

PERFIL DE PROYECTO

PANAMÁ

I. DATOS BÁSICOS

Nombre del proyecto:	Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud
Número del proyecto:	PN-L1068
Equipo de proyecto:	Frederico Guanais (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Mónica Rubio (SPH/CCO); Leonardo Pinzón (SCL/SPH); Susan Kolodin (SCL/SPH); Zuleyka Moreno de Pessina (CID/CPN); Christina Novinsky (SCL/SPH); Sheyla Silveira (SCL/SPH); Juan Carlos Dugand (PDP/CPN); Bernadete Buchsbaum (LEG/SGO) y Karina Díaz (PDP/CPN).
Prestatario:	República de Panamá
Organismo ejecutor:	Ministerio de Salud (MINSa)
Financiamiento:	BID (CO): US\$30 millones Local: US\$20 millones Total: US\$50 millones
Salvaguardias:	Políticas identificadas: OP-765 Clasificación: Categoría “C”

II. JUSTIFICACIÓN GENERAL Y OBJETIVOS

- 2.1 En los últimos años Panamá ha mejorado sus indicadores de desarrollo social y salud¹. La esperanza de vida ha aumentado y como otros países de América Latina y el Caribe, está enfrentando una transición demográfica con un descenso en la tasa natural de crecimiento poblacional². La situación de salud se caracteriza por una doble carga epidemiológica en la que las enfermedades no transmisibles y los accidentes cobran de manera progresiva mayor relevancia que las enfermedades infecciosas. Los esfuerzos realizados por el Gobierno Nacional, a través del MINSa, apoyados por el BID³ y el Banco Mundial⁴, se han enfocado en: (i) el diseño y desarrollo de una Estrategia de Extensión de Cobertura (ECC)⁵ por medio de la provisión de un Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) por Organizaciones Extra Gubernamentales (OEs) y de Giras Institucionales (GIs) que alcanzó una cobertura de 430 mil personas en el 2010; (ii) la atención a la desnutrición con una oferta de servicios de promoción y monitoreo del crecimiento y prevención de la desnutrición tipo “Atención Integral de la Niñez en la Comunidad” (AIN-C), conocida como “PAISS+N”; (iii) una estrategia de

¹ El nivel de pobreza se redujo entre el 2003 y el 2008 del 36,8% a 32,7% Encuesta de Niveles de Vida, 2008 (ENV).

² Tasa natural de crecimiento poblacional (14,5%), en la tasa global de fecundidad (2,4) y de natalidad (20 por 1.000 habitantes). Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). Años: 2000-2008.

³ BID: Programa de Protección Social y Programa de Protección Social Fase I (1867/OC-PN). Total del préstamo de US\$20,17 millones, de los cuales US\$10,30 millones son para el componente de salud.

⁴ Banco Mundial: Programa de Equidad y Mejor Desempeño en el Sector de la Salud (L7587-PA). Total del préstamo de US\$40 millones.

⁵ Para un mayor detalle ver documento de Estrategia de Extensión de Cobertura. MINSa, Marzo de 2009.

Protección en Salud para Poblaciones Vulnerables (PSPV) que busca aumentar el acceso de las comunidades rurales a servicios básicos de salud; y (iv) programas que promueven la acumulación de capital humano⁶.

- 2.2 A pesar de estos avances, se evidencian algunos rezagos en los resultados de salud frente a otros países de la región de ingresos per cápita similares. Estos se relacionan con la salud materna, del recién nacido y la desnutrición de menores de 5 años, y se explican, en gran parte, por las desigualdades en el nivel de acceso a las intervenciones básicas de salud pública, así como por el uso y calidad de los servicios.
- 2.3 Panamá a través del tiempo ha hecho esfuerzos para reducir la mortalidad infantil y obtuvo éxito relativo⁷. Pero el progreso no logró eliminar la desigualdad: niños(as) panameños tienen en promedio tres veces más riesgo de morir antes de cumplir 1 año de edad si pertenecen al quintil más pobre de la población que si pertenecen al quintil más rico⁸. La tasa de mortalidad neonatal es en gran medida determinada por las condiciones de salud de la madre y la calidad de la atención prenatal, durante el parto y período neonatal. Desigualdades en la salud de los niños(as) están presentes en el nacimiento y persisten durante toda la infancia. En la zona urbana, el 10,5% de los niños(as) menores de 5 años presentan desnutrición crónica, mientras en la zona rural la prevalencia de la desnutrición crónica alcanza 17,3%, y en la zona indígena esta prevalencia llega a 62,0%. Por otro lado, esta situación coexiste con altos índices de sobrepeso y obesidad, lo que evidencia la presencia de patrones alimentarios inadecuados. Asimismo existen variaciones en el interior del país en relación con la cobertura del esquema completo de vacunación, donde en algunas zonas alcanza solamente el 30% de cobertura.
- 2.4 En relación con la salud materna⁹, el 67% de la población más pobre recibe atención prenatal y tan solo el 58% recibe atención de un profesional calificado frente al promedio nacional que alcanza el 84% y el 80% respectivamente. En comarcas indígenas, los resultados de salud materna son aún más bajos en esta población¹⁰. El 44% de la población indígena no recibe atención prenatal y solo el 36% de las madres tienen la primera visita prenatal antes del cuarto mes de gestación. Solamente la mitad de las mujeres indígenas embarazadas dan a luz en un establecimiento de salud, la otra mitad dan a luz en el hogar atendido por la familia, las parteras y los curanderos tradicionales¹¹.

⁶ Programa Red de Oportunidades (RdO) que beneficia a 71.128 hogares de los cuales el 80% pertenecen al quintil más bajo de la distribución de consumo per cápita.

⁷ La mortalidad de niños menores de cinco años se redujo de 34 a 20 muertes por cada mil nacimientos entre 1994 y 2004, pero en algunas comunidades indígenas el número de muertes es 2,4 y 1,9 superiores al promedio nacional. ENV 2008.

⁸ Con base en datos de 2005, la tasa de mortalidad neonatal (muertes de niños menores de 28 días) fue de 8,4 por 1.000 nacidos vivos, lo que representa una contribución de 56% a las muertes infantiles registradas, mientras que la pos neonatal (muertes de niños 28 días a 11 meses), de 6,5 por 1.000 nacidos vivos, representa el restante 44%. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, Volumen II – Países, Panamá. OPS 2007.

⁹ En el 2007 se registró una tasa de mortalidad materna de 59 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con grandes variaciones al interior del país. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2008

¹⁰ El 44% de la población indígena no recibe atención prenatal y solo el 36% de las madres tienen la primera visita prenatal antes del cuarto mes de gestación ENV2008.

¹¹ Fuentes de datos: ENV 2008.

- 2.5 Persiste una brecha importante en la disponibilidad de servicios preventivos de atención primaria y de emergencias en salud para comunidades indígenas y no indígenas. La provincia de Panamá concentra cerca de 60% del personal calificado en salud del país. Mientras tanto, en las áreas más pobres, la infraestructura inadecuada de primer nivel, la escasez de insumos claves, la ausencia de incentivos y la desvinculación entre primer y segundo niveles de atención impiden que los servicios de salud disponibles a esta población mantengan la continuidad de cuidados médicos y el manejo constante de las enfermedades, que son factores esenciales para la prevención adecuada de enfermedades crónicas¹². Por lo tanto, la población más pobre de Panamá se mantiene vulnerable a los crecientes factores de riesgo de enfermedades crónicas que se observan en el país y en la región¹³.
- 2.6 **Relación con la estrategia del país en el sector y del Banco.** Esta operación está alineada con la nueva Estrategia de País del BID para Panamá (EBP-PN), que refleja en su objetivo para el sector salud que el Banco contribuirá en reducir las brechas de salud en las comarcas indígenas y en las comunidades rurales. Asimismo, la EBP-PN está alineada con el Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014¹⁴, que en su eje de Inclusión Social tiene como metas la reducción de la desnutrición con atención especial a la primera infancia y a las mujeres embarazadas, la ampliación de la cobertura y calidad de servicios básicos de salud con énfasis en atención primaria y el fortalecimiento de la red hospitalaria.
- 2.7 **Objetivo y resultados esperados.** El objetivo del programa es aumentar la equidad en salud a través del incremento en la cobertura y el mejoramiento de la calidad de la oferta de servicios de salud en zonas rurales y comarcas indígenas¹⁵. Se espera que, por intermedio del fortalecimiento de la atención primaria y de las redes de salud, el programa reduzca las tasas de mortalidad materna e infantil y desnutrición crónica, que son los indicadores de salud de la EBP-PN para 2010-2014. Las actividades descritas abajo incluyen pago por servicios, capacitaciones, adquisiciones de equipamientos y adecuación de infraestructura.
- 2.8 **Componente 1. Fortalecimiento de la Atención Integral de Salud (US\$30 millones).** Los objetivos son: (i) extender la cobertura, utilización y calidad de los servicios preventivos y de atención primaria en salud dirigida a la mujer (salud sexual y reproductiva, materna y neonatal) para poblaciones indígenas y rurales y (ii) apoyar el desarrollo de una estrategia integral de nutrición dirigida a la atención de la desnutrición crónica infantil. Se incorporan las siguientes acciones prioritarias: (i) ajuste del PAISS+N y el PSPV para aumentar la continuidad de la atención por parte de personal calificado, a través de las Unidades de Atención Básica por medio de esquemas de pago por desempeño; (ii) apoyo a la implementación de la estrategia integral de nutrición AIN-C dirigida a la atención

¹² Remington et al. *Chronic Disease Epidemiology and Control*. Wash., DC: American Public Health Assn. 2010.

¹³ Glassman et al. *Confronting the Chronic Disease Burden in Latin America and the Caribbean*. *Health Affairs* 29(12):2142-2148. December 2010.

¹⁴ República de Panamá. Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014. Diciembre 2009.

¹⁵ Ver Panamá, Estrategia de País del BID. Noviembre 2010-Diciembre 2014, disponible en <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35448124>.

de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, y especialmente los menores de 2 años, con financiamiento para la expansión de la cobertura realizada por OEs y GIs, el fortalecimiento de la capacidad del MINSA para la supervisión del PAISS+N y la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación; (iii) promoción del crecimiento y la adopción de conductas saludables en el hogar, bajo criterios de pertinencia cultural con enfoque comunitario y (iv) fortalecimiento del esquema integrado de suplementación y alternativas de alimentación complementaria.

- 2.9 **Componente 2 Adecuación de las redes del sistema de salud (US\$13 millones).** Este componente fortalecerá las redes de salud a través de la implementación de esquemas integrados de gestión operativa y de atención que garanticen la continuidad, la calidad y la conexión de los servicios en el primer y segundo niveles de atención para las poblaciones objetivo. Las actividades principales son: (i) fortalecimiento de la atención de la red fija a través de la formación y capacitación de personal médico y de enfermería de manera sostenible; (ii) refuerzo del sistema de referencia y contra-referencia, y creación de nodos de servicio para atender el incremento de la demanda esperada en el segundo nivel en función de la expansión de la cobertura del primer nivel; (iii) mejoramiento de la gestión hospitalaria a través del aumento en la capacidad de detección precoz y tratamiento oportuno de cáncer de mama, cuello uterino y próstata en comunidades de difícil acceso, la reducción de la mora quirúrgica en intervenciones de baja complejidad en cirugía general, gineco obstétrica y la adquisición de insumos médico quirúrgicos; (iv) incremento en el acceso a los servicios de laboratorio como apoyo al proceso de detección de riesgo y diagnóstico temprano de enfermedades crónicas no transmisibles; y (vi) consolidación de sistemas de información que soporten la toma de decisiones, la determinación de metas y el monitoreo a indicadores de cobertura y calidad.

III. TEMAS DE DISEÑO Y CONOCIMIENTO DEL SECTOR

- 3.1 **Prioridad de atención y adaptación cultural de los servicios para las comunidades rurales y comarcas indígenas.** Según la Encuesta de Niveles de Vida 2008 (ENV2008), cerca del 40% de las personas en extrema pobreza reside en áreas rurales. Asimismo, las poblaciones indígenas que viven en comarcas son las más desfavorecidas en cuanto a la disponibilidad, acceso y uso de los servicios preventivos y de atención en salud. La adaptación cultural de los servicios para las comunidades rurales y comarcas indígenas se analizarán durante la preparación.
- 3.2 **Articulación de los incentivos de parte de la demanda y la oferta.** La estrategia de pago por capitación y prestación de servicios de salud a comunidades indígenas de la RdO es prometedora e innovadora. Una omisión importante del PAISS+N, en parte como resultado de las condiciones de difícil acceso y de disponibilidad de recurso humano, es la atención de partos por un profesional calificado. Complementariamente, por parte de la demanda, se revisarán los costos directos e indirectos del uso de los servicios de salud para comunidades pobres e indígenas y la eliminación de barreras culturales y sociales.

- 3.3 **Mejoramiento del estado nutricional de la población objetivo.** La estrategia para el suplemento de micronutrientes es también una oportunidad de mejora a través del diseño de una estrategia integral. Se pueden explorar mecanismos alternativos de atención y cuidado con especial énfasis en las madres durante el embarazo, en tiempo previo al parto y en prácticas para mejorar la lactancia materna y el estado nutricional de niños menores de cinco años en el marco del inicio de la implementación del AIN-C en el 2011.
- 3.4 **Transición epidemiológica.** Habrá un enfoque para enfrentar la transición epidemiológica que está viviendo el país a través de la identificación de factores de riesgo asociados a la prevalencia de enfermedades crónicas y la definición de estrategias de intervención, con especial énfasis en la prevención primaria. El acceso de la población pobre a alimentos saludables se debe también explorar en el marco de la prevención de enfermedades crónicas y degenerativas.
- 3.5 **Integración entre los diferentes niveles de atención en salud.** El acceso adecuado a los servicios de salud requiere integración entre los niveles primario, secundario por intermedio de sistemas eficientes de referencia y contra-referencia. Las fortalezas y deficiencias de utilizar un sistema de giras en comparación con la construcción de unidades permanentes se analizarán durante la preparación.
- 3.6 **Atención al déficit de personal en salud.** Para garantizar una mayor equidad y continuidad de la oferta en salud, se incorporarán acciones para mejorar la disponibilidad de médicos y enfermeras en zonas rurales y comarcas indígenas. Durante la preparación se contempla la elaboración de planes para la formación y capacitación del recurso humano para el componente materno infantil y en prevención de patologías crónicas de alta frecuencia.

IV. SALVAGUARDIAS

- 4.1 No se identificó ninguna actividad que pueda generar impactos medioambientales y/o sociales negativos. Programa clasificado como categoría "C" (Ver Anexo III).

V. OTROS TEMAS

- 5.1 El proyecto se alineará con la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 que busca reducir las brechas de salud en la población más pobre del país a través de la mejora en el acceso y cobertura de los servicios básicos de salud en zonas indígenas.

VI. RECURSOS Y CRONOGRAMA

- 6.1 Se espera la aprobación del Borrador de Propuesta de Préstamo por OPC el 31 de mayo de 2011. El cronograma y la ruta crítica de preparación de la operación están detallados en el Anexo V, con una fecha prevista para la aprobación de Directorio del 29 de junio de 2011. Los recursos para el diseño de la operación serían de US\$200.000 para consultorías y US\$22.962 para misiones. Para apoyar la preparación de la operación se está gestionando un Insumo Operacional (OI).

SAFEGUARD POLICY FILTER REPORT

This Report provides guidance for project teams on safeguard policy triggers and should be attached as an annex to the PP (or equivalent) together with the Safeguard Screening Form, and sent to ESR.

1. Save as a Word document. 2. Enter additional information in the spaces provided, where applicable. 3. Save new changes.

PROJECT DETAILS	IDB Sector	HEALTH
	Type of Operation	Other Lending or Financing Instrument (enter details in final report)
	Additional Operation Details	
	Investment Checklist	Generic Checklist
	Team Leader	Guanais de Aguiar, Frederico Campos (fredericog@IADB.ORG)
	Project Title	Strengthening the Health System in Panama
	Project Number	PN-L1068
	Safeguard Screening Assessor(s)	Pinzón Enciso, Leonardo E. (leonardop@iadb.org)
	Assessment Date	2010-11-15
	Additional Comments	

SAFEGUARD POLICY FILTER RESULTS	Type of Operation	Loan Operation	
	Safeguard Policy Items Identified (Yes)	Potential to affect Indigenous People (also see Indigenous Peoples Policy.).	(B.01) Indigenous People Policy– OP-765
		The operation is in compliance with environmental laws and regulations of the country where the operation is being implemented (including national obligations established under ratified Multilateral Environmental Agreements).	(B.02)
		Any part of the investment or component(s) is being co-financed.	(B.15)
	Potential Safeguard Policy Items (?)	No potential issues identified	
	Recommended Action:	Operation has triggered 1 or more Policy Directives; please refer to appropriate Directive(s). Complete Project Classification Tool. Submit Safeguard Policy Filter Report, PP (or equivalent) and Safeguard Screening Form to ESR.	

	Additional Comments:	
--	---------------------------------	--

ASSESSOR DETAILS	Name of person who completed screening:	Pinzón Enciso, Leonardo E. (leonardop@iadb.org)
	Title:	
	Date:	2010-11-15

SAFEGUARD SCREENING FORM

This Report provides a summary of the project classification process and is consistent with Safeguard Screening Form requirements. The printed Report should be attached as an annex to the PP (or equivalent) and sent to ESR.

1. Save as a Word document. 2. Enter additional information in the spaces provided, where applicable. 3. Save new changes.

PROJECT DETAILS	IDB Sector	HEALTH
	Type of Operation	Other Lending or Financing Instrument (enter details in final report)
	Additional Operation Details	
	Country	PANAMA
	Project Status	
	Investment Checklist	Generic Checklist
	Team Leader	Guanais de Aguiar, Frederico Campos (fredericog@IADB.ORG)
	Project Title	Strengthening the Health System in Panama
	Project Number	PN-L1068
	Safeguard Screening Assessor(s)	Pinzón Enciso, Leonardo E. (leonardop@iadb.org)
	Assessment Date	2010-11-15
	Additional Comments	

PROJECT CLASSIFICATION SUMMARY	Project Category: C	Override Rating:	Override Justification:
			Comments:
	Conditions/ Recommendations	<ul style="list-style-type: none"> No environmental assessment studies or consultations are required for Category "C" operations. Some Category "C" operations may require specific safeguard or monitoring requirements (Policy Directive B.3).Where relevant, these operations will establish safeguard, or monitoring requirements to address environmental and other risks (social, disaster, cultural, health and safety etc.). The Project Team must send the PP (or equivalent) containing the Environmental and Social Strategy (the requirements for an ESS are described in the Environment Policy Guideline: Directive B.3) as well as the Safeguard Policy Filter and Safeguard Screening Form Reports. 	

SUMMARY OF IMPACTS/RISKS AND POTENTIAL SOLUTIONS	Identified Impacts/Risks	Potential Solutions

ASSESSOR DETAILS	Name of person who completed screening:	Pinzón Enciso, Leonardo E. (leonardop@iadb.org)
	Title:	
	Date:	2010-11-15

ESTRATEGIA AMBIENTAL Y SOCIAL

A. Medio Ambiente

1. Impacto ambiental potencial del programa

No se ha identificado un impacto ambiental negativo. El programa no financiará inversiones físicas por lo que no se prevé tener un impacto directo en el medio ambiente o en las comunidades rurales indígenas o no indígenas, así como en las comarcas indígenas.

2. Análisis del marco legal y plan para mitigar y monitorear el impacto ambiental del programa

En la ausencia de un impacto negativo sobre el medioambiente, de acuerdo con la Política de Salvaguardia de Medio Ambiente (OP-703) del Banco, se propone la clasificación “C” para la operación, y no se elaborará un plan para mitigar y monitorear el impacto ambiental del programa.

B. Aspectos sociales

1. Situación actual de la población indígena

En el censo de población realizado en Panamá en el año 2000, 285.231 personas declararon ser indígenas, los cuales representan el 10% de la población total del país. El 51% se concentra en las distintas Comarcas, las cuales abarcan más del 20% de la superficie del territorio. La población indígena se agrupa en siete grupos: Ngöbe (59,3%), Kuna (21,6%), Embera (7,9%), Buglé (6,2%), Wounaan (2,3%) y Naso (o Teribe) y Bri Bri-o Bokota (2,7%). La gran mayoría de indígenas (82%) viven en zonas rurales de Chiriquí, Bocas del Toro, las comarcas de Kuna Yala, Madungandi, Wargandi, Ngöbe Buglé y Emberá-Wounaan (Darién) y el 18% en áreas urbanas.

En lo relativo a la distribución según grupo étnico, los Ngöbe son el grupo mayoritario y representan el 59,3% del total de la población indígena, le siguen en orden de importancia los Kunas (21,6%). Entre los grupos minoritarios se encuentran los Teribes, los Bri Bri y los Bokotas (los cuales representan el 1,1%, el 0,9% y el 0,4% respectivamente)¹.

Pese a los avances en materia social de la población en Panamá, la población indígena no se ha visto de igual manera beneficiada del crecimiento y desarrollo económico registrado en los últimos años. Aún prevalecen altos niveles de pobreza y pobreza extrema y atrasos importantes en los resultados claves en materia de salud, en parte por la dispersión de su población y el difícil acceso a las áreas que habitan, pero también a políticas que no han sido efectivas para la reducción de las brechas en materia de salud. Por ejemplo, el gasto público en salud se concentra en las zonas urbanas y en servicios curativos en detrimento de la población rural y grupos indígenas.

¹ Fuente: Censo 2000 Gobierno de Panamá.

A continuación se presentan algunos resultados principales extraídos de la Encuesta de Niveles de Vida (ENV) 2008 para las poblaciones indígenas.

- a. La pobreza en el país es diferencial por área, mientras que en el área urbana la incidencia de pobreza es de 17,7%, en el área rural es de 50,7% y en las áreas indígenas es de 96,3%.
- b. Las provincias con mayor nivel de pobreza son Bocas del Toro (53%), Darién (52,7%), Veraguas (52%), Coclé (51,6%) y las áreas indígenas (96%).
- c. Entre las poblaciones indígenas, el 61% de los niños menores de cinco años padece de retrasos en su crecimiento.
- d. Entre los niños indígenas menores de 5 años, la prevalencia de desnutrición crónica ascendió de 52% a 56% durante el mismo período.
- e. Los resultados muestran el deterioro del estado nutricional según talla para la edad en los menores de cinco años en las áreas indígenas, rurales y urbanas. En general el deterioro es mayor a partir de los 12 meses de edad siendo mucho mayor en el área indígena, lo que es estadísticamente significativo en relación con el área urbana y el área rural no indígena.

2. Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014

El gobierno nacional ha identificado una serie de acciones e inversiones prioritarias para atender la problemática relacionada con las inequidades que se presentan en comunidades indígenas. La Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) fue diseñada con el objeto de aumentar el acceso a un paquete básico de servicios de salud a la población más pobre y de difícil acceso, particularmente en zonas rurales y en las Comarcas indígenas. Esta estrategia inició el pago por capitación a los proveedores, creando incentivos para aumentar la eficiencia en la entrega de servicios. Igualmente, la estrategia incluyó el pago por resultados a los prestadores de servicios de salud.

A continuación se presentan las acciones que se establecieron como prioritarias en el marco de la Estrategia Social del Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014. Se prevén las siguientes acciones:

- a. El Despacho de la Primera Dama en coordinación con los diferentes sectores público-privado, vinculados con el desarrollo infantil temprano, lidera una nueva Estrategia Nacional para Atender el Desarrollo Infantil Temprano y brindar apoyo a la primera infancia, con prioridad a grupos indígenas.
- b. Se continuará la evaluación y fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura.
- c. El MINSA fortalecerá la Red de Servicios de Salud en las comarcas indígenas a través de la construcción y equipamiento de 35 Centros de Atención Primaria en Salud Innovadores (MINSA-CAPSi). Se ha planificado la construcción en 3 fases: 1 en 2009 (CAPSi de las Garzas); 10 en 2010 y 24 en 2011/12. En la Comarca Ngöbe Buglé (2011/2012) se construirán tres, a un costo estimado de B/.197,0 millones.

- d. Se adecuará y equipará la red existente que incluye la adecuación y equipamiento de 200 centros de salud de atención primaria con un costo de B/.16,0 millones.
- e. Red de Oportunidades (RO). Sus beneficiarios están fuertemente concentrados en las comarcas indígenas (39,3%), donde solo la etnia Ngöbe Buglé representa el 29,6% del gasto del programa. Entre las acciones más relevantes de fortalecimiento del programa dirigidas directamente a la población indígena se encuentran: (i) consolidación de un mecanismo de entrega regular y periódica de las transferencias, realizada por entidades externas y especializadas, con mecanismos adecuados de seguridad y transparencia; (ii) uniformar los dos tipos de intervenciones realizadas como parte de la misma RO: el bono de alimentos de SENAPAN en 22 comunidades indígenas, que coexiste con transferencias monetarias del MIDES para el resto de beneficiarios; y que deberían ser integrados reemplazándose el bono familiar por una transferencia monetaria; desarrollar el componente de la RO que acompaña a las familias, acercándose a los servicios de salud, nutrición y educación, y ayudándolas a aprovechar las oportunidades que tiene para mejorar su situación económica y social.

3. Impacto social potencial del Programa PN-L1068

Por las características del programa, se anticipa que éste no producirá efectos sociales negativos. La operación pretende cerrar la brecha en materia de cobertura y calidad de salud a través de la extensión de cobertura y utilización de los servicios esenciales de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, para mujeres en edad reproductiva y niños menores de cinco años de familias pobres de zonas rurales (indígenas y no indígenas) y de comarcas indígenas. Se espera que el programa reduzca las brechas de salud entre la población pobre y el promedio nacional, representadas en una disminución de la mortalidad y morbilidad materna e infantil, la disminución de los niveles de desnutrición crónica y el fortalecimiento de la atención primaria y de las redes de salud

4. Aspectos relevantes de la estructura del programa PN-L1068 en la atención a pueblos indígenas

Los componentes de la operación incluirán acciones adicionales de pertinencia cultural que serán transversales. El *Componente 1 Fortalecimiento de la Atención Integral de Salud* extenderá la cobertura, utilización y calidad de los servicios preventivos y de atención primaria en salud dirigidos a la mujer (salud reproductiva, materna y neonatal) para poblaciones indígenas y rurales que aún no cuentan con acceso a servicios esenciales de salud y apoyará el desarrollo de una estrategia integral de nutrición dirigida a la atención de la desnutrición crónica infantil. Para este primer componente se incorporan criterios de pertinencia cultural con enfoque comunitario entre las cuales se puede mencionar:

- a. Se desarrollarán las adecuaciones necesarias para extender la cobertura a comunidades indígenas del país, bajo los diferentes esquemas la de ECC.

- b. Se atenderán las particularidades de las comunidades, respetando su autonomía, los usos y costumbres, su lengua y las relaciones colectivas del trabajo, así como la generación de vínculos de confianza con las organizaciones indígenas.
- c. Se revisará la calidad y pertinencia cultural de los servicios de salud a los que las comunidades indígenas rurales pueden acceder
- d. Se analizará cómo mejorar los procesos de focalización e identificación de beneficiarios, y cómo mejorar los procesos de transferencias y co-responsabilidades en salud (Red de Oportunidades), entre otros.

Referencias:

- Los pueblos indígenas de Panamá: Diagnóstico socio demográfico a partir del censo del 2000. 2005 Comisión Económica para América Latina y Banco Interamericano de Desarrollo.
- Plan Estratégico de Gobierno: https://www.mef.gob.pa/Documentos-Interes/Plan_Estrategico_de_Gobierno_2010-2014.pdf.

ÍNDICE DE TRABAJO SECTORIAL TERMINADO Y PROPUESTO

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Trabajos finalizados			
Opciones técnicas y de diseño	Resultados de la Encuesta de Niveles de Vida (ENV) 2003 <ul style="list-style-type: none"> Aproximadamente 4 de cada 10 personas vivían en pobreza total (36,8%), y del total de la población el 16,6%, o sea, 508.700 panameños se encuentran en situación de pobreza extrema¹. En las áreas urbanas del país la pobreza total y la extrema alcanzaron su menor nivel, 20,0% y 4,4% de su población, respectivamente; en las áreas rurales no indígenas poco más de la mitad de los residentes es pobre (54,0%) y una de cada cinco personas (22,0%) se encuentra en situación de pobreza extrema; en las áreas rurales indígenas, casi la totalidad de sus habitantes era pobre (98,4%) y en pobreza extrema se encontraba el 90,0% de la población. En las áreas indígenas que comprenden las comarcas y las áreas fuera de las comarcas, se observaron los niveles más altos de pobreza total y extrema (98,4% / 90,0%). Cuatro provincias mostraban tasas de pobreza total mayores al 50% de sus habitantes: Darién, Bocas del Toro, Coclé y Veraguas, siendo la Provincia de Darién la que presenta el mayor porcentaje de pobreza total. En estas provincias la pobreza extrema oscila entre el 19,6% y el 37,8% de su población. El 20,6% de la población de Panamá menor de 5 años (60 meses), padecían desnutrición crónica o una baja talla para su edad; el 6,8% presentaba bajo peso para su edad (desnutrición global) y el 1,3% sufría de desnutrición aguda, bajo peso para la talla. Estos indicadores se presentaron muy elevados en las áreas indígenas independientemente del nivel de pobreza de su población (57,9%). 	Terminado Junio de 2005	Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales
	Mapas de Pobreza y desigualdad a nivel de distrito y corregimiento. Se estiman por primera vez indicadores de pobreza y desigualdad a nivel de 75 distritos y 593 corregimientos. Se utilizó el Censo de Población y Vivienda del 2000 y de la Encuesta de Niveles de Vida del 2003. El mapa de pobreza permite conocer: a varios niveles de desagregación geográfica, cuántos son los pobres, qué tan pobres son y qué tan diferentes son entre ellos, y cuáles son los distritos y corregimientos con más desigualdad en la distribución del consumo.	Terminado Junio 2005 Diciembre 2005	Mapas de pobreza y desigualdad a nivel de distrito y corregimiento: Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales Pobreza y desigualdad en áreas menores en Panamá:

¹ **Línea de Pobreza Extrema:** Corresponde al valor del consumo de los requerimientos mínimos de alimentos por persona al año, equivalente al promedio de 2.305 calorías diarias por persona, con un costo estimado en B/.534 anuales. Las personas con un consumo total anual menor a este valor, se consideran en situación de Pobreza Extrema. **Línea de Pobreza General:** Corresponde a B/.953 de consumo total por persona al año, que incluye el costo de los alimentos mínimos requeridos más un monto adicional para cubrir necesidades esenciales no alimenticias (vivienda, salud, educación, vestuario, transporte, entre otras). Las personas con un consumo anual por debajo del valor señalado se clasifican en situación de Pobreza Total o Pobreza General.

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
			Marcos Robles, BID.
	<p>VI Censo de Talla de Escolares de primer grado</p> <ul style="list-style-type: none"> En Panamá se han realizado seis (6) censos de talla de escolares (incluyendo el presente estudio) a saber: 1982, 1985, 1988,1994, 2000 y 2007. Los resultados de los mismos se pueden observar en la gráfica 8, la cual muestra una reducción de retardo en talla a través del tiempo No obstante, los resultados del estudio muestran que a nivel nacional no existe una disminución significativa (21,9 % a 21,2 %), del retardo en talla. Pero al focalizar el análisis en los corregimientos clasificados en el año 2000 como de muy alto riesgo y alto riesgo de retardo en talla; se observa que de los 13 distritos catalogados como de muy alto riesgo (prevalencia > 43 % de retardo en talla), ocho (61,5 %) de ellos disminuyeron su problemática. Y en el caso de los 17 distritos catalogados como de alto riesgo (22 % a 43,8 % de prevalencia de retardo en talla) once (64,7 %) de ellos disminuyeron el porcentaje de retardo en talla. En este grupo de distritos la reducción de prevalencia más alta se da en los distritos de Sambú (19,7 %) y Cémaco (11,1 %), en la comarca Emberá Wounan. En la encuesta se observa que en el área urbana la prevalencia de retardo en talla es de 7,4 %, 17,8 % en el área rural y del 66,9 % en el área indígena. Siendo esta última tres veces más alta que la prevalencia nacional, nueve (9) veces más alta que en el área urbana y cuatro (4) veces más alta que el área rural no indígena. Al revisar la prevalencia de retardo en talla a nivel de las provincias, se observa que la mayor prevalencia para el área urbana y rural está en la provincia de Bocas del Toro y de las áreas indígenas en la comarca Ngobe Bugle. La prevalencia más alta de retardo en talla en general se presenta en las comarcas: Ngobe Bugle (71,1 %), Kuna Yala (69,3 %) y Embera Wounan (46,9 %). Los niños de las áreas (urbana, rural e indígena), tienen tallas por debajo de los estándares. Para niños y niñas del área indígena las tallas se alejan mas de los estándares A los seis (6) anos el niño y la niña tienen 11,0 y 7,6 centímetros menos que los estándares del NCHS respectivamente, y a medida que avanza la edad la brecha se hace más grande en relación a los estándares, de tal forma que a los nueve (9) años con seis (6) meses la diferencia es de 17,3 cm. y 15,9 cm. para los niños y niñas comparativamente. Desde el punto de vista de salud; los estudios de salud, alimentación y nutrición existentes proveen suficientes evidencias del impacto que tienen algunas acciones en los pre-escolares; entre ellas se pueden señalar: control prenatal oportuno, alimentación complementaria de las mujeres embarazadas con bajo peso, lactancia materna exclusiva, alimentación 	2008	Ministerio de Educación Ministerio de Salud

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	<p>complementaria del niño y niña, vacunación, control de crecimiento y desarrollo del pre-escolar, desparasitación, suplementación con sales de hierro, zinc y vitamina A.</p> <p>Focalización, sectorialización y adscripción de la población beneficiaria de la estrategia de extensión de cobertura para el año 2009. El MINSA diseñó una estrategia de focalización para aplicar la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) en comunidades rurales pobres del país, diseñando cuatro etapas dentro del proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Focalización geográfica: Consiste en la selección de comunidades con menor acceso a centros de salud de la red fija del MINSA, la condición de pobreza según la Encuesta de Niveles de Vida (indicadores de salud -índice de desnutrición crónica y la tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna²- que sirva para orientar acciones dentro del programa) y factores condicionantes: culturales, geográficos y de seguridad. • Sectorización: Agrupa comunidades previamente focalizadas que mantienen características de accesibilidad. Estos conjuntos de comunidades conformarán el sector sanitario de la EEC • Adscripción: Es la asignación de una Unidad Básica de Atención para cada grupo poblacional; la cual será responsable de la provisión del PAISS+N o la PSPV • Completadas estas etapas se proseguía con la Nominalización de la población beneficiaria y la conformación del Padrón de Población Beneficiaria. <p>Como resultados del ejercicio de focalización para las dos primeras etapas se determinó el universo de atención para el PAISS+N y del PSPV. La población asciende a 452.215³ en 5.037 comunidades, 289 corregimientos y 59 distritos.</p>	Terminado Noviembre 2008	MINSA Dirección Nacional de Provisión de Servicios (DNPSS) y Unidad de Gestión Administrativa y Financiera (UGAF)
	<p>Resultados principales Encuesta de Niveles de Vida (ENV) 2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aproximadamente un millón noventa mil personas se hallan en situación de pobreza, de las que 481 mil están en pobreza extrema, representando 32,7% y 14,4% de la población total, respectivamente. • En el periodo 2003-2008 se redujo tanto la incidencia de pobreza general (4,1 puntos porcentuales) como la pobreza extrema (2,2 puntos porcentuales). • La pobreza en el país es diferencial por área: mientras que en el área urbana la incidencia de pobreza es de 17,7%, en el área rural es de 50,7% y en las áreas indígenas, de 96,3%. 	Terminado Abril de 2009	Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de la Contraloría General de la República

² Para el índice de desnutrición crónica se utiliza el Censo de Talla de la República de Panamá; para las tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil. serán los datos de estadísticas vitales de la Contraloría General de la República.

³ El MINSA estableció en 2009 las metas de población beneficiaria para el PAISS+N en 180 mil personas y para la PSPV en 250 mil personas.

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	<ul style="list-style-type: none"> Las provincias con mayor nivel de pobreza son Bocas del Toro (53%), Darién (52,7%), Veraguas (52%), Coclé (51,6%) y las áreas indígenas (96%), que comprenden las comarcas y comunidades indígenas aledañas a ellas La población infantil menor de 6 años es la más afectada por la pobreza: cerca de la mitad se encuentra en condición de pobreza total y 24,6% en pobreza extrema. El 19,1% de los niños(as) menores de 5 años muestran retraso de crecimiento en relación con su edad (desnutrición crónica), 3,9% presenta bajo peso para su edad (desnutrición global) y cerca del 1,2% tienen bajo peso para su talla (desnutrición aguda). Los indicadores se presentaron muy elevados en las áreas indígenas independientemente del nivel de pobreza de su población (62,0%). 		
	<p>Estado nutricional de los niños menores de cinco años (Con base en la ENV2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuando se analiza la situación de desnutrición según talla para edad (desnutrición crónica), la mayor prevalencia de desnutrición se produce en las áreas indígenas (62,0%); tres (3), veces la prevalencia nacional (19,1%), seis (6), veces la prevalencia de las áreas urbanas (10,5%), y aproximadamente cuatro (4), veces la prevalencia de las áreas rurales no indígenas (17,3%). Los resultados muestran el deterioro del estado nutricional según talla para la edad en los menores de cinco años en las áreas indígena, rural y urbana. En general el deterioro mayor a partir de los 12 meses de edad siendo mucho mayor en el área indígena lo que es estadísticamente significativo en relación con el área urbana y el área rural no indígena. En cuanto al promedio de talla para edad en los niños del área urbana, rural no indígena y rural indígena en relación frente al patrón de referencia de la OMS; se detectó que a los 5 años los niños indígenas tienen 9.2 cm. menos que los niños del área urbana y 6,9 cm. menos que los del área rural. Cuando se analiza la situación de desnutrición según peso para la edad, se observó que la mayor prevalencia de desnutrición se produce en las áreas indígenas (12,4%); tres (3), veces la prevalencia nacional (3,9%), cinco (5), veces la prevalencia de las áreas urbanas (2,4%), y cuatro (4) veces la prevalencia de las áreas rurales no indígenas (3,2%). 	Terminado Abril de 2009	Ministerio de Salud Dirección Nacional de Provisión de los servicios de salud UNICEF Contraloría General de la República

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	<p>Red de Oportunidades: Programa de transferencias condicionadas. Evidencia de Panamá. El estudio estima el impacto del programa Red de Oportunidades sobre la matrícula escolar, el trabajo infantil y los servicios de salud preventiva en Panamá. El análisis se basa en la Encuesta de Niveles de Vida del 2008 y usa el método de <i>propensity score matching</i> para identificar el impacto del programa en áreas rurales e indígenas.</p> <p>En cuanto a servicios de salud preventivos, no se encontraron evidencias de impacto sobre el número de visitas a los proveedores de salud o al número de vacunas que los niños reciben. Sin embargo, la proporción de las mujeres que demandaron una prueba de Papanicolau aumentó en 11,7 puntos porcentuales en las zonas rurales y 14,7 puntos porcentuales en las zonas indígenas. Se encontró que el programa podría haber dado lugar a un aumento en el número de embarazos en las zonas rurales: la proporción de las mujeres embarazadas en 2008 fue de 3,2 punto porcentual superior en el grupo de beneficiarios que en el grupo control, y el número de embarazos desde el inicio del programa ha aumentado por 0,44 entre los beneficiarios, a pesar del hecho de que el número de niños de 3 a 6 años, que nacieron antes de la aplicación del programa, no fue estadísticamente significativo entre los grupos.</p>	Terminado Mayo 2010	Iraní Arráiz y Sandra Roza BID-OVE
	<p>Programas de transferencias condicionadas, políticas sociales y combate a la pobreza en Panamá. El documento hace un análisis de los cambios en la política social de Panamá a partir de la puesta en marcha de la Red de Oportunidades y de la evaluación externa cualitativa encargada por el Ministerio de Desarrollo Social en 2009. Esta evaluación externa incluía el análisis a través de grupos focales, encuesta de satisfacción del beneficiario con una muestra representativa en las áreas de intervención y a través de la ENV de 2008. En el caso específico de salud se encontró que el 90% de los niños menores de cinco años asisten a los controles de crecimiento y desarrollo pero se observan diferencias a nivel rural (95,2) e indígena (87,3%). Se encontró además una diferencia de 13,2 puntos en la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo para aquellas poblaciones indígenas beneficiarias del programa. Lo anterior refleja barreras de acceso a poblaciones indígenas que no participan del programa y aquellas que se encuentran en situación de pobreza extrema (70% de registro).</p> <p>Según la Encuesta de Satisfacción de beneficiarios, la distancia del hogar a los servicios de salud y la falta de dinero se constituyen como las causas principales para el incumplimiento de la corresponsabilidad en salud (45,5% y 23,9% respectivamente). Estos factores también afectan el porcentaje de mujeres embarazadas de 15 a 49 años beneficiarias del programa que asisten a controles prenatales (77,5%).</p>	Terminado Mayo 2010	Alexis Rodríguez Mojica Serie de Políticas Sociales 162 Mayo de 2010 http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/39813/sps162-ptc-panama.pdf
	<p>Perfil epidemiológico población panameña: El objetivo es analizar la carga de enfermedad en Panamá a fin de describir el peso de cada condición en la carga total de enfermedad. Este análisis capta no solo patologías sino también factores de riesgo (obesidad, diabetes, hipertensión) y</p>	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará a través de Insumos Operacionales.

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	comportamientos riesgosos (fumar, adicciones, violencia, etc.). Este análisis se complementará con un perfil particular de los hogares pobres, pobres extremos ubicados en zonas rurales (indígenas y no indígenas), en comarcas indígenas y zonas urbanas haciendo un análisis separado para cada tipo de población.		
	<p>Análisis de focalización para el programa: Se propone una consultoría que produzca un ejercicio completo de focalización (marco conceptual, metodológico y operativo) e identificación de beneficiarios de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) y apoyar el diseño de las evaluaciones de las intervenciones definidas para evitar errores de inclusión o de exclusión. Se incluirán las siguientes dos actividades principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Focalización para comunidades rurales (indígenas y no indígenas) sin atención y comarcas indígenas. • Análisis de focalización de comunidades rurales (indígenas y no indígenas) donde se extenderá la estrategia AIN-C. 	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará de manera conjunta como parte del Paquete de Evidencias de País del Proyecto de la Iniciativa SM2015 y de Insumos Operacionales.
	Estudio para el fortalecimiento de la oferta y demanda en salud: Se realizará un estudio sobre el acceso, la utilización de la cartera priorizada de servicios, un análisis de los determinantes del uso y se presentarán alternativas sobre el fortalecimiento de los servicios de promoción y prevención. Este estudio incluirá una estimación de los costos directos y de oportunidad asociados con la búsqueda de atención: una hipótesis que pueda explicar los niveles bajos de utilización es la presencia de otros factores al lado de la oferta y la demanda que afectan los resultados en salud.	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará a través de Insumos Operacionales
	Estudios previos nutricionales. Los objetivos son: (i) realizar una revisión de las políticas y programas nutricionales en Panamá; (ii) presentar opciones de política que permita mejorar el impacto de los y la integración de programas nutricionales en Panamá; (iii) hacer una revisión del componente nutricional del Red de Oportunidades con el fin de plantear opciones que permitan mejorar su efectividad; (iv) hace un análisis de la situación de consumo de alimentos y seguridad alimentaria y (iii) plantear un esquema de suplementación de micronutrientes, entre otros que se engloben una estrategia integral de nutrición .	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará a través de Insumos Operacionales
	Estudio de brechas de políticas, normativas y protocolos de salud. Este estudio analizará el contenido de las políticas, normas y protocolos de atención, comparándolos con los recomendados por la Iniciativa a partir de los Planes Maestros firmados por los países dentro del marco del Sistema Mesoamericano de Salud Pública. El objetivo será la identificación de los puntos que limitan la implementación adecuada de las intervenciones y proporcionar la asistencia técnica necesaria para armonizar las políticas, normas y protocolos con las prácticas adecuadas de atención. Por otro lado,	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará de manera conjunta como parte del Paquete de Evidencias de País del Proyecto de la Iniciativa SM2015 y de Insumos

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	será importante identificar las políticas fiscales que podrían estar limitando la asignación de recursos al 20% más pobre de la población y favorecer la reasignación a este grupo para poder reducir las inequidades de una manera sostenible.		Operacionales
	Fortalecimiento de la cadena de frío. Se realizará un diagnóstico de necesidades de inversión para la sostenibilidad de la cadena de frío: mantenimiento.	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará a través de Insumos Operacionales.
	Monitoreo y Sistemas de Información: Estudio sobre integración de encuestas, sistemas de información y reportes.	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará de manera conjunta como parte del Paquete de Evidencias de País del Proyecto de la Iniciativa SM2015 y de Insumos Operacionales.
Análisis de costo de proyecto y viabilidad económica	<p>Diseño, costeo, análisis de costo-efectividad y de impacto fiscal del Paquete de Atención Integral de los Servicios de Salud. Se estableció una metodología de diseño y costeo del PAISS teniendo en cuenta nueve aspectos: (i) el diseño del modelo de atención; (ii) la formulación de un listado de prestaciones que podrían incluirse en el PAISS; (iii) selección de prestaciones del PAISS; (iv) la formulación de protocolos de prestaciones del PAISS; (v) estimación del equipo de salud: tipo y número de personal de salud y voluntarios en las comunidades; (vi) diseño de la estrategia de atención y modelo de gestión; (vii) estimación de los costos de las actividades de salud; (viii) análisis de costo-efectividad del PAISS; (ix) análisis de impacto económico y fiscal del PAISS.</p> <p>Los resultados del análisis arrojaron lo siguiente: (i) para la estrategia de atención se definieron dos tipos de población beneficiaria: la población rural indígena y no indígena y la población urbano marginal; (ii) se definió un listado de 34 actividades de los cuales se priorizaron hasta 19 actividades agrupadas en servicios de promoción, prevención y de atención en salud; (iii) se consensuaron dos modelos de gestión: contratación de Organizaciones Extra institucionales para la provisión de servicios de salud y aportes financieros para fortalecer las giras integrales por personal del MINSA; (iv) el pago promedio estimado es de 22,53 balboas por persona protegida; (v) cada región de salud propuso un monto de 14.000 y 25.000 balboas por año, como aporte financiero para complementar los recursos que asigna el MINSA para las giras institucionales; y (vi) el resultado del cociente de costo-efectividad de 23 balboas por año de vida salvado. Es decir que por cada 23 balboas que se invierten en la provisión del PAISS ganó un año de vida saludable (AVAD).</p>	Terminado Agosto de 2001	Cecilia Má Enrique Sanint-Pierre

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	Actualización del análisis costo-efectividad. Se actualizará el análisis costo-efectividad de las principales inversiones propuestas incluidas en los paquetes de salud actuales (PAISS+N y PSPV). También se incluirá un estudio descriptivo de subsistemas: público/caja/privado; y descripciones básicas de red móvil y red fija. A partir de este análisis y utilizando el gasto actual en salud, se explorará la posibilidad de realizar un análisis del costo-efectividad relativo del actual paquete de servicios, y de una propuesta alternativa con mayor impacto potencial. La ventaja de este análisis es que permite priorizar entre las distintas intervenciones de salud incluidas en los servicios.	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará de manera conjunta como parte del Paquete de Evidencias de País del Proyecto de la Iniciativa SM2015 y de Insumos Operacionales
	Costeo del paquete de servicios de salud. Se realizará un ejercicio de costeo actualizado de la provisión de la cartera de servicios de salud priorizadas para el PAISS+N y del PSPV en sus componentes de promoción, prevención y atención.	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará de manera conjunta como parte del Paquete de Evidencias de País del Proyecto de la Iniciativa SM2015 y de Insumos Operacionales
Manejo financiero/ temas fiduciarios y sistema de control	La Estrategia de Extensión de Cobertura cuenta con manuales y los programas en salud han contratado servicios de auditoría externa de procesos operativos, financieros y de sistemas, así como de los estados financieros en el marco del financiamiento del BID y del Banco Mundial	Terminado	
	Durante la misión de orientación se evaluará, si se requiere una actualización del Análisis de la Capacidad Institucional y Fiduciaria del programa (SECI)	Propuesto Marzo 2011	Recursos de preparación
Análisis institucional/ recursos humanos, procedimientos y otros aspectos de capacidad de implementación	Plan de capacitación de Recursos Humanos de salud componente materno infantil (atención control prenatal, parto y puerperio + pertinencia). Investigación formativa de enfoque tradicional y no tradicional del embarazo, parto, puerperio y cuidado temprano del niño.	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará a través de Insumos Operacionales
	Plan de capacitación en recursos humanos en patologías crónicas de alta frecuencia. (Evaluar el cambio de comportamiento a grupo poblacional) <u>incluyendo componentes de promoción, prevención y atención.</u>	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará a través de Insumos Operacionales
	Análisis de capacidad financiera y de adquisiciones del MINSA: dependiendo de los análisis de riesgos y de capacidad de implantación que se abordarán en la misión de orientación, eventualmente se adelantará una evaluación SECI.	Propuesto Marzo 2011	Recursos de preparación

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Recolección de información y análisis para informar sobre los resultados	Ver informes de avance entregados por el programa (informe de avance primer y segundo semestre de 2010).		
Salvaguardias ambientales y sociales	Interculturalidad de los servicios de salud: Estudio de diagnóstico de la pertinencia cultural de los servicios de salud y apoyo a su fortalecimiento	Propuesto Marzo 2011	
Otros temas importantes como donantes, género, sostenibilidad, temas de país y del sector	<p>Evaluaciones: Para el análisis y durante la preparación de la operación se tendrán en cuenta los siguientes elementos relacionados con la evaluación del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea de Base SM2015: El Proyecto de la Iniciativa SM2015 incluirá una línea de base en las áreas focalizadas que incluya las tasas de cobertura e indicadores de salud en las estrategias financiables por la Iniciativa. Este será uno de los insumos para establecer el marco de desempeño del financiamiento basado en resultados y sobre la cual se realizara la medición independiente de metas para las 2 operaciones financiadas por la Iniciativa. • Realización de evaluaciones externas operativas de procesos y de impacto (incluyendo el desempeño de la focalización) de medio término y final: Según el cronograma fijado, y realista, la línea base de la evaluación de impacto se haría en 2011 y se levantarían datos en 2012 y 2013, con lo que los resultados de la evaluación podrían salir del plazo de la presente operación (BID: 06/2013). Se deben coordinar los esfuerzos de la evaluación en curso con los planteados en la presente operación. 	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará de manera conjunta como parte del Paquete de Evidencias de País del Proyecto de la Iniciativa SM2015 y en el marco del proyecto PN-L1068
	<ul style="list-style-type: none"> • Sostenibilidad y Gasto Público en Salud: Se realizará un diagnóstico de gasto público en salud en las áreas de intervención de la iniciativa y a nivel nacional, con el fin de determinar el nivel y composición del gasto en salud y realizar un mapeo de las inversiones públicas, privadas y de donación en las áreas de intervención. También se hará una revisión de las cuentas nacionales en salud. 	Propuesto Marzo 2011	Esta actividad se financiará de manera conjunta como parte del Paquete de Evidencias de País del Proyecto de la Iniciativa SM2015 y de Insumos Operacionales