	Porcentaje	80.00	2011Línea de base	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Niños menores de cinco años del PPBC en comarcas	Valor de Meta Original	90.00	2015
					Valor de Meta revisado	90.00	
					Valor alcanzado	37.00	

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
				indígenas y su área de influencia			
3.8. Porcentaje de niños entre 6 y 24 meses que están en los programas de suplementación incluyendo micronutrientes.	Porcentaje	80.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Niños menores de cinco años del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.	Valor de Meta Original	90.00	2015
					Valor de Meta revisado	90.00	
					Valor alcanzado	88.00	
3.9 Porcentaje de niños y niñas menor de un año con esquema de vacunación completo para su edad.	Porcentaje	81.00	2011.	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Niños menores de cinco años del PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.	Valor de Meta Original	90.00	2015
					Valor de Meta revisado	90.00	
					Valor alcanzado	94.00	
3.10. Porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años con esquema de vacunación completo para su edad.	Porcentaje	55.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Niños menores de cinco años del PPBC en Comarcas indígenas y su área de influencia	Valor de Meta Original	72.00	2015
					Valor de Meta revisado	72.00	
					Valor alcanzado	85.00	
3.11. Porcentaje de pacientes hipertensos que han recibido el tratamiento según la norma.	Porcentaje	0.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.	Valor de Meta Original	75.00	2015
					Valor de Meta revisado	75.00	
					Valor alcanzado	52.88	
3.12 Porcentaje de pacientes diabéticos que han recibido el tratamiento según la norma	Porcentaje	00.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.	Valor de Meta Original	75.00	2015
					Valor de Meta revisado	75.00	
					Valor alcanzado	47.00	

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
3.13. Porcentaje de sintomáticos respiratorios tamizados para tuberculosis	Porcentaje	40.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. PPBC en comarcas indígenas y su área de influencia.	Valor de Meta Original	83.00	2015
					Valor de Meta revisado	83.00	
					Valor alcanzado	100.00	
Componente 2. Mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal							
4 Uso y calidad de los servicios de parto institucional aumentados							
4.1. Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado (desagregado por servicios institucionales y tipo de personal	Porcentaje	41.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Mujeres en edad fértil en el PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes.	Valor de Meta Original	67.00	2015
					Valor de Meta revisado	67.00	
					Valor alcanzado	83.00	
Componente 3. Adecuación de las redes del sistema de salud							
5Red fija de servicios de salud reforzada en el segundo nivel de atención							
5.1. Porcentaje de exámenes PAP informados en el total tomado	Porcentaje	64.00	2012	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Mujeres en edad fértil en el PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes El indicador iniciará reporte con la versión nueva del sistema de registro diario de actividades del Sistema de Información en 2013.	Valor de Meta Original	85.00	2015
					Valor de Meta revisado	85.00	
					Valor alcanzado	59.00	
6 Recursos humanos en salud fortalecidos							
6.1. Brecha estimada del personal médico para las regiones priorizadas	Número	29.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes Este indicador se empezará a reportar una vez se cuente con los planes de	Valor de Meta Original	6.00	2015
					Valor de Meta revisado	6.00	
					Valor alcanzado	7.00	

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
				recursos humanos de cada Unidad Básica de Atención.			
7 Sistema de referencia y contra referencia reforzado							
7.1. Número de instalaciones de salud que aplican el modelo de atención preferencial al referido	Número	0.00	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. PPBC en comarcas y áreas rurales limítrofes El indicador inicia reporte a partir de la entrega del diseño del Modelo de Atención Preferencial al Referido	Valor de Meta Original	21.00	-
					Valor de Meta revisado	21.00	
					Valor alcanzado	0.00	

Producto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
1Fortalecimiento de la atención primaria en salud							
1.1. Número de personas beneficiarias de la red de atención primaria (inscritas en el Padrón de Población Beneficiaria- PPB)	Personas	170.326	2011	Línea de base y meta: Padrón de población beneficiaria certificado por parte de la auditoría técnica externa.	Valor de Meta Original	205,000.00	2015
					Valor de Meta revisado	205,000.00	
					Valor alcanzado	420,992.00	
1.2. Número de personas atendidas en la red de atención primaria (recibieron el servicio)	Personas	78.349	2011	Sistema de información de salud MINSA. PPB	Valor de Meta Original	184,000.00	2015
					Valor de Meta revisado	184,000.00	
					Valor alcanzado	265,802.00	
1.3. Número de Unidades Básicas de Salud (red fija) con modelo de cápita implementado.	Número de Unidades de Salud	0 de 21	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA con base en los convenios de gestión.	Valor de Meta Original	21	2015
					Valor de Meta revisado	55	
					Valor alcanzado	55	
1.4. Centros de Salud abastecidos de acuerdo con el cuadro básico de medicamentos e insumos.	Número de Centros de Salud	0 de 21	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Dirección de Provisión	Valor de Meta Original	21.00	2015
					Valor de Meta revisado	21.00	
					Valor alcanzado	19	
1.5. Protocolos de los servicios actualizados y adaptados culturalmente.	Protocolo	4 de 28	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA. Meta binaria	Valor de Meta Original	28.00	2015
					Valor de Meta revisado	26.00	
					Valor alcanzado	26.00	
2. Mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal							
2.1. Número de instalaciones de salud con salas de parto habilitadas	Instalaciones de Salud	3 de 21	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Valor de Meta Original	21.00	-

Producto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
					Valor de Meta revisado	10.00	
					Valor alcanzado	0.00	
2.2. Número de casas maternas adecuadas y vinculadas a instalaciones de salud con salas de parto habilitadas	Casas maternas	0	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Valor de Meta Original	5.00	2015
					Valor de Meta revisado	5.00	
					Valor alcanzado	3.00	
2.3. Número de instalaciones de salud equipadas y adecuadas para funciones obstétricas y neonatales esenciales	Instalaciones de Salud	0 de 6	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Valor de Meta Original	6.00	-
					Valor de Meta revisado	3.00	
					Valor alcanzado	0.00	
3. Adecuación de las redes del sistema de salud							
3.1. Número de centros de segundo nivel salud de la red fija equipados para realización de pruebas diagnósticas básicas.	Número de centros	0	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Valor de Meta Original	3.00	-
					Valor de Meta revisado	0	
					Valor alcanzado	0.00	
3.2. Plan de incentivos al personal de salud implementado en regiones priorizadas.	Plan implementado	1 de 4	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Valor de Meta Original	4.00	2015
					Valor de Meta revisado	1	
					Valor alcanzado	1.00	
3.3. Número de personas nominalizadas en el padrón de la red fija.	Personas	0	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Valor de Meta Original	40,000.00	2015
					Valor de Meta revisado	40,000.00	

Producto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
					Valor alcanzado	166,120.00	
3.4. Número de hospitales de referencia en comarcas indígenas con planes de gestión hospitalaria formulados.	Número de hospitales	0	2011	Línea de base y meta: Sistema de información de salud MINSA	Valor de Meta Original	3.00	2015
					Valor de Meta revisado	5.00	
					Valor alcanzado	5.00	
4.Gestión, auditoría y evaluación							
4.1. Evaluaciones de impacto desarrolladas	Informes validados	-	-	Meta: Informe de Evaluación de Impacto	Valor de Meta Original	1.00	2015
					Valor de Meta revisado	1.00	
					Valor alcanzado	1.00	

2.3 Resultados a nivel de diseño

El programa destaca logros en la agenda de evaluación de impacto en Panamá, con la conclusión de un estudio cuasi experimental de los impactos de la EEC sobre la prestación de servicios en Panamá. El estudio hizo uso de datos administrativos del sistema de información de salud y un modelo de estimación cuasi experimental de diferencias en diferencias con pareamiento para estimar los impactos de la Estrategia en la producción de servicios de salud. Se halló que la Estrategia fue efectiva en incrementar el número de servicios para niños menores de cinco años, incrementando las mismas en aproximadamente 10%. Adicional, el programa logró desarrollar una agenda de conceptualización, definición metodológica y diseño de evaluación de las estrategias de incentivos comunitarios, y de los diferentes esquemas de suplementación y enfoques de la estrategia AIN-C (ahora Nutrividas) en el estado de nutrición de niños de 6 a 24 meses, las cuales serán útiles en el direccionamiento de la política de salud en el país.

a. Análisis de la Atribución de los Resultados

En esta sección se discute si la consecución de las metas en los indicadores de resultados es atribuible al programa o no. En la fase de diseño del programa el equipo justificó la racionalidad de las intervenciones con evidencias de resultados promisorios de la incorporación de pagos per cápita en la red de instalaciones fijas, junto con incentivos para mejorar la calidad y el uso de servicios de salud materna e infantil, proporcionadas por la literatura de salud pública y de experiencias en otros países. Evidencia En países como Burundi, Camboya, Camerún, Egipto, Haití y la India, este tipo de incentivos enfocados en salud materna, han contribuido a mejorar el desempeño sanitario a través de más visitas prenatales, aumento del parto institucional y así como una mayor cobertura en términos de inmunizaciones. No obstante, la evidencia rigurosa generada sobre su efectividad es todavía relativamente escasa²⁷.

Para demostrar atribución en el caso de los indicadores de salud materno-infantil, se apoyó en la evidencia rigurosa generada en el marco del programa mediante la evaluación de impacto del programa de Extensión de Cobertura (Galiani et. Al, 2017²⁸), y en dos evaluaciones de impacto de programas similares en Argentina y Ruanda. La evaluación del programa de Extensión de Cobertura calcula mediante técnicas de pareamiento y diferencias en diferencias el impacto causal del pago por desempeño en indicadores de salud recogidos en los registros administrativos sanitarios. La evaluación del Plan Nacer en Argentina, aprovecha la variación temporal y geográfica en la implementación del programa, y utiliza modelos de diferencias en diferencias para identificar el efecto de manera causal. En el caso del programa de pago por desempeño en Ruanda la estrategia de identificación se basó en un diseño experimental a nivel de clínica combinado con diferencias en diferencias. El diseño riguroso de las tres evaluaciones con metodologías cuasi-experimentales sustenta su validez interna.

Respecto a la validez externa, a pesar de que los programas se dan en países que pueden resultar muy diferentes a priori, el contexto en términos de salud materno-infantil resulta comparable entre ellos, especialmente para la población más vulnerable (quien tendería a ser la

²⁷ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Financiación para la cobertura universal. Capítulo 4. Más Salud por Dinero.

²⁸ https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8296/20170502_Impacto%20EFC%20Panam%C3%A1_Galiani_Galvez_Martinez.PDF?sequence=1&isAllowed=y

que más se beneficiase de estos programas). La Tabla 4 presenta indicadores descriptivos del estado socioeconómico de la población, así como indicadores de salud materno-infantil en los tres países²⁹. A pesar de no contar con la información estadística suficiente para realizar test rigurosos de comparabilidad estadística, vemos que las principales variables de salud materno-infantil como número de embarazos, realización de algún cuidado prenatal, número de controles promedio, porcentaje de parto institucional, y porcentaje de vacunación, son de magnitudes similares.

Tabla 4. Indicadores socio-económicos y de salud materno-infantil de línea de base en el contexto de las evaluaciones de impacto de Panamá, Argentina y Ruanda

Indicador	Panamá ¹ Promedio (SD)	Argentina (Gertler et al, 2014)	Ruanda ² (Gertler et al, 2011)
% madres < 20 años	26,5 (44,1)	n.a.	2
% madres > 35 años	12,7 (33,3)	n.a.	31
% madres con educación primaria o mas	52,6	n.a.	11
Tamaño del hogar	5,6 (0,1)	n.a.	5,4
Número de embarazos	3,6 (0,08)	n.a.	4,33
% Algún cuidado prenatal	77 (2,3)	n.a.	96
# controles prenatales en promedio	3,6 (0,15)	4,6	2,62
% Primer control temprano	46,3 (2,8)	n.a.	9
% Parto institucional	53,7 (2,8)	n.a.	36
% Vacuna del tétanos	n.a.	78,6	67

1 valores calculados a partir de la encuesta de línea de base levantada en Ngäbe Bugle en 2017.

2 valores del grupo de control en la línea de base reportados en Gertler et al (2011).

La tabla 4 resume los efectos encontrados en los tres programas para los indicadores de salud materno infantil disponibles en las evaluaciones. Los resultados resultan consistentes entre sí, y dada la sólida lógica vertical, y la validez interna y externa de los estudios, resulta razonable pensar que los efectos en el programa son atribuibles al programa en aquellos casos en que se encuentran efectos significativos en los estudios.

Tabla 5. Resumen de los efectos en los indicadores de salud materno infantil

Indicador	Panamá (Galiani et al, 2017)		Argentina (Gertler et al, 2014)	Ruanda (Gertler et al, 2011)
1.1 Porcentaje de mujeres embarazadas que al final del tercer trimestre de gestación hayan completado al menos 3 controles prenatales	+		+ *	+
	(Proxy: controles de embarazo)		(Proxy: controles de embarazo)	(Proxy: 4 o más controles)
1.2 Porcentaje de niños y niñas al cumplir un año con al menos 4 controles de crecimiento y desarrollo	+*		n.a.	+*
	(Proxy: atenciones a niños 0-5 años)			(Proxy: niños <23 meses)
3.1 Porcentaje de mujeres de 20 años y más a las que se realiza una toma de muestra de citología cérvico-vaginal anual.	+		n.a.	n.a.
3.2 Porcentaje de mujeres embarazadas captadas	-		n.a.	n.a.

²⁹ Nótese que para el caso de Panamá, presenta información de la Comarca Indígena de Ngäbe Buglé.

Indicador	Panamá (Galiani et al, 2017)		Argentina (Gertler et al, 2014)	Ruanda (Gertler et al, 2011)
3.3 Porcentaje de mujeres embarazadas con 2da dosis o Refuerzo TT o TD (vacunación adecuada según la norma)	n.a.		+	+
3.4 Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado.	n.a.		n.a.	+
3.5 Porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años que tienen al menos dos controles de crecimiento y desarrollo realizados durante el período de prestación evaluado.	+ (Proxy: atenciones a niños 0-5 años)		n.a.	+ (Proxy: niños de 24-59 meses)
3.6 Porcentaje de niños menores de 24 meses que acuden a las sesiones mensuales de AIN-C.	n.a.		n.a.	n.a.
3.8 Porcentaje de niños entre 6 y 24 meses que están en los programas de suplementación incluyendo micronutrientes.	n.a.		n.a.	n.a.
3.9 Porcentaje de niños y niñas menores de un año con esquema de vacunación completo para su edad.	+ (Proxy: atenciones a niños 0-5 años)		n.a.	n.a.
3.10 Porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años con esquema de vacunación completo para su edad.	+ (Proxy: atenciones a niños 0-5 años)		n.a.	- (Proxy: niños de 12-23 meses)

Notas: Una cruz (+) significa que se encontró un efecto positivo, y un menos (-) significa que se encontró un signo negativo; una estrella (*) representa que los resultados fueron significativos al menos al 10% de significancia; n.a. significa que no estaba disponible la información.

El programa apoyó la dotación de algunos equipos para el funcionamiento de algunas salas de parto, la actualización de las normas y protocolos de atención en salud, así como la implementación del Plan de Parto dentro de su participación en la consolidación del plan de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales –CONE, las actividades del Programa de Apoyos Comunitarios (PACO) y de la estrategia de cambios de comportamiento. Es razonable pensar que con el impulso de estas actividades se habría generado parte del incremento en el porcentaje de partos atendidos en el sistema de salud panameño el cual llegó a 83% en 2015 cuando la meta EOP esperada era de 67%. No obstante, en base a la discusión anterior, resulta razonable pensar que el programa también tuvo un impacto causal en la consecución de dicho resultado.

Dentro del componente de gestión, auditoría y evaluación del programa (C4), estuvo contemplado el desarrollo de dos evaluaciones de impacto experimental (además de la evaluación cuasi-experimental ya mencionada) para la medición del avance de sus resultados en el Programa de Apoyos Comunitarios PACO (que dota de incentivos financieros a la demanda para promover el uso de servicios de salud materna) y del AIN-C/Nutrividas (que dota de consejería nutricional en el hogar para mejorar la situación nutricional en niños) que se encuentra en fase de desarrollo.

2.4 Eficiencia³⁰

En la etapa de diseño del programa, no se contempló la realización de un análisis económico expost. Este programa ha sido calificado en su desempeño como satisfactorio de acuerdo con la

³⁰ Se experimentaron errores en la migración de la Matriz de Resultados del PN-L1068 al nuevo sistema para el reporte del Project Management Report. La fase de corrección de errores concluyó en junio 2016, sin embargo el

metodología utilizada por el banco para la calificación de proyectos que utiliza los índices de desempeño del Programa (SPI) y el índice de desempeño del costo (CPI). Estos índices miden desviaciones en términos de costo y tiempo acumuladas con respecto al plan que se ingresó durante la elegibilidad del programa y en este caso se consideran como satisfactorios tanto el SPI como el CPI³¹.

Tabla 6: Índice de rendimiento e índice de rentabilidad de los costos del programa

	2012	2013	2014	2015
SPI	1	1,1	1,11	1,31
CPI	1	1,44	1,41	1,33
SPI(a)	1,61	1,06	1,05	1,14
CPI(a)	0,67	1,39	0,85	1,02

De acuerdo con la metodología utilizada por el Banco para la calificación de proyectos que maneja y direcciona los costos en el tiempo (Cost and Time Overrun Analysis), se observa en la Tabla 6 que el programa muestra un CPI (Cost Performance Index) de 1,33, y un CPI(a) de 1.03³². Ambos índices señalan un desempeño acumulado clasificado como “satisfactorio”. Lo anterior significa que al comparar el Valor Ganado (EV) (o el costo presupuestado para los recursos ejecutados) versus el Costo Real (AC) se logró un grado de eficiencia provechoso para el programa. De la misma forma, el SPI (Schedule Performance Index) mostró un valor 1,31 y el SPI(a) de 1,14 los cuales también se consideran como satisfactorios. Esto quiere decir que al comparar el EV contra el PV teniendo en cuenta la fecha de terminación del programa como fijo, se encuentra evidencia del buen manejo financiero del programa desde la fase de elegibilidad hasta su terminación.

En cuanto a una referencia de costo beneficio del programa, en la etapa de diseño se identificó que las intervenciones del programa producirían beneficios por varios años. De acuerdo con el Análisis de Costo Beneficio, la provisión de servicios incluida en la CPP se consideró costo-efectiva con valores estimados en US\$155,23 por año de vida ajustado por incapacidad (DALY, según sus siglas en inglés) evitada, inferior al consumo per cápita anual en el quintil más pobre de la población, que es US\$480.000 (ENV2008), o al consumo per cápita anual total, que es US\$2.438,00.

En la Tabla 7 se observa que la mayor parte de recursos del programa se destinaron a la financiación del Componente 1 pues al final de diciembre de 2015 tenía comprometidos US\$43.889.689 de los US\$ 50 mm totales presupuestados para el desarrollo total del programa. Del total comprometido para C1 se habían devengado para la misma fecha US\$ 34 mm; entre tanto, de los US\$ 20 millones de contrapartida acordados, se habían aprobado para desembolso US\$ 9.8 mm, de los cuales US\$ 9,1 mm estaban devengados. Para continuar con el alineamiento

cálculo de los valores del SPI, CPI, SPI(a) y CPI(a) aun toman como referencia algunos datos erróneos producto de la migración. Los cálculos del SPI, CPI, SPI(a) y CPI(a) serán actualizados automáticamente en el sistema del Project Management Report en marzo de 2017.

³¹ Se considera que el CPI y SPI son satisfactorios cuando se encuentran en un rango de entre 0,8 a 2.

³² Estos índices miden desviaciones en términos de costo y tiempo acumuladas con respecto al plan que se ingresó durante la elegibilidad del programa.

financiero y teniendo en cuenta el proceso de aprobación del presupuesto gubernamental y el acuerdo con el Banco, en 2016 el GP desembolsaría US\$8,7 mm y en 2007 US\$2,1 mm.

El comportamiento del *pari pasu* afectó la planificación de costos estipulada desde comienzos del programa, pues pasó de US\$16,9 mm en 2013 a US\$1,7 mm, situación que conllevó a realizar ajustes en el valor planeado (PV) teniendo en cuenta que éste era mayor que el costo real (AC). Al final del programa, todos los componentes fueron afectados: En C2 que era de US\$1,9 mm y pasó a US\$1,61 mm; en C3 pasó de US\$3,9 mm a US\$3,5 mm; y el C4 pasó de US\$6,7 mm a US\$5,9 mm. Los descensos en los desembolsos de la contrapartida afectarían la evolución de todos los indicadores del programa.

Tabla 7. Costos del Proyecto

Componente	Producto	Costo Total Planeado (US\$)		Costo Total Revisado (US\$)		Costo Total Actual (US\$)	
		2012-2016		2012-2016		2012-2016	
		Total	%	Total	%	Total	%
C1. Fortalecimiento de la atención primaria en salud	1.1 Número de personas beneficiarias de la red de atención primaria (inscritas en el Padrón de Población Beneficiaria- PPB)	\$82.231,00	0,14	\$ 166.027,00	0,27	\$ 144.500,00	0,27
	1.2 Número de personas atendidas en la red de atención primaria (recibieron el servicio).	\$59.467.758,00	97,79	\$ 59.331.624,87	95,53	\$ 50.001.941,73	95,01
	1.3 Número de Unidades Básicas de Salud (red fija) con modelo de cápita implementado.	\$ 282.577,00	0,46	\$ 368.699,55	0,59	\$ 368.699,55	0,70
	1.4 Centros de Salud abastecidos de acuerdo con el cuadro básico de medicamentos e insumos	\$655.861,00	1,08	\$ 1.643.080,07	2,65	\$ 1.543.080,07	2,93
	1.5 Protocolos de los servicios actualizados y adaptados culturalmente	\$326.112,00	0,54	\$ 601.634,00	0,97	\$ 568.847,00	1,08
Subtotal C1		\$60.814.539,00	86,88	\$ 62.111.065,49	88,73	\$ 52.627.068,35	88,97
Componente 2. Mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal	2.1 Número de instalaciones de salud con salas de parto habilitadas	\$363.991,00	37,63	\$ 50.000,00	23,01	\$ 50.000,00	23,01
	2.2 Número de casas maternas adecuadas y vinculadas a instalaciones de salud con salas de parto habilitadas	\$143.539,00	14,84	\$ 87.500,00	40,27	\$ 87.500,00	40,27
	2.3 Número de instalaciones de salud equipadas y adecuadas para funciones obstétricas y neonatales	\$459.726,00	47,53	\$ 79.809,34	36,73	\$ 79.809,34	36,73
Subtotal C2		\$967.256,00	1,38	\$ 217.309,34	0,31	\$ 217.309,34	0,37

Componente	Producto	Costo Total Planeado (US\$)		Costo Total Revisado (US\$)		Costo Total Actual (US\$)	
		2012-2016		2012-2016		2012-2016	
		Total	%	Total	%	Total	%
Componente 3. Adecuación de las redes del sistema de salud	3.1 Número de centros de segundo nivel salud de la red fija equipados para realización de pruebas diagnósticas básicas	\$278.619,00	13,12	\$ 0,00	0,00		0,00
	3.2 Plan de incentivos al personal de salud implementado en regiones priorizadas	\$290.477,00	13,67	\$ 28.369,00	1,37	\$ 28.369,00	1,89
	3.3 Número de personas nominalizadas en el padrón de la red fija	\$594.728,00	28,00	\$ 386.147,65	18,63	\$ 316.147,65	21,08
	3.4 Número de hospitales de referencia en comarcas	\$960.393,00	45,21	\$ 1.658.622,30	80,01	\$ 1.154.882,30	77,02
Subtotal C3		\$2.124.217,00	3,03	\$ 2.073.138,95	2,96	\$ 1.499.398,95	2,53
Componente 4. Gestión, auditoría y evaluación del programa	4.1 Personal del MINSA y auditorías para la ejecución, monitoreo y supervisión contratados	\$4.205.999,00	69,02	\$ 3.700.299,22	66,09	\$ 3.420.299,22	71,12
	4.2 Evaluaciones de impacto desarrolladas	\$1.887.989,00	30,98	\$ 1.898.187,00	33,91	\$ 1.389.187,00	28,88
Subtotal C4		\$6.093.988,00	8,71	\$ 5.598.486,22	8,00	\$ 4.809.486,22	8,13

2.5 Relevancia

A pesar de los esfuerzos y los logros alcanzados con el Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PN-L1068), los cuales contribuyen a mejorar el modelo de atención primaria en salud con énfasis en la atención integral de población vulnerable acordes al perfil demográfico y epidemiológico de Panamá, se requiere dar continuidad a los esquemas de incentivos y organización dentro del sistema de salud para que en el mediano plazo otorguen una mayor prioridad a la prestación de servicios de salud en comarcas indígenas y áreas rurales dispersas. En este sentido la necesidad de completar la implementación de los componentes del programa ha requerido de su extensión y reformulación que se materializará con una nueva fase de operación que comenzó en 2016.

Teniendo en cuenta lo anterior la mejora de la equidad en salud en Panamá, a través del incremento en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en Comarcas Indígenas y sus áreas rurales limítrofes con énfasis en la salud materna y del neonato debe mantenerse como una prioridad de política y estratégica del gobierno panameño en tanto contribuye al avance de su agenda de promoción social y erradicación de la pobreza. Los objetivos del programa estuvieron alineados con el Plan Estratégico de Gobierno (PEG) 2015-2019, dirigida al desarrollo de las capacidades humanas. En la medida que aumenta el acceso a servicios de salud materno infantil, la operación también estuvo alineada con el pilar de salud de la Estrategia de País con Panamá (EBP) 2015-2019 (GN-2838), en relación con el eje de mejoramiento y la calidad de vida de poblaciones de menor ingreso. Finalmente, el programa estuvo alineado con la Estrategia Institucional del BID 2010-2020: Una Alianza con América Latina y el Caribe para Seguir Mejorando Vidas (GN-2788-5) y fue consistente con su programa de préstamos para lograr una mayor cobertura de los servicios de salud con calidad.

2.6 Sostenibilidad

Sostenibilidad financiera. En la etapa del diseño del PN-L1068 el BID tuvo en cuenta el contexto de ordenamiento presupuestal y de fluctuaciones operativas, que se manifiesta típicamente por los cambios de gobierno del país, para considerar el tema de sostenibilidad financiera como el riesgo alto que influiría probablemente en la implementación del programa, así como la contratación del recurso humano, la compra de medicamentos y otros insumos médicos básicos, y los riesgos fiduciarios en menor medida. Los tres primeros riesgos, se materializaron incidiendo sobre la ejecución del modelo de pagos, la atención primaria de salud, la adecuación de servicios de cuidado materno infantil, la integración de las redes de primer y segundo nivel de atención, y el plan de evaluación del programa.

Para enfrentar esta situación fueron reasignados recursos a los componentes más básicos relacionados con la atención primaria en el primer nivel para asegurar la prestación de la CPP a través de las redes fija e itinerante de prestación de servicios de salud, se logró la dotación parcial de equipos e insumos, y se consumaron las actividades de asistencia técnica y de capacitación para alimentar procesos de generación de capacidades locales. Así mismo, ante el desbalance financiero y operativo del programa se acordó con el GP, como parte de la necesidad de soporte institucional, mayores asignaciones presupuestales (de US\$4 millones en 2012 a US\$24 millones en 2016), mayores aportes del presupuesto local para las áreas beneficiadas y la programación de una segunda operación desde 2016 para superar las limitaciones y las incidencias generadas sobre los productos y resultados del programa, garantizar la continuidad de las actividades y dar un mayor alcance a los componentes del programa.

Con la entrada de la nueva operación en 2016, el GP empezó a financiar parcialmente el pago de la cápita. Entre tanto, el BID, aprovechando la experiencia y los alcances administrativos, financieros y operativos de la primera operación fortalecerá el funcionamiento e integración de la provisión de las redes de salud, e implementará la habilitación, adecuación física y provisión de instalaciones de salud para la ejecución del plan de Cuidados Obstétricos Neonatales esenciales –CONE-, implementará la estrategia Nutrividas para la reducción de la desnutrición crónica, el abordaje de la prevención y manejo de enfermedades crónicas, y finalizar el cumplimiento de la agenda de evaluación de impacto desarrollado bajo el macro del presente operación.

Sostenibilidad técnica. Con la intervención del programa en los territorios, el sistema de salud ha logrado un mayor nivel de aprendizaje en el manejo de la provisión de los servicios de salud, así como de la gestión administrativa y financiera, el cual ha sido canalizado a través de las Direcciones Nacionales del MINSA, especialmente la Dirección de Previsión de Servicios de Salud, Dirección General de Salud y la Dirección de Planificación, así como UGSAF como parte integral del MINSA. Dicho fortalecimiento institucional se ha logrado con la implementación del modelo de pagos per cápita y desempeño, y de un modelo de gestión de redes de servicios de salud supervisado; se han generado rutas críticas para la atención primaria a las poblaciones beneficiarias del programa, que se consolidarán en la medida en que las intervenciones de política pública sigan presentando resultados positivos en las zonas de referencia del programa y se mantengan los planes de nominalización, capacitación al personal de salud, de socialización de los planes con las comunidades, y con el seguimiento a dichas actividades.

III. Criterios no centrales

3.1 Contribución a los Objetivos Estratégicos del Banco

El programa contribuyó con las prioridades de financiamiento establecidas en el Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764) (GCI-9) de países pequeños y vulnerables y aumento de la equidad enfocado en poblaciones pobres. Asimismo, contribuyó a dos de las metas regionales de desarrollo: (i) reducir los índices de mortalidad materna; y (ii) reducir los índices de mortalidad infantil. El programa también está alineado con la Estrategia Institucional del BID 2010-2020: Una Alianza con América Latina y el Caribe para Seguir Mejorando Vidas (GN-2788-5) y es consistente con su programa de préstamos para lograr una mayor cobertura de los servicios de salud con calidad. En la medida que aumenta el acceso a servicios de salud materno infantil, la operación está alineada con el pilar de salud de la Estrategia de País con Panamá 2010-2014 (GN-2596).

3.2 Contribución a los Objetivos de la Estrategia País

Además, estuvo alineada con los pilares estratégicos de la Estrategia de País con Panamá 2015-2019 (GN-2838), en participar en relación con el eje de mejoramiento y la calidad de vida de poblaciones de menor ingreso. Contribuyendo a los anteriores propósitos, el programa logró pasar de atender con servicios de prevención, promoción y atención en la red de atención primaria a 184,454 beneficiarios en 2012 a 265.802 en 2015. Así mismo, de ese total en 2015 atendió a 133.574 indígenas. En la misma vía, contribuyó a alcanzar metas regionales con la reducción de la tasa de mortalidad materna la cual pasó de 2,69 en 2008 a 2,19 en 2015; la tasa

de mortalidad infantil en menores de cinco años descendió de 18 a 13,8, y la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de cinco años bajó de 62 a 55,9³³.

3.3 Monitoreo y Evaluación

El MINSA a través de la UGSAF con el apoyo de la Auditoría Técnica Externa, la Auditoría financiera y la Auditoría Social, lograron llevar a cabo las acciones de supervisión y monitoreo mediante la verificación ex post de manera integral. Para llevar a cabo lo anterior utilizó la Matriz de Resultados³⁴ del programa además de otras herramientas como el Plan de Ejecución del Programa (PEP) y los Informes Semestrales de Avance³⁵. En materia de control de operaciones el pago per cápita y por desempeño el PN-L1068 diseñó un sistema de monitoreo y sanciones a los prestadores de salud que abarcó: (i) débitos sobre la cápita; (ii) multas sobre los débitos o penalizaciones reiteradas; (iii) penalizaciones por incumplimiento; (iv) descuentos por no alcanzar las coberturas o metas establecidas; y (v) amonestaciones o medidas cautelares por contrariar los objetivos del programa.

El diseño de las medidas para el monitoreo de resultados del programa incluyó las evaluaciones de impacto para medir los efectos directos de la implementación y expansión del modelo per cápita basado en el desempeño de los proveedores de salud y la satisfacción de usuarios, el avance de diferentes alternativas de suplementos en la desnutrición crónica, y realizar el estudio de caso de la implementación de la adaptación sociocultural de los servicios de salud.

Desde inicios del programa en 2013, la administración del programa desarrolló una agenda de actividades orientadas a la conceptualización y el diseño de: (1) la Evaluación de Impacto del Programa de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C)/Nutrividas de dos modalidades de entrega (con evaluación de peso y sin evaluación de peso) en el crecimiento (talla para la edad) de los niños de 0-36 meses de edad de la comarca Ngäbe-Buglé; (2) la Evaluación de Impacto del Programa de Apoyos Comunitarios (PACO) en la demanda de servicios de Salud Materno-Infantil para cuantificar el cambio en el uso de servicios de salud y los resultados de salud de las madres y niños/as atribuible a los incentivos en la comarca indígena de Ngäbe Bugle y áreas limítrofes; (3) el Estudio de Comparación de Aceptabilidad y Adherencia de los Suplementos de Hierro en Solución y los Micronutrientes en Polvo (MNPs) en niños de 6-11 meses, en niños de 12-24 meses y en sus madres; y (4) el Estudio de Aceptabilidad de la Nueva Fórmula del Alimento Fortificado con Micronutrientes (Crema Nutricional).

En agosto de 2013 se presentaron avances en la definición de metodologías de evaluación, el protocolo de la aleatorización del grupo de tratamiento y control, y los resultados de la selección de las comunidades que inicialmente recibirían las intervenciones en el marco de las evaluaciones de impacto. Posteriormente en diciembre del mismo año, bajo acuerdo con el MINSA se programó la contratación de una única firma que pudiera llevar a cabo tanto el levantamiento de datos de línea de base de los hogares en la muestra de la evaluación del

³³ Contraloría General de la República – Estadísticas Vitales 2008. INEC, 2014.

³⁴ La matriz de resultados incluye indicadores que tienen que ver con los resultados últimos esperados (indicadores de impacto), con resultados intermedios (indicadores de resultado) y con actividades/procesos (indicadores de productos) que se ejecutarán durante el desarrollo del programa.

³⁵ Los informes semestrales incluyen una síntesis de los resultados alcanzados por componentes, analizando, además los riesgos del programa y los indicadores incluidos en la Matriz de Resultados y requeridos para la preparación del Informe de Progreso del Monitoreo (PMR), así como las lecciones aprendidas, y conclusiones y recomendaciones destinadas a retroalimentar al programa.

componente AIN-C (ahora Nutrividas) y del programa de incentivos comunitarios, así como de la evaluación cualitativo y de procesos de la Encuesta de Hogares.

Con respecto a la evaluación de impacto de nutrición el programa escogió entre varias alternativas una metodología experimental con la asignación aleatoria de las intervenciones a distintas comunidades de tratamiento y control atendidas por 30 UBAs. En la preparación para la evaluación del AIN-C/Nutrividas, PN-L1068 avanzó tanto en el desarrollo de los protocolos de investigación³⁶, en la construcción de una ruta de impacto, y en la formulación de las encuestas y los planes para el recaudamiento y análisis de los datos; así mismo ajustó la contratación para realizar el Estudio de Comparación de Aceptabilidad y Adherencia de los Suplementos de Hierro en Solución y los Micronutrientes en Polvo (MNPs) e incluyó dentro de las zonas del estudio zonas rurales y urbano-marginales, adicionales a la Comarca Guna Yala.

A la fecha de elaboración del PCR (noviembre de 2017), se contaba ya con el reporte de línea de Base de Evaluación de Impacto del Programa de Apoyos Comunitarios (PACO) y de Nutrividas. La línea de seguimiento se debe tomar cuando las intervenciones (PACO y Nutrividas) tengan al menos 18 meses de implementación.

En complemento al diseño del PACO, en 2014 se completó y publicó un estudio de redes sociales realizado en las comarcas de Guna Yala y Emberá Wounaan, lo cual encontró que los familiares de las mujeres embarazadas tienen influencia decisiva en la decisión de búsqueda de atención durante el embarazo y el parto³⁷, encontrándose además que las mujeres y sus familiares tienen una percepción baja del riesgo durante el embarazo.

A diciembre de 2015, el programa avanzó hasta la sensibilización a los funcionarios de la DRS de Ngäbe Buglé sobre el Programa de Apoyos Comunitarios (PACO) y su Prueba Operativa (PO) en 2016; en la misma vía, realizó un pre-piloto del cuestionario para la recolección de datos de la línea de base de la evaluación del PACO y el AIN-C/Nutrividas, e hizo la revisión de Medio Término (RMT) de la PO del PACO. La firma encargada del levantamiento de la Encuesta de Línea de Base de la Evaluación de Impacto terminó de recolectar la Línea de base a principios de 2017. La continuación de la evaluación del PACO y del AIN-C/Nutrividas quedó trazada dentro del desarrollo de la nueva operación de salud de 2016.

Bajo el marco de la presente operación, a mediados de 2016 se concluyó un estudio quasi experimental de los impactos de la EEC sobre la prestación de servicios en Panamá. El estudio hizo uso de datos administrativos del sistema de información de salud y un modelo de estimación cuasi experimental de diferencias en diferencias con pareamiento para estimar los impactos de la Estrategia en la producción de servicios de salud, con el hallazgo de que la Estrategia fue efectiva en incrementar el número de servicios para niños menores de cinco años, incrementando las mismas en aproximadamente 10%. Como una continuación a este estudio cuasi experimental, sería sumamente relevante estudiar el impacto que el programa pueda tener en

³⁶ El Protocolo de Investigación para ambas evaluaciones, la de Impacto y de Procesos del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno-Infantil (PACO) y la del programa de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C) presenta las variables e indicadores principales, el tamaño y selección de la muestra, los procesos de aleatorización y selección de las unidades de muestreo y las técnicas, procedimientos e instrumentos en la recolección de datos asociadas y fue aprobado por el Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá (no. Interno de Seguimiento EC-CNBI-2016-05-24). Igualmente, el estudio fue registrado en el registro de experimentos de la Asociación Americana de Economía (AEA), socialscienceregistry.org (RCT ID AEARCTR-0001751).

³⁷ Kolodin, S. y Rodríguez, G. Estudio de Redes Sociales, 2014.

indicadores de salud poblacional y de mortalidad. Este análisis queda para una próxima etapa de trabajo, contingente en la disponibilidad de datos sanitarios de registros vitales u otras fuentes.

3.4 Uso de Sistemas de Países

La clasificación realizada de acuerdo con la Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM por siglas en inglés) se estableció que la utilización de sistemas del país se daría en las áreas de tesorería, contables e información, control externo y auditoría interna. Con relación al control externo y la auditoría de esta operación se estableció de acuerdo con el contrato de préstamo, el financiamiento para la contratación de dos firmas auditoras externas, uno para la ATE y otra para la auditoría financiera, por lo que, de acuerdo con la política de adquisiciones del Banco, se realizó un proceso de licitación anualmente. Se experimentaron inconvenientes en el desempeño de la firma seleccionada para la ATE, lo cual produjo atrasos el desembolso de recursos del componente 1.

Para la realización de los procesos de adquisiciones, el Banco capacitó al personal de la unidad ejecutora a través de sus especialistas en los procedimientos de adquisiciones, por otro lado y tal como lo menciona el DEM, de acuerdo con las políticas y procedimientos del Banco se usó el sistema de información del país haciendo uso de Panamá Compra, que es la plataforma web de la Dirección General de Contrataciones Públicas; los pagos y adquisiciones se realizaron en cumplimiento con las Normas de la Contraloría General de la República.

3.5 Salvaguardias ambientales y sociales

La operación fue clasificada como categoría “C”, de acuerdo con la Política de Salvaguardia de Medio Ambiente (OP-703) del Banco. En su etapa de diseño no fue identificado ningún impacto ambiental negativo. En consecuencia, no fue necesario elaborar un plan para mitigar y monitorear el impacto ambiental del programa. Hoy día no se conocen efectos sociales adversos para este programa, por el contrario, el programa ha promovido con sus actividades impactos positivos, especialmente en la disminución de la mortalidad y morbilidad materna e infantil, la disminución de los niveles de desnutrición infantil crónica y el fortalecimiento de la atención primaria y de las redes de salud, con particular énfasis en las Comarcas indígenas y zonas limítrofes rurales, teniendo en cuenta la adecuación cultural de los servicios de salud, fortalecidos de acuerdo con las prácticas y costumbres de las distintas poblaciones indígenas. Para reducir la “distancia social” entre los proveedores de salud y los pacientes, PN-L1068 hizo énfasis en la sensibilización y en la capacitación de los profesionales de salud sobre los valores, prácticas, y creencias de los pueblos indígenas en materia de salud y nutrición. Desde el punto de vista de derechos sexuales y reproductivos de los y las beneficiarias el programa ha brindado educación en salud sexual y ha dotado de información sobre salud reproductiva, de manera que las mujeres conserven la soberanía en toma de decisiones sobre su cuerpo y la reproducción de la familia, respetando y adecuando los servicios a las costumbres cosmovisión de las diferentes etnias que integran las poblaciones beneficiadas.

IV. Hallazgos y Recomendaciones

4.1 Ejecución y Presupuesto

La implementación del programa se dio en un escenario con restricciones fiscales y controles que afectaron su sostenibilidad. Es por esta circunstancia que el diálogo de políticas cumplió un papel importante en la definición de acuerdos contractuales y de compromisos interinstitucionales con el cual este programa pudo recuperarse de los retrasos en la prestación de servicios y posponer para una segunda fase la ejecución de componentes claves que no obtuvieron financiación. Se requiere obtener una respuesta de acuerdos y coordinación favorable por parte del MINSA y del MEF para garantizar las apropiaciones presupuestales mínimas y realizar una planificación plurianual en el PEP-POA para mitigar los efectos de imprevistos surgidos por el manejo presupuestal de corto plazo gubernamental sobre el programa.

Los lapsos de tiempo entre la prestación de servicios, la ejecución de procesos de monitoreo y evaluación³⁸, la generación de reportes desde las Oes y las DRS, la validación de la información por la ATE, y el pago desde el nivel central a través de la UGSAF retrasaron la provisión de bienes y servicios en las instalaciones de salud y el desempeño de las actividades programadas por componente. Para minimizar estos lapsos, se requiere modificar los Reglamentos Operativos y mejorar la coordinación entre la Dirección de Provisión y la UGSAF para efectos de agilizar todos los procesos de monitoreo, evaluación y pagos.

El mecanismo de revisión y refrendación ex ante de los contratos y adquisiciones del programa que realiza la Contraloría General de la República causó retrasos en la inmediatez (liquidez) y la oportunidad del manejo de los flujos de recursos (pagos), el cronograma de la ejecución de la contratación y adquisición de bienes y servicios, la ejecución de los productos y el avance de los resultados. Es necesario acordar un mecanismo de coordinación de trabajo “in situ” compartido por el cual la Contraloría actualice permanentemente el estado financiero y operativo del Programa, con una retroalimentación ágil de los procesos e información oportuna del MINSA.

4.2 Experiencia general con la gestión del proyecto

Implementación del modelo de pago per cápita y por desempeño. La entrega completa de los informes para prestación de 2014, 2015 y 2016 y el aumento del alcance del programa en 2013 representan un logro importante en la institucionalización del programa en la Red Fija. La experiencia de oferta de servicios con OEs en áreas comarcales y de difícil acceso, y la definición de grupos poblacionales objetivo ha permitido demostrar las bondades de sus intervenciones con un esquema de incentivos por desempeño y del esquema de supervisión. Sin embargo, es necesario aumentar los logros de la Red Fija impulsando una mayor socialización y comprensión del mecanismo de provisión de servicios por parte de los proveedores. En el área administrativa, es necesario encontrar un mecanismo efectivo de pago a los proveedores de servicios para evitar la sensación de incertidumbre en la continuidad de actividades, propia de la desalineación de las contrataciones a los que estuvieron expuestos durante la evolución del programa.

Esquema operativo descentralizado hacia las regiones. El programa ha promovido el involucramiento de actores regionales y locales con competencias y responsabilidades que

³⁸ Se refiere a los procesos donde los prestadores de servicios entregan su reporte de prestación y entrega de la Cartera de Servicios Priorizada, junto con los procesos de validación de los padrones, altas y bajas del padrón y evaluación de la prestación de los servicios

promueve la generación de nuevas capacidades institucionales y sociales. Se requiere el fortalecimiento técnico y administrativo en las regiones en las áreas de operación, seguimiento y control coordinado con el nivel central para lograr articular e integrar esquemas de gestión operativa para la prestación de servicios entre diferentes niveles de atención. Se recomienda entonces mayor asistencia y acompañamiento a los organismos y actores regionales para mejorar la comprensión del modelo (especialmente dado el contexto de alta rotación de personal), la incorporación de incentivos al recurso humano orientado hacia el cumplimiento de metas, incorporar más equipos de gestión para áreas con padrones muy inferior a la población del censo de 2010, y promover la productividad de los servicios hospitalarios.

Capacidad institucional. Las intervenciones del programa han promovido cambios y adaptación organizacional y cultural hacia nuevos procesos que redundan en el fortalecimiento de la oferta de recursos humanos y tecnológicos con capacitación y acompañamiento, y el fortalecimiento de los deberes y derechos de los beneficiarios con capacitación y promoción de la calidad de servicios. Asimismo, la USGAF fortaleció su capacidad de administración financiera, de adquisiciones, y de gestión con sus niveles regionales. Sin embargo, se ha identificado la baja capacidad técnica de la administración regional y local de las DRS y las UBAs lo cual ha redundado en la lenta asimilación e internalización del modelo. Por lo anterior, se requiere institucionalizar principios de descentralización administrativa y de competencias en prestación de servicios de salud, fortalecer a las DRS técnica, administrativa y financieramente, contar con un plan de fortalecimiento del recurso humano que disminuya la rotación de personal y logre mayor empoderamiento con la prestación de servicios de salud en las comarcas.

En este sentido, se recomienda: (i) Establecer planes de capacitación y actualización con ejecución permanente; (ii) Ejercer un acompañamiento continuo desde el nivel central de ejecución en los procesos de implementación de planes de recursos humanos, generación de capacidades administrativas, técnicas y tecnológicas (planeación, monitoreo y evaluación, sistemas de información), y financieras para el manejo de articulación red fija e itinerante; y (iii) Consolidar mayor asistencia a las regiones para mejorar la comprensión del modelo (especialmente dado el contexto de alta rotación de personal). Se requiere conformar un mayor número de equipos de gestión con incentivos y motivación al nivel regional para promover la nominalización de beneficiarios para áreas con padrones muy inferior a la población del censo de 2010. También se necesita fortalecer las acciones de la red fija en las regiones donde su desempeño fue deficiente una vez hayan logrado en alto nivel en la comprensión del modelo.

Robustez y sostenibilidad del sistema de información. La nominalización es una estrategia clave incorporada en este programa que ha servido para actualizar el PPB de la Estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud en las áreas seleccionadas y llevar un seguimiento de su comportamiento mediante el SIREGES³⁹. El Sistema también recoge tanto información el expediente clínico de los usuarios, así como el perfil de los servicios ofrecidos, coberturas, e indicadores de desempeño por los cuales se evalúa el cumplimiento de los prestadores y se valida el correspondiente pago. A pesar de la construcción e implementación del SIREGES como plataforma de información del programa, persiste la inconsistencia y lentitud en el reporte de datos; adicionalmente el Sistema necesita integrar sus módulos de consulta, articular su arquitectura con los sistemas del MINSA y mantener un sistema de control y

³⁹ La ficha de inscripción del hogar incluye datos e información relacionada con el grupo poblacional; tipo de prestador de la red; centro de salud de referencia; ubicación según provincia, distrito, corregimiento, comunidad, ubicación; jefe del hogar; integrantes del hogar e información de registro civil y socioeconómica.

seguridad de los datos. El SIREGES requiere también incorporar un módulo que contribuya a establecer un proceso de monitoreo y supervisión con herramientas ágiles.

4.3 Asuntos no resueltos

La mejora la atención especializada materna y neonatal requería de insumos y adecuaciones físicas en instalaciones de salud y albergues maternos que permitieran mejorar la capacidad resolutive de establecimientos de salud de la red fija del primer y segundo nivel de atención e incentivar el uso y la calidad de los servicios de parto institucional; como bien se evidenció anteriormente, estas actividades no pudieron llevarse a cabo y no hubo un avance en la atención especializada.

Por otra parte, y de forma complementaria al objetivo de mejorar la capacidad resolutive de establecimientos de salud de la red fija del primer y segundo nivel de atención, en 2013 el MINSA diseñó la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) la cual requería ser implantada en los distintos niveles⁴⁰. En consonancia con las necesidades de expandir los alcances y completar los resultados del presente programa con el nuevo Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud PN-L1115, estas acciones serán financiadas y puestas en marcha en el marco de este nuevo programa que comienza en 2016 y que seguirá teniendo como principal ejecutor y líder al MINSA.

De la misma manera, a pesar de contar con avances metodológicos y de planificación operativa de la evaluación de impacto del Programa de Apoyos Comunitarios (PACO), y del Programa de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C)/Nutrивidas, y habiendo realizado importantes procesos de contratación para su diseño, ésta no pudo ser implementada en el presente Programa debido al desfase presentado en la programación financiera y operativa del Programa que también afectó el componente de evaluación. Sin embargo, con la aprobación del nuevo Programa de salud de 2016, las actividades de evaluación serán continuadas y contarán con recursos para llevarlas a cabo en su totalidad.

⁴⁰ La estrategia establece los lineamientos técnico-normativos que aseguren las condiciones óptimas para que las mujeres en edad fértil y los recién nacido/as hasta 28 días de vida de las tres comarcas indígenas y áreas rurales dispersas de Panamá reciban una cartera de servicios de salud de calidad basados en la atención primaria en salud y con enfoque de derechos, género e interculturalidad en el marco de la salud sexual y reproductiva.

Tabla 4. Hallazgos y Recomendaciones

Hallazgos	Recomendaciones
Ejecución y Presupuesto	
Hallazgo # 1 Implementación del proyecto con restricciones fiscales y controles que afectaron su sostenibilidad.	Recomendación # 1. Fijar una respuesta de acuerdos y coordinación favorable por parte del MINSA y del MEF para garantizar las apropiaciones presupuestales mínimas y realizar una planificación plurianual en el PEP-POA para mitigar los efectos de imprevistos surgidos por el manejo presupuestal de corto plazo gubernamental sobre el programa.
Hallazgo # 2 Los lapsos de tiempo en el proceso de aprobación de pagos a prestadores de salud retrasaron la provisión de bienes y servicios en las instalaciones de salud y el desempeño de las actividades programadas por componente.	Recomendación # 2. Modificar los Reglamentos Operativos y mejorar la coordinación entre la Dirección de Provisión y la UGSAF para efectos de agilizar todos los procesos de monitoreo, evaluación y pagos.
Hallazgo # 3 El mecanismo de revisión y refrendación ex-ante de los contratos y adquisiciones del proyecto que realiza la Contraloría General de la República retrasa el cronograma de la ejecución de la contratación y adquisición de bienes y servicios, la ejecución de los productos y el avance de los resultados	Recomendación # 3 Acordar un mecanismo de coordinación de trabajo "in situ" compartido por el cual la Contraloría actualice permanentemente el estado financiero y operativo del proyecto, haya retroalimentación ágil de los procesos y de información con el MINSA en un espacio de trabajo común y articulado, y pueda elaborar una respuesta ágil de control a los procesos de fiscalización y permita tomar las decisiones eficaces que el proyecto requiere.
Experiencia con la gestión del proyecto	
Hallazgo # 4 Baja capacidad técnica de la administración regional y local de las DRS y las UBAs	Recomendación # 4 Establecer planes de capacitación y actualización con ejecución permanente.
	Recomendación # 5 Ejercer un acompañamiento continuo desde el nivel central de ejecución en los procesos de implementación de planes de recursos humanos, generación de capacidades administrativas, técnicas y tecnológicas (planeación, monitoreo y evaluación, sistemas de información), y financieras para el manejo de articulación red fija e itinerante.
	Recomendación # 6 Consolidar mayor asistencia a las regiones para mejorar la comprensión del modelo (especialmente dado el contexto de alta rotación de personal). Se requiere conformar un mayor número de equipos de gestión con un plan de incentivos y motivación al nivel regional para promover la nominalización de beneficiarios para áreas con padrones muy inferior a la población del censo de 2010

Hallazgo # 5 Baja integración de criterios de la auditoría social y de información proveniente de los beneficiarios para la validación del cumplimiento del servicio de salud y la provisión de atención con calidad y oportunidad.	Recomendación # 7 Implementar un Plan de Capacitación a usuarios del sistema de salud y un manual de protocolos de recolección de información de satisfacción de uso de los servicios.
Evaluación de Impacto	
Hallazgo # 6 El avance del componente de evaluación alcanzó un nivel de definición y diseño de pruebas.	Recomendación # 9 Completar la segunda fase de la evaluación de impacto de los componentes del programa con la implementación de los estudios e informes de resultados.
Asuntos no resueltos	
Hallazgo # 7 Las restricciones al flujo de recursos para el proyecto limitaron el alcance del mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal, sí como la adecuación y articulación de redes del sistema de salud en la provisión de atención de segundo nivel.	Recomendación # 10 Completar y articular institucionalmente la provisión de bienes y servicios para la atención del parto institucional y servicios complementarios de segundo nivel para la atención de mujeres embarazadas y neonatos. Se requiere: - la adecuación de un número mayor de salas de parto en el país - la adecuación de casas maternas; - la adecuación de instalaciones de salud para funciones obstétricas y neonatales - la adecuación de centros de segundo nivel de salud para la realización de pruebas diagnósticas básicas en la nueva operación de salud.
Hallazgo # 8 Aún se mantienen rezagos en la atención de comunidades indígenas	Recomendación # 11 Expandir la estrategia AIN-C teniendo en cuenta los resultados exitosos de implementación en Panamá.
	Recomendación # 12 Fortalecer el registro y la nominalización de la población comarcal.