

# **INFORME DE CONSULTORIA**

## **Evaluación del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud: Diseño y Costeo.**

Programa de Modernización del Ministerio de Salud – Panamá

Daniel Maceira, Ph.D.<sup>1</sup>

**Noviembre 2008**

---

<sup>1</sup> Ph.D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina. Este documento fue preparado a partir de la información suministrada por el informe final del documento "Diseño, Costeo Análisis de Costo-Efectividad y de Impacto Fiscal del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud", de Cecilia Má y Enrique Saint-Pierre, de agosto de 2001, y de la información disponible sobre el Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud de Panamá. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

# Índice

- 1- Introducción.
- 2- Breve Resumen de Contexto.
  - 2.1. Panamá.
  - 2.2. El Sistema de Salud.
  - 2.3. El Programa de Transformación Institucional.
- 3- Ejes de Análisis Propuestos para la Evaluación del Paquete.
  - 3.1. Contratos, Incentivos y el Costeo del Paquete como Instrumento del Programa.
  - 3.2. Perfil Epidemiológico, Oferta Disponible y el factor Escala en la Estimación de Costos.
  - 3.3. Construcción de una Matriz de Indicadores para el Seguimiento de Programas.
- 4- Análisis del Diseño y Costeo del Programa.
  - 4.1. Marco de Análisis.
  - 4.2. Selección del Paquete Básico.
  - 4.3. Estimación de Costos.
  - 4.4. Selección de Población Beneficiaria.
  - 4.5. Resultados del Cálculo de Costos.
  - 4.6. Costo Efectividad y Definición de Intervenciones.
- 5- Simulaciones de Costos.
  - 5.1. Oferta Disponible, Necesidades y Brecha de Cobertura.
  - 5.2. Costos y Criterios de Ajuste por Escala.
- 6- Conclusiones y Recomendaciones.
- 7- Referencias.

## **1- Introducción**

El presente informe de consultoría tiene como objetivo analizar el paquete diseñado para la prestación de servicios de prevención, promoción y atención de la salud del Programa de Transformación Institucional del Sector Salud (en adelante el Programa), llevado a cabo por el Gobierno de Panamá con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo a partir de 2002. El fin último es discutir críticamente la metodología de diseño y costeo del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) elaborado para el programa mencionado, proponiendo elementos a ser tomados en cuenta para un eventual proyecto de continuidad en esta dirección.

A tal fin, el trabajo presenta en la sección segunda una breve semblanza del país, su sistema de salud y los alcances del Programa, para identificar en la sección tercera, los ejes a partir de los cuales se analizará la documentación proporcionada. Tales ejes se asocian con tres conceptos básicos:

- (i) paquete de servicios como instrumento del contrato entre el Gobierno y las instituciones prestadoras, que facilita el alineamiento de intereses entre las partes y constituye un instrumento para mejorar las funciones de rectoría y seguimiento por parte del Estado,
- (ii) el mecanismo de costeo como instrumento para identificar diferencias de productividad, precios y escala prestacional, a niveles definidos de requerimientos poblacionales, a partir de un perfil sociosanitario previo, y
- (iii) la necesidad de establecer una asociación estratégica entre Programa, Paquete e Indicadores de seguimiento, de modo de brindar sustentabilidad institucional a la iniciativa, mediante el fortalecimiento de las capacidades de rectoría por parte del Ministerio de Salud.

La sección cuarta brinda un análisis crítico detallado del documento “Diseño, Costeo, Análisis de Costo-Efectividad y de Impacto Fiscal del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud”, elaborado en agosto de 2001 por la Dra. Cecilia Má y el Ingeniero Enrique Saint-Pierre. La quinta sección propone una serie de ejercicios numéricos a fin de identificar limitaciones en el análisis de costeo, brindando elementos para una instancia futura de medición. Finalmente la sexta sección concluye y resume una batería de recomendaciones para el futuro.

## **2- Breve Resumen de Contexto**

### **2.1. Panamá**

Panamá es una de las naciones latinoamericanas con mayor nivel de crecimiento económico de la última década. Con aproximadamente tres millones trescientos mil habitantes, sin embargo, 37% se encuentra por debajo de la línea de pobreza, siendo una de los países de la región con mayor brecha

en la distribución del ingreso. A pesar de contar con una amplia concentración urbana, especialmente en la capital nacional, el 44% de los panameños reside en áreas rurales, constituyendo estos grupos un desafío de política pública.

## **2.2. El Sistema de Salud**

El sistema de salud brinda, desde la perspectiva de la oferta, un esquema dual, característico de las naciones de la región. Aproximadamente el 34% de la población cuenta con el respaldo de la atención pública, en tanto que el 66% restante descansa bajo la cobertura teórica de la Caja de Seguro Social. A pesar de numerosos intentos de coordinación, siguen existiendo bolsones de subsidio cruzado entre subsistemas, restando eficiencia y equidad al acceso a servicios de salud por parte de la población. En términos de las necesidades de salud de la ciudadanía, la misma es variada, remitiendo a un perfil epidemiológico en transición. Ello revela la necesidad de orientar políticas sanitarias en ambas direcciones: brindar cobertura a poblaciones pobres, rurales, con importante componente étnico, donde las condiciones de acceso son limitadas, y los perfiles sanitarios similares a naciones en desarrollo. Paralelamente, un segmento significativo de la población ya adhiere a patrones sociosanitarios avanzados. En este marco, aproximadamente el 7,5% del Producto Bruto Interno se destina al área de salud (uno de los mayores de América Latina), del cual el 44% se ejecuta a partir de estructuras públicas o semipúblicas de financiamiento.

## **2.3. El Programa de Transformación Institucional**

El objetivo del programa reside en aumentar la eficiencia, eficacia, calidad y equidad del sector, mediante tres componentes: (i) aumento de la capacidad del Ministerio de Salud para ejercer su papel rector y regulador, (ii) aumentar la cobertura, especialmente de la población en extrema pobreza, y (iii) transformar la gestión para la producción de servicios de salud.

El primero de ellos propone generar “cambios en la estructura de incentivos y el modelo organizacional”, y “mejorar los procesos administrativos y tecnológicos” llevados a cabo por la institución<sup>2</sup>. El segundo componente busca generar innovaciones en la entrega de servicios básicos de salud, fundamentalmente de atención primaria, mediante el PAISS (Paquete Integral de Servicios de Salud). Para ello, se propone definir e implementar contratos con organizaciones extrainstitucionales (OE), debiendo fortalecer actores, focalizar en comunidades necesitadas, y diseñar e implementar una estrategia de seguimiento y evaluación. Finalmente, el tercer Componente se centra en cambiar los mecanismos de incentivos financieros y de prestación de servicios, mediante la instrumentación de un modelo descentralizado, con creciente capacidad de gestión hospitalaria. En todo caso se pretende, a fin de aumentar el empoderamiento de la sociedad, incluir mecanismos de participación y

---

<sup>2</sup> Las comillas surgen del Documento base del Programa.

control social que faciliten el ajuste de los instrumentos utilizados a lo largo del Programa.

La propuesta supone un mayor intercambio de conocimiento e información entre actores públicos y privados, y un estrecho mecanismo de comunicación entre las tareas realizadas por el Programa para hacer frente a los desafíos propuestos por los Componentes enunciados.

Los servicios incluidos en el paquete original resumen una serie de intervenciones sobre prevención, promoción y atención de la salud, y se ajustan al seguimiento de diez indicadores generales. Ellos son:

- cobertura de niños de 12 a 23 meses con esquema vacunatorio completo.
- porcentaje de puérperas con control prenatal.
- medición de peso y talla en niños entre 36 y 60 meses.
- Cubrir doce controles de salud en niños entre 36 y 60 meses.
- porcentaje de mujeres que dieron a luz y tuvieron consumo de sulfato ferroso y ácido fólico.
- control de niños menores a cinco años con desnutrición moderada.
- Incidencia de partos institucionales.
- porcentaje de mujeres en edad fértil con estudios de PAP realizados.
- porcentaje de parejas con una estrategia anticonceptiva definida, y
- porcentaje de mujeres embarazadas con control normal de peso y talla.

Para ello, la iniciativa prevé la contratación por parte del Estado de un grupo de organizaciones de la sociedad civil, las cuales estarán a cargo de la provisión de paquetes definidos de atenciones a poblaciones rurales dispersas, mediante capitas. La atención se encuentra a cargo de Equipos Itinerantes de Salud.

### **3. Ejes de Análisis Propuestos para la Evaluación del Paquete**

#### **3.1. Contratos, Incentivos y el Costeo del Paquete como Instrumento del Programa**

Existe consenso en relación a la importancia de la inversión social para lograr un desarrollo económico, como así también, sobre el papel que el sector público debe desempeñar a fin de generar mecanismos para que tal inversión llegue de manera equitativa a toda la población. Sin embargo, las limitaciones presupuestarias generalmente observadas en naciones en desarrollo constituyen un desafío para las políticas públicas. Se plantea entonces el interrogante de identificar mecanismos eficientes de asignación de recursos para satisfacer la necesidad de inversión social, especialmente en grupos sociales relativamente más vulnerables.

En el sector de la salud, y particularmente en las naciones latinoamericanas, esta temática cobra especial relevancia, debido fundamentalmente a dos factores. El primero de ellos es la dispersión de recursos en un sistema fragmentado de financiamiento en salud, que dificulta el alcance de acuerdos sobre los mecanismos de fijación de prioridades. El segundo lo constituye la inherente deficiencia de los “mecanismos de mercado” para alcanzar niveles

sostenidos de satisfacción social. En ambos casos, se vuelve necesaria la presencia de una autoridad sanitaria que actúe como ente rector de un sistema institucional, con estrategias claras y reglas sistemáticas.

Más aún, las fuertes rigideces normativas que imperan en el sector público no siempre permiten alcanzar las metas enunciadas en términos de objetivos sociales. Por ello es necesario recurrir a instituciones relativamente más flexibles para llevar a cabo tal estrategia de ampliación de cobertura.

Bajo esta perspectiva, la probabilidad de éxito en el desempeño y en los resultados de un programa de prestación privada de servicios de salud con financiamiento público descansa en dos pilares básicos. Uno de ellos lo constituyen los criterios de focalización utilizados, mientras que el segundo refiere a la capacidad de los mecanismos de seguimiento y monitoreo para identificar potenciales desvíos en su ejecución.

Dos elementos clave –incentivos y efectividad– constituyen la base para el análisis de la experiencia de contratación pública de OEs en naciones con limitada cobertura de salud para los grupos vulnerables.

El sector público contrata los servicios de OEs para la prestación de servicios de salud primaria con el propósito de expandir la cobertura a la mayor cantidad posible de individuos, incrementar la oferta médica y aumentar la calidad del servicio prestado, especialmente a los sectores más vulnerables y desprotegidos.

En teoría, la contratación del sector privado -tanto ONGs como instituciones con fines de lucro- para la prestación de servicios de salud, incentiva potencialmente la competencia entre proveedores, que se traduce en una mejora en el acceso al cuidado de la salud y en la administración y asignación de los recursos totales de la sociedad en este tipo de servicios.

Las instituciones no gubernamentales constituyen en muchos casos instrumentos idóneos para ampliar naturalmente la cobertura de salud, objetivo que el sector público no necesariamente logra realizar a través de sus propios proveedores. Asimismo, la contratación de agentes que operan fuera de la normativa institucionalizada del sector público permite brindar mayor flexibilidad al acuerdo entre partes y especificar en detalle la estructura de la prestación deseada. Este esquema contrasta con las disposiciones de los servicios públicos, que generalmente carecen de un manejo rígido en el área de recursos humanos y de mecanismos de incentivos.

Cuando dos agentes entablan una relación económica que involucra compromisos a futuro, ambas partes normalmente firman un contrato o acuerdan de buena fe una serie de pautas que rijan la interacción futura. Idealmente, en este contrato se especifican las obligaciones de las partes involucradas ante cada escenario potencial. Sin embargo, la existencia de limitaciones de información favorece potencialmente al agente que cuente con mayor información relativa.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Como menciona la literatura económica, la presencia de esquemas de contratación entre prestadores y financiadores, cualquiera sea la naturaleza de cada uno de ellos, se encuentra asociada con la falta de información completa. Si bien usualmente el establecimiento de un acuerdo contractual se plantea como un mecanismo de control de costos, éste es en realidad

Esta falta de información impide medir la eficacia del desembolso realizado y ello, a su vez, influye sobre la estructura de costos. Uno de los métodos para lograr una mayor eficiencia en la asignación de recursos consiste en minimizar los costos para la prestación de un determinado paquete de servicios, pero su cumplimiento no puede ser perfectamente conocido.

La existencia de mecanismos contractuales basados en remuneraciones capitadas provee bajo ciertas circunstancias, de incentivos para una atención adecuada y con sesgos preventivos, en la medida que los agentes participen de un “contexto competitivo”. De no ser esto posible, el instrumento contractual deberá establecer mecanismos de seguimiento y evaluación que permitan cotejar experiencias similares, para establecer patrones de comparación y control del caso analizado. En la medida en que estos parámetros de seguimiento y control no puedan elaborarse, los prestadores bajo capitas probablemente recurrirán a la subprestación como mecanismo de maximización de sus beneficios, alejándose del objetivo de aumentar la cobertura. Es en este marco en que el diseño del paquete de servicios, elemento clave del segundo Componente, debe considerar las necesidades de fortalecimiento público previstos en el primer Componente del Programa. Si los indicadores a partir de los cuales se define el paquete de servicios no se encuentran bien definidos, ello influye no sólo en la calidad del costeo posterior, sino que amenaza la capacidad del Estado de convertir el instrumento seleccionado en una intervención eficaz.

Equemáticamente, las OEs establecen contratos con el sector público básicamente por tres razones: para cumplir con su misión social, para sostenerse a sí mismas financieramente y para ganar el reconocimiento del gobierno y la reputación social ante futuras iniciativas similares.

Asimismo, la presencia de OEs en la prestación de servicios de salud sugiere que, si bien la motivación económica se mantiene vigente en la función de la institución, ésta se complementa con metas sociales, de inserción comunitaria y fines altruistas.

Complementariamente, la estructura contractual genera obligaciones para el financiador, co-responsable del éxito de la iniciativa. Al contratar servicios, el Estado financiador comparte riesgos y responsabilidades con el proveedor que contrata. Los términos asociados con las características de la prestación de servicios, el nivel de precios, los costos administrativos y los costos de supervisión determinan cierta distribución del riesgo entre ambas partes. De este modo, un contrato constituye una responsabilidad para el comprador, en este caso el Estado Panameño, en la medida que supone la fijación de estructuras de pago que establezcan reglas claras de seguimiento y monitoreo de las metas sanitarias propuestas.

---

un subproducto del acuerdo (Maceira, 1998). Si existiera información completa entre actores, no serían necesarios mecanismos de seguimiento complejos ni estructuras de incentivos: la mera observación de los resultados de atención y la verificación de que éstos son el producto de una necesidad de cuidado manifestada y eficazmente tratada llevaría al pago por el esfuerzo realizado. Sin embargo, ello no es posible: el financiador no cuenta con posibilidades de saber si la necesidad de la población fue correctamente identificada y satisfecha, como tampoco si la atención fue excesiva o suficiente, en niveles de calidad razonables.

Las ventajas de diseño del Programa se basan en la perspectiva de focalización en individuos con altas tasas de necesidades básicas insatisfechas principalmente rurales e indígenas. Sin embargo, la efectividad del mismo descansa en complementar los pagos capitados con mecanismos de seguimiento que permitan comparar resultados entre instituciones, analizar desvíos en el desempeño relativo entre ellas y utilizar tal evidencia para reducir potenciales comportamientos oportunistas.

A partir de lo expresado, el presente análisis utilizará como uno de los ejes de trabajo la necesidad de plantear los conceptos de costos que se sugieren sean incluidos en la evaluación en términos de “bondad metodológica” de la propuesta, sino también incorporar al debate la necesidad de identificar la “bondad estratégica” de la misma. Se define como tal al modo en que el paquete propuesto cumple con los requisitos de alinear intereses, brindar información válida y fortalecer al sistema de salud y al papel rector del Ministerio.

### **3.2. Perfil Epidemiológico, Oferta Disponible y el factor Escala en la Estimación de Costos**

Dado este marco de referencia, las autoridades nacionales en las áreas de atención de la salud en general se encuentran ante un nuevo desafío. El mismo es como cubrir la brecha de cobertura todavía no alcanzada por las iniciativas llevadas a cabo hasta el presente, y ampliar el menú de servicios incorporados a los programas actualmente bajo desarrollo.

Para ello es necesario la elaboración de un plan que permita conocer con mayor precisión los costos incurridos por el Programa, de modo de establecer criterios de eficiencia en el uso de recursos, definiendo pautas para el análisis de los fondos adicionales necesarios para llevar a cabo la tarea planteada.

La presente sección tiene como objeto aportar al debate metodológico sobre las estructuras de financiamiento y costeo del Paquete Integral de Servicios de Salud, utilizando como insumos las experiencias documentadas por la literatura dentro de la región.

Este planteo propone algunos elementos a ser incorporados en la evaluación del PAISS panameño en términos del cálculo de costos unitarios por persona bajo programa, y que estos cálculos puedan expandirse a aquellos contingentes no alcanzados aún por la iniciativa.

Se propone entonces una clasificación simplificada de costos, similar a la utilizada en el documento bajo análisis. A diferencia de aquella, ésta sugiere que es necesario tomar en consideración no sólo la selección de un grupo de intervenciones seleccionadas y consensuadas, y obtener costos unitarios. Es pertinente establecer como las diferencias territoriales y de escala poblacional involucrada afectan al costo total y al costo medio, especialmente debido a las diferencias existentes en su distribución en zonas urbanas o rurales.

Este mecanismo permite acercarse más efectivamente a la estimación del concepto de costo unitario requerido, respetando características particulares, y brindando herramientas para la planificación sanitaria, especialmente en el marco de una estrategia de descentralización regional.

Así, es requisito analizar el modo en que cada insumo se comporta al interior del esquema de producción del paquete seleccionado, y que esta metodología pueda desarrollarse en cada uno de los niveles de planeamiento y ejecución del Programa, dependiendo de la organización específica de los servicios de salud del país. Claramente, los gastos en personal tienen un modo de “reaccionar” ante el aumento de la población cubierta, que no se asemeja a otros rubros tales como Publicidad y Promoción Social, o Costos de Entrenamiento y Capacitación. A su vez ellos presentan un comportamiento diferente de la evolución de otros rubros con respecto a la escala cubierta, tales como los Gastos en Logística, o Costos de Insumos.

Imaginemos dos regiones cualesquiera de un país donde se planea reducir la brecha de cobertura en salud. Es de esperar que si tanto el precio de las vacunas, como el salario del personal, los costos de insumos y demás gastos son iguales en ambas regiones, el costo marginal por atender a una persona adicional deber ser no sólo constante en ambas regiones –con respecto al valor histórico promedio-- sino que también debe ser igual entre ellos.

Sin embargo este no es necesariamente el caso, ya que existen gastos a considerar que no cuentan con una estructura lineal de cálculo. Tales costos son, por ejemplo, los gastos en comunicación social y propaganda, los gastos en combustible y amortización de equipos. Ello se debe a la presencia de diferencias geográficas que imponen distintos grados de accesibilidad a los centros de salud y a los hogares familiares, como también a la variabilidad de los costos de cobertura, cuando la estrategia sanitaria se basa en servicios móviles o domiciliarios (comparando zonas rurales con centros urbanos marginales, por ejemplo). De este modo, los costos marginales dependen de factores tales como relieve de superficie, infraestructura vial existente, vulnerabilidad de las zonas a diversos episodios climáticos, etc., estableciendo diferentes resultados de producción medidos en términos de la cantidad de población cubierta.

Como es simple de imaginar, los costos marginales de incorporar al sistema de salud a una población localizada en una región montañosa, selvática, o de difícil acceso será mayor a aquellos relacionados con residentes en una zona de llanura y próxima a medios de comunicación.

En todos estos casos, el costo marginal de prestar cobertura de salud a un ciudadano adicional es creciente, y por tanto la necesidad de financiamiento será superior a la multiplicación del costo unitario actual por la brecha. Sin embargo, pueden presentarse situaciones en que el aumento de la población permita generar economías de escala, reduciendo el costo medio. Como ejemplo de ello es posible mencionar el descuento obtenido por un aumento en el número de vacunas adquiridas, o el costo unitario relativamente menor asociado a la incorporación de una prestación adicional al programa ya

instalado, con una red de personal, infraestructura y gerenciamiento ya existentes. En estos casos, el costo marginal será menor al costo promedio histórico.

Otro grupo de factores que influyen sobre el cálculo de costos se asocia con las características de la población a ser cubierta. El nivel de educación, la estructura de ingresos y otras características de los hogares pueden considerarse determinantes de la cobertura de un programa, aumentando o disminuyendo la probabilidad de acceso a servicios. Estas diferencias son determinantes en la estructura de costos entre grupos, definiendo la necesidad de incurrir en gastos adicionales en comunicación social, transporte, personal, etc. Las barreras idiomáticas o culturales en aquellas zonas no cubiertas por los programas tradicionales son claros ejemplos de aumento de costos marginales debido a factores asociados con características de la población.

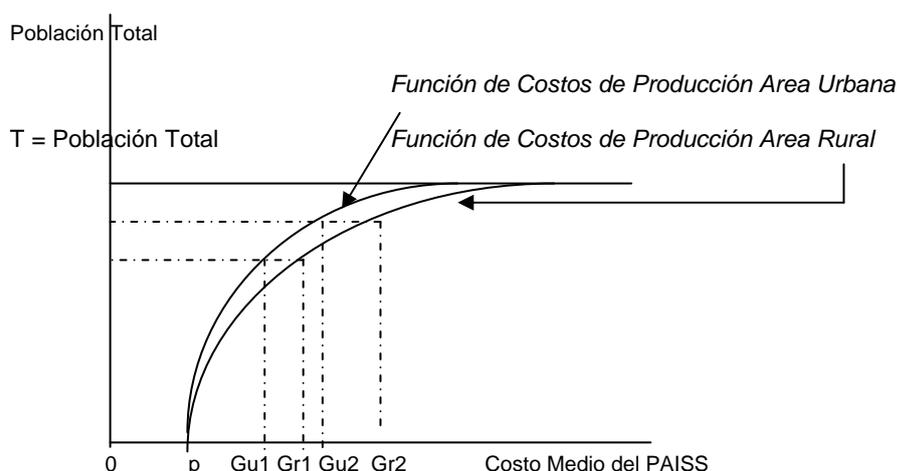
Planteando el conjunto de factores de un modo simplificado, el PAISS enfrenta una función de costos en la producción de sus servicios compuesta por un tramo lineal y otro desconocido no lineal, que requiere de un proceso de estimación. La función es del tipo:

$$C = p * x + f(x)$$

donde “C” es el Costo Directo Total, “p” representa todos los costos de personal y demás insumos materiales considerados como fijos para el cálculo, “x” es la cantidad de personas a cubrir, y “f(x)” se encuentra constituida por aquellos costos más complejos asociados con distribución geográfica, nivel de riqueza y educación por mencionar algunos de los factores descriptos anteriormente, y que influyen en las economías o des-economías de escala. Este rubro incluye asimismo la amortización de equipos y vehículos.

Gráficamente se presenta la comparación de costos hipotéticos en dos regiones con similar población, donde una de ellas es netamente urbana en tanto que la segunda es mayoritariamente rural. En el eje horizontal se establece el costo del paquete, en tanto que el eje vertical se muestra el porcentaje de la población cubierta. La línea horizontal “T” define el objetivo final a ser alcanzado: el 100% de la población residente.

A modo de ejemplo se dibujan dos curvas simplificadas de costos de producción de los servicios que forman parte del PAISS para las áreas urbana y rural. La forma de las curvas asumen la existencia de rendimientos decrecientes diferentes entre regiones, aunque ambas sean producto de actividades similares, tales como combustibles, comunicación social, etc. Sin embargo, alcanzar un porcentaje de cobertura idéntica en ambas regiones implican grados de dificultad relativa diferentes, con un aumento relativamente mayor en el costo marginal por persona cubierta del área rural. Esta diferencia para una tasa dada de cobertura,  $I_A$  en el eje horizontal, es de  $G_{R1} - G_{U1}$ , medido en el eje horizontal. Esta brecha de costos unitarios se incrementa en la medida que el objetivo es más ambicioso (para  $I_B\%$  de cobertura, la brecha de costo unitario por niño inmunizado es  $(G_{R2} - G_{U2}) > (G_{R1} - G_{U1})$ ).



La ordenada “p” es definida por los costos fijos por individuo bajo Programa, interpretándose que una función con costos de producción con mayor valor “p” es aquella con menor capacidad relativa de acceso, o relativamente más costosa estructura de gestión.

En la sección quinta, y en base a estos elementos, se propone un ejercicio que compara, por rubro de costos, la evolución esperada en base a las experiencias de costeo y los datos que surgen de la estimación bajo análisis.

### 3.3. Construcción de una Matriz de Indicadores para el Seguimiento de Programas

El objetivo del presente trabajo es el de introducir lineamientos básicos de la discusión metodológica sobre indicadores del sector salud que sirva de base para su seguimiento y evaluación. Tres argumentos fundamentales son introducidos:

- (a) la tarea de seguimiento y evaluación de la reforma constituye un elemento primordial de la misma reforma, en tanto que permite documentar la dirección y la intensidad de los cambios promovidos, a la vez que es la herramienta que identifica los éxitos y los inconvenientes de implementación, permitiendo la retroalimentación del proceso de cambio,
- (b) desde el punto de vista metodológico, los indicadores de reforma no son sinónimos de indicadores de salud, ya sean ellos de resultados o de procesos. Un cambio en los indicadores de salud no necesariamente se encuentran asociados con las reformas llevadas a cabo: se requiere conocer la influencia que ella tiene sobre los resultados observados, a fin de establecer su efectividad. Este aspecto es especialmente importante en los casos en que la reforma cuenta con varios componentes -a fin de identificar el impacto de cada uno-, y especialmente en contextos socioeconómicos cambiantes, donde aspectos externos al sistema de salud y su reforma tienen enormes influencias en los resultados del sector (ejemplo: desastres naturales, fluctuaciones macroeconómicas, epidemias, etc.).

- (c) la implementación de un sistema de seguimiento y evaluación de la reforma en salud es un proceso iterativo, que requiere de un fuerte apoyo político-institucional. Este proceso de implementación incluye un sinnúmero de elementos a tomar bajo consideración, que se extienden desde el análisis de la calidad de los datos recogidos y la precisión de los indicadores seleccionados, hasta el conocimiento de los incentivos políticos y económicos presentes en las instituciones de salud para generar y compartir la información recogida.

El objetivo de diseñar un sistema de seguimiento y evaluación en el caso del PAISS en Panamá es no sólo contar con un grupo de indicadores que reflejen la evolución de los resultados del sector, sino también los cambios ocurridos a partir de la implementación del programa y durante el transcurso del mismo. Dado que una reforma del sector salud cuenta con diferentes componentes – descentralización, participación del sector privado, cambios en mecanismos de pago, etc.- todos ellos dinámicos, es importante, desde la perspectiva de política pública, poder identificar las causas que provocaron esos cambios y actuar sobre ellas. Mas aún, y considerando que el modelo PAISS de Panamá cuenta con un paquete básico y distintas intervenciones por región implementadas por OEs alternativas y bajo diferentes escenarios, es relevante identificar indicadores claros que permitan un seguimiento comparativo en el tiempo del desempeño de cada prestador bajo su contexto geográfico. De este modo, no sólo será posible brindar mayor precisión a la medición de impacto, sino que fortalece la capacidad institucional del Estado de monitoreo y seguimiento. Estos indicadores deben cumplir con ciertos postulados. Ellos son:

- 1.- La *jurisdicción* de su recolección debe ser *consistente* (información a nivel público nacional, departamental, municipal, de servicios de salud, de seguridad social, del sector privado). Adicionalmente, su recolección debe ser *periódica* a fin de poder elaborar comparaciones temporales.
- 2.- Los indicadores deben ser *unívocos*, es decir, que no den lugar a dobles interpretaciones.
- 3.- Los indicadores deben ser *factibles*, es decir, que sean posibles, económicos y sencillos de recolectar, en función de los recursos y la experiencia de recolección de datos del organismo a cargo.
- 4.- Los indicadores deben ser *adaptables a un contexto dinámico*, característico de una reforma en salud. En la mayoría de los casos, los procesos de reforma se realizan en etapas sucesivas, y el indicador debe estar diseñado de modo de incorporar esos cambios. Ejemplo: funciones de un organismo descentralizado.

En la medida que estos criterios no se cumplan, la tarea rectora del Estado se dificulta. Un indicador difuso elimina la capacidad de comparación entre regiones y OEs, e impide un seguimiento de los contratos firmados. De ser así, la efectividad de los modelos capitados se minimiza, poniendo en riesgo no

sólo el objetivo de equidad de la iniciativa, sino también la eficiencia en el uso de recursos comprometidos.

#### **4- Análisis del Diseño y Costeo del Programa**

A partir de los tres ejes enunciados (paquete como mecanismo de seguimiento del contrato con las OEs, capacidad de definir y monitorear indicadores consistentes y capacidad de captura de diferencias de costos entre regiones), en esta sección se comenta en detalle los resultados propuestos por la metodología aplicada por Ma y Saint-Pierre para Panamá.

##### **4.1. Marco de Análisis**

El estudio de estos autores utiliza como guía de trabajo un grupo de etapas de diseño de paquetes, cuyo modelo fue aplicado por Bitrán y Asociados en varios países de la región. El planteo incorpora una secuencia razonable para llevar a cabo la tarea de identificación de paquete y costeo. En ellas, resumidas en la Figura 1 del documento de Má y Saint-Pierre, se identifica en primera instancia el diseño del modelo de atención, que se presume considera la estrategia de reforma, y el papel que desempeña el paquete a ser costeado dentro del modelo global de la iniciativa. En esta etapa se espera puedan identificarse la asociación entre el primer componente del Programa (fortalecimiento del papel del Estado en rectoría) con los restantes dos, siendo uno de ellos el diseño del paquete.

De todos modos, el documento no hace referencia a este aspecto. Este primer paso en el diseño no parece totalmente desarrollado, al menos a partir del análisis del documento y de la información provista sobre el Programa. El establecimiento de un mecanismo de participación privada sin fines de lucro en la provisión de bienes y servicios de salud a poblaciones pobres, rurales y de alta participación de grupos originarios es normalmente abordado por prestadores públicos directamente. La iniciativa de utilización de recursos existentes en el sistema, fuera de la órbita estatal ha sido parte de las iniciativas de reforma de sistemas de salud relativamente recientes en la región latinoamericana. En estos casos, se vincula con la posibilidad de identificar y llevar a cabo prestaciones a partir de recursos complementarios a los existentes en el sector público, los cuales son más flexibles en cuanto a mecanismos de contratación y modos de pago.

El uso de prestadores independientes implica el desarrollo de un proceso de asociación pública-privada donde el financiamiento y la prestación de servicios definidos se encuentra en diferentes manos. Ello, al menos en una primera instancia, define un mayor interés en el desarrollo de mecanismos de monitoreo. Sin embargo, y como fuera discutido en la primera parte de la sección previa, requiere del diseño de contratos entre las partes que procuren alinear los intereses de todas ellas.

Tal contrato se instituye bajo una serie de variables, donde el tipo de mecanismo de pago (salario fijo, capita, presupuesto techo, pago por prestación, o una combinación de dos o más de los anteriores), por una parte, y el paquete de prestaciones a ser desarrollado, son dos de sus ingredientes, probablemente los más relevantes. De este modo, el diseño del paquete “dispara incentivos” por parte de los futuros prestadores. De ahí la relevancia de identificar las características del modelo con el proceso de fortalecimiento institucional.

A continuación, el trabajo propone la formulación de un listado de prestaciones potenciales y la selección de aquellas que efectivamente serán incluidas en el paquete, mediante una convocatoria amplia a funcionarios y expertos. Estas instancias requieren, de acuerdo con el espíritu del Programa, de una selección específica por área de aplicación, que al menos contemple tres grupos poblacionales (rurales, componente étnico, y población urbana marginal). Tales prestaciones deben permitir el seguimiento de una serie de indicadores que servirán de base para la evaluación del Programa, y mencionados en la segunda sección de este reporte.

Sin embargo, del análisis del documento, y especialmente del Anexo 3, que presenta las planillas de cálculo de costos, no se observan diferencias entre áreas programáticas (sólo surge la necesidad de incorporar una intervención diferenciada). Ello permite considerar la necesidad de detallar la relación entre intervenciones proyectadas y perfiles sanitarios y epidemiológicos prevalentes, como así también en las diferencias de costos entre ellas.

Los costos cuentan con dos instancias secuenciales de diferenciación, más allá de las características de las intervenciones incluidas en los paquetes. La primera de ellas se asocia con los precios relativos en cada área bajo programa. En cada región pueden encontrarse variaciones de costos de insumos (físicos y humanos) en términos de escasez, y diferenciales de calidad y acceso, que debieran ser incluidos en la formulación de los costos.

En segundo lugar, la presencia de diferentes escalas poblacionales lleva a que cada uno de los insumos se comporte diferente en términos de costos unitarios, dependiendo del número de intervenciones a ser desempeñadas, como fuera mencionado en la sección anterior.

Los aspectos tercero (selección de prestaciones) y cuarto (formulación de protocolos de prestaciones) del diseño propuesto son adecuados, en tanto recogen los conocimientos y experiencias de los actores involucrados. Ello permite identificar aquellas prestaciones relevantes para el desarrollo del programa. Lamentablemente, el documento no provee información sociosanitaria y epidemiológica existente que apoye la selección de intervenciones surgidas del mapeo de actores realizado.

En cuanto al segundo factor (la formulación de protocolos), permite en principio desagregar cada una de las prestaciones seleccionadas a fin de sistematizar el conocimiento sobre cada una de ellas. Ello facilita su costeo posterior, e identifica, idealmente, aspectos críticos de cada una de estas intervenciones. A

partir de allí sería posible seleccionar eventuales trazadores de proceso para utilizar en el diseño de herramientas de seguimiento y evaluación, especialmente dada la naturaleza de la intervención (contratos individuales capitados, con dificultades de seguimiento).

Como fuera planteado en la página anterior, el Programa asume que en cada departamento se posibilitará la diferenciación de paquetes, como así también la participación de miembros de la comunidad en los mecanismos de priorización, elemento también presente en los fundamentos del proyecto. A lo largo del documento de costeo no se precisan los mecanismos propuestos para ser llevados adelante en el desarrollo conjunto de ambas tareas (diferenciación y participación social).

Posteriormente, en las etapas quinta y sexta se propone identificar los modos de implementación y gestión del PAISS, en cuanto a la selección de los recursos humanos a ser involucrados, para luego pasar a la etapa de costeo, estudio de efectividad (que surge del tercer paso de este proceso), para finalizar con el análisis de impacto.

#### **4.2. Selección del Paquete Básico**

En el punto 2.1. los autores reconocen la presencia de diferencias en la gestión de los paquetes a ser brindados, en función de características de urbanidad/ruralidad. En el primer caso, la atención es posible que gire en torno a actividades desarrolladas en centros fijos de salud, en tanto que se prevé la presencia y necesidad de equipos itinerantes en el caso de población dispersa y rural. Si bien no se descarta en este documento la posibilidad de utilizar estas herramientas de alcance (equipos itinerantes) también en las áreas urbanas, no se identifican diferenciales de costos entre paquetes asociados con estos aspectos.

Particularmente, y dado que la iniciativa se propone aumentar cobertura, se entiende que aún en las zonas urbanas potencialmente involucradas, el tratamiento basado en los mecanismos usuales de autoselección y consulta no resultaron eficaces. De otro modo, estas localidades no estarían siendo incorporadas al Programa.

Por ello se sugiere incorporar elementos de “acción fuera de los establecimientos de salud” también para este tipo de regiones, mediante campañas, visitas a escuelas, etc. Fallas en esta dirección podrían limitar la efectividad de un instrumento técnicamente bien diseñado en términos de las intervenciones incorporadas.

En términos de la selección de intervenciones para la confección del PAISS, Ma et al parte de una discusión inclusiva sobre las actividades a ser incorporadas, para luego proceder a seleccionar aquellas que finalmente forman parte de la iniciativa.

Se comparte con los autores la valoración de la presencia de actividades vinculadas con la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. En el documento, asimismo, se mencionan criterios usuales para establecer una selección de prestaciones (pertinencia, eficacia, eficiencia, factibilidad, equidad de acceso, calidad de proceso, impacto en salud, participación social, perfil epidemiológico y costo). Algunos de ellos se superponen, en tanto prevalencia y perfil epidemiológico refieren al mismo concepto, como también existe superposición entre eficiencia e impacto en salud. En otros casos, su inclusión es poco relevante para los fines de este paquete (por ejemplo, el concepto de equidad en acceso, si bien indiscutible, es previo a la definición del paquete, en tanto los grupos poblacionales a ser focalizados son identificados previo al diseño del mismo).

De todos modos, y evitando tales superposiciones, los criterios establecidos son adecuados, reflejando los elementos usuales a ser considerados en una identificación de prestaciones a ser incluidas en un programa de este tipo.

Se sugiere para futuras mediciones, prestar especial atención al tema de factibilidad desde una perspectiva de incentivos. Dicho de otro modo, y en base a lo discutido en secciones previas, es importante condicionar, a partir de las “señales” enviadas mediante el programa, la forma de contratación y los mecanismos de monitoreo y control, de modo de establecer si el Programa diseñado permitirá hacer factible los objetivos propuestos por la iniciativa.

### **4.3. Estimación de Costos**

La sección 2.6., a través de su Figura 4 presenta el proceso de estimación de costos. Se separa la estructura de costos en siete grupos: costos indirectos fijos y variables, costos directos fijos y variables, inversión inicial, gastos de contratación y costos no considerados.

Llama la atención que en el primer rubro (costos indirectos fijos) se incorporen remuneraciones de funcionarios del ministerio central y las regiones, cuyos salarios forman parte de la operatoria normal del sistema de salud panameño. Si bien es razonable considerar la incidencia de la ejecución del programa en la carga de trabajo de estos funcionarios, se asume que los mismos no forman parte de la capita que será abonada a las OE, ni del proyecto en su conjunto.

No existe objeción en cuanto a los ítems incluidos en los rubros “costos indirectos variables” y “costos directos fijos”, en tanto ambos son resultado de la actividad propia de los equipos de salud y las organizaciones que se encuentran a cargo de la prestación del paquete.

En cuanto a los costos directos variables, los mismos constituyen, en base a la experiencia internacional en este tipo de iniciativas, uno de los componentes clave en la eficacia del programa. Ello es así en tanto la presencia o ausencia de insumos, medicamentos, vitaminas y vacunas genera en los pacientes una señal de calidad de la prestación, siendo ella real o percibida (es decir, no necesariamente real).

A pesar de ello, en muchos casos constituye un elemento básico en la captación de población demandante, en tanto muestra que no es necesario incurrir en gastos extra más allá de los costos de tiempo y espera para acceder a la consulta. Ello es particularmente importante en los rubros de medicamentos, en general un componente preponderante en los gastos de bolsillo de las familias.

La falta de un cálculo aproximado de los medicamentos ambulatorios, exceptuando antibióticos y analgésicos remite a dos posibles situaciones: (i) la marginalidad de sus costos, lo que se sugiere incorporarlos, de cualquier modo, a una versión más desarrollada del paquete, y/o (ii) la falta de un estudio aproximado de carga de enfermedad, que permita ponderar las intervenciones a ser cubiertas por el programa por su probabilidad de ocurrencia.

En ambos casos, el efecto sobre los prestadores (OE) es significativo, en tanto, al menos de lo que surge del documento analizado, no es reembolsado por el Programa. Ello brinda señales no deseadas en su desarrollo, en tanto desincentivan la identificación y tratamiento de ciertas patologías, atentando contra la efectividad del paquete. Complementariamente, y dado el grupo de indicadores a ser utilizados en las estrategias de seguimiento, impedirían una correcta captación de casos tratados, necesidades cubiertas, y brechas de cobertura no atendidas por la iniciativa, que no serán documentadas. Ello, a su vez, podría afectar la capacidad de control y cálculo de efectividad del Programa por parte del Ministerio de Salud, el cual constituye el eje central del Componente 1 de la iniciativa.

El planteo asociado con el rubro “Inversión inicial” debiera ser clarificado. El documento, en su página 15, menciona que se incluyen en este rubro “el recurso físico necesario para el ES itinerante pueda proveer los servicios. Se estima, además, una cantidad correspondiente a la depreciación de estos equipos, la cual se considera dentro de los gastos recurrentes anuales”. Se presume entonces que los ES cuentan con los vehículos y equipamiento para llevar a cabo su labor, y por tanto no requieren ser adquiridos. De ser así, su amortización es el único rubro a ser incluido en el costeo. Incluso en el caso en que tal equipamiento no se encontrara disponible al inicio del Programa, el mecanismo de asentamiento sería el mismo (mediante tasas de amortización).

Dicho de otro modo, la amortización no se incluye “además” de la compra del equipamiento, sino como modo de establecer una secuencia de uso a lo largo de la vida útil del mismo. Más allá de ello, se sugiere en futuras estimaciones de costos del paquete, establecer quien es la institución a cargo de los derechos residuales de las inversiones realizadas, a fin de mejorar el mecanismo de costeo de tales rubros.

Finalmente, y a fin de mejorar posteriores mecanismos de costeo, se propone avanzar en el rubro “costos no considerados”. Si bien puede aceptarse la idea de que cada familia se hace cargo de identificar modos de financiamiento de los traslados asociados con referencias de pacientes a un segundo nivel, o de emergencias médicas, se propone facilitar a la población la prosecución de

estas tareas. Un mecanismo posible es mediante la institución de un premio por identificación de pacientes con necesidades de ser transferidos, a ser abonados a los equipos itinerantes y las OE.

Ello permitirá mejorar los registros, asociar más directamente el paquete con las necesidades de la población, y encontrar un modo sencillo de “capturar” buen desempeño de los prestadores vinculados a la iniciativa. Así, la oportunidad de la derivación (dicho de otro modo, la capacidad demostrada por el prestador para identificar la necesidad) se corresponderá con un registro en el centro receptor de la derivación, reduciendo el costo directo de las familias.

#### **4.4. Selección de Población Beneficiaria**

El proyecto propone identificar tres grupos a ser cubiertos: poblaciones rurales indígenas, poblaciones rurales no indígenas, y poblaciones urbanas marginales. Se plantea en la sección 2.7., que los dos primeros casos serán cubiertos por equipos itinerantes, ya sean ellos dependientes de OEs o del Ministerio de Salud, planteando que se evitarán superposiciones. Ello facilitará la evaluación posterior de desempeño entre ambos. A pesar de ello, no se identifica la estrategia a seguir con respecto al tercer grupo (urbano marginal).

La Tabla 1 de esta sección muestra los criterios de selección de comunidades beneficiarias. Los mismos resultan adecuados, en tanto priorizan grupos rurales, indígenas, con acceso geográfico difícil a servicios de salud, premiando la organización comunitaria y la inexistencia de experiencias previas. El componente de mayor importancia es el de pobreza, que pondera 3,3 veces más que cualquier otro indicador considerado.

#### **4.5. Resultados del Cálculo de Costos**

En esta subsección se discuten los resultados alcanzados en la medición de Costos del PAISS, discutidos en la Sección 3 de Ma et al.

Se plantea que la provisión del PAISS se lleva a cabo mediante EIS, cuya composición es de un médico, dos auxiliares de enfermería y un educador de la salud, con cobertura de aproximadamente diez mil personas, con visitas de ocho veces al año, en base al calendario de vacunaciones.

En las poblaciones rurales de difícil acceso, la prestación del PAISS estará a cargo de OEs. De acuerdo con lo enunciado en la página 26 del documento, los mecanismos de selección, contratación, estimación de montos de contratación y facturación fueron realizados por otro estudio, a cargo de Carlos Vergara. Ello permite inferir que el análisis de costeo no consideró los modos de contratación de OEs, llevando a potenciales déficits de coordinación de los objetivos de los Componentes 1 y 2 del Programa. Asimismo, esta distribución de tareas impide visualizar si efectivamente el contrato realizado a OEs incluyó o no los montos asociados con costos incurridos a nivel ministerial y público.

De los talleres con expertos se accedió a un listado de 34 intervenciones, las que fueron “ranqueadas” en función de las prioridades definidas por los participantes de los talleres. De esta actividad surgió un ordenamiento, que llevó a una posterior re-clasificación y nuevo ejercicio de priorización, en función de los perfiles epidemiológicos de la población a ser cubierta.

Finalmente se arriba a un paquete de nueve intervenciones básicas, de las cuales tres corresponden a actividades de promoción de la salud (educación en saneamiento ambiental, educación alimentaria nutricional y organización, capacitación y asesoría a los comités de salud), tres intervenciones vinculadas con prevención (inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo a niños menores de cinco años, y control prenatal) y tres vinculadas a la atención (del parto, de la morbilidad, y al déficit de micronutrientes a menores de cinco años). Sobre tales intervenciones, cada región identificó una actividad específica (control y tratamiento de leishmaniasis en cuatro regiones, consejería en salud sexual y reproductiva en tres casos, control y evaluación escolar y adolescente en dos casos, violencia familiar en dos casos, etc.).

La principal limitación del estudio es la falta de información básica para la construcción de indicadores de costo y de efectividad en Panamá. De acuerdo a lo enunciado por el equipo que preparara el costeo, “dadas las restricciones de tiempo y de financiamiento”, se debió recurrir a indicadores de costos y efectividad surgidos por la literatura internacional para países en desarrollo de características similares a Panamá. Se sugiere fuertemente avanzar en un estudio local, al menos de carácter simplificado, a fin de convalidar los supuestos sobre los cuales se realizó el trabajo analizado. A pesar de ello, las referencias del trabajo no incluyen la bibliografía utilizada para llevar a cabo la extrapolación propuesta.

El trabajo no separa entre población rural indígena y no indígena, en términos de paquetes diferenciales, como tampoco establece la presencia de barreras culturales o idiomáticas que potencialmente pueden surgir al momento que las OEs debieran implementar el PAISS en las áreas indígenas y que pueden llevar a generar una diferencial de costos entre paquetes.

No se plantean diferencias entre capacidad de cobertura de 10.000 personas entre áreas rurales y urbanas, o dificultades de acceso diferencial del EIS entre poblaciones rurales indígenas y no-indígenas.

Se presume la captación de un voluntario cada 250 personas, sin identificar los costos asociados con búsqueda y capacitación de tales individuos. El único componente de capacitación explicitado en el diseño bajo análisis corresponde a erogaciones a ser realizadas supuestamente por el Estado, incluidas en la Tabla 10 de la página 27. Dada la falta de apertura de la misma, no se identifica si el valor consignado corresponde al rubro voluntariado. En todo caso, y dado que tales costos deberían ser realizados por las OEs, se presume que no necesariamente son los mismos. Asimismo, en el documento analizado se asume que la identificación de candidatos para estas tareas es sin costo.

A pesar del proceso secuencial de priorización, el documento finalmente presenta en la Tabla 8 de la sección 3 un cuadro donde, de acuerdo a los autores, muestra el cálculo de un PAISS de 19 actividades, en vez de las nueve que se alcanzaron al final de la sección previa. Adicionalmente, no se presenta la metodología por la cual se arriba a los valores consignados en la tabla, restando capacidad de evaluación al consultor.

A modo de ejemplo, en tanto no existe una desagregación de los protocolos alcanzados, no resulta viable establecer para cada una de las intervenciones seleccionadas por el paquete, si los costos en medicamentos son adecuados, o si los viáticos finalmente consideraron la adquisición de servicios o el traspaso de recursos (botes, mulas, etc.) por parte de la autoridad pública.

Asimismo se presume, aunque no se hace explícito en la Tabla 8, que los gastos incluidos en el rubro “Remuneraciones y Viáticos” incluye sólo a aquellos pagos a ser efectuados a las OEs, o bien involucra los gastos directos asociados con la administración pública. Aparentemente sólo involucra los primeros, en la medida que la remuneración a la UCP y a los funcionarios públicos fueron considerados como “Gasto fijo indirecto”. Sin embargo, no existe modo de definir las fuentes de cálculo de esa línea.

De este modo, no existe información provista por el documento que permita conocer los mecanismos de costo por actividad, ni las fuentes de información que permitieron realizar los cálculos, como tampoco los verdaderos alcances de cada línea presupuestada finalmente incluida en la Tabla 8.

Adicionalmente, al final de la sección 3.4. (página 27), el documento incluye fuera de costeo dos líneas adicionales: la inversión inicial para equipo médico y vehículos, y los asociados con administración, control y capacitación.

Con respecto al primer punto, se presume, aunque debiera verificarse con los autores, que las erogaciones de B28,157 son realizadas por las OEs, y su amortización es aquella incluida en la Tabla 8. Sin embargo, no existe registro de que el valor unitario amortizado de ese monto se corresponda con los B0.06 asentados en la misma. De hecho, la división de el total mencionado por cuatro años para diez mil beneficiarios arriba a un valor de B 0,7039, sin incluir material médico.

Una estimación alternativa, con una tasa de amortización de quince años, suponiendo que la inversión de las OEs se amortiza más allá de la vida del Programa y que son las OEs quienes mantienen la propiedad del equipo, lleva a un costo unitario a 0,17, bajo el supuesto de tasa constante de amortización.

El gasto indirecto en personal, separado del cálculo de la Tabla 8, hace presumir que los mismos no fueron incorporados al “costo directo” del paquete, quedando pendiente conocer la fuente que lleva a alcanzar los valores proporcionados.

Un elemento adicional a considerar es el enunciado en el punto 3.3.(b) del estudio de costos. El mismo dice que “existe el antecedente de provisión de

servicios de salud para algunas comunidades alejadas de los establecimientos de salud del MINSA, que han sido atendidas por giras integrales organizadas por el personal MINSA. Lamentablemente muchas de las programaciones no se cumplen en cantidad y variedad de atenciones por falta de financiamiento de viáticos, alquiler de transporte (mulas, caballos, botes, etc.), insumos médicos, etc.”

Este párrafo muestra una marcada debilidad del costeo, en la medida que se menciona la voluntad de contratar a OEs para la prestación de servicios rurales de escaso acceso. Salvo que exista una transferencia de recursos desde el MINSA hacia las instituciones contratadas, la tarea a ser desarrollada por las OEs requerirá de incurrir en costos no considerados en el planteo original.

Nuevamente en la página 26, el último párrafo de la sección 3.3. lleva a dudas acerca de las fuentes de financiamiento de la iniciativa, y de la exclusividad de las OEs en la prestación de servicios con exclusividad en las áreas definidas. En tal dirección, la Tabla 12 de la página 28 se antecede de un párrafo que establece “la muestra el resumen (sic) de los resultados para la población beneficiaria potencial para la modalidad de aporte financiero para giras integrales con personal del MINSA. Se prevé beneficiar a personas el primer año”.

En la página 28, y bajo la Tabla 11 (“Población beneficiaria potencial para contratación de OEs”), se diferencia los grupos rurales (indígenas y no indígenas) de las áreas urbano marginales, donde, a pesar de lo establecido en el Componente 2 del proyecto, los servicios a contratar (última columna) quedan fuera del ámbito del PAISS, recayendo en “Consejerías y Charlas sobre violencia intrafamiliar”.

#### **4.6. Costo Efectividad y Definición de Intervenciones**

Bajo el título “Análisis de costo-efectividad, se analiza el impacto potencial del Paquete seleccionado. Se presenta como primer elemento a considerar en la evaluación la falta de información en el país para la realización de este tipo de estudio. A partir de ello Ma et al sugirieren utilizar información surgida de la literatura internacional, la cual no es citada.

Un avance en esta dirección para futuros esfuerzos de costeo es incorporar la data disponible actualmente sobre carga de enfermedad que surgen de los “Indicadores básicos de salud: Panamá 2006” y anteriores, producidos por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud del país, y disponibles mediante internet.

El listado de actividades finalmente seleccionadas para formar el paquete del Programa es pobremente definido en el trabajo. Como ejemplo, no se especifica el tipo de intervención asociada con “Educación para el saneamiento ambiental” o “Educación alimentaria nutricional”, limitando su capacidad de costeo.

Considerando que los mecanismos de pago a las OEs estarán vinculados al cumplimiento de ciertas actividades, y dada las características de la prestación de servicios de salud, las mismas son complejas de monitorear. Por ello, se hace preciso establecer trazadores mensurables de tales actividades. En la misma dirección, actividades asociadas con prevención, tales como “Control de la calidad de agua y afluentes”, “Control de la disposición de excretas” o “Control de la disposición de basuras”, requieren de indicadores específicos de medición. Asimismo, y una vez identificados, es relevante considerar la capacidad de análisis y acción del Programa de la información recibida, a partir del cual se actúa sobre el estado de situación encontrado.

Finalmente, se sugiere en futuras mediciones del paquete, establecer las razones por las cuales los costos directos fijos, y especialmente los indirectos no son incluidos en el cálculo de costo-efectividad. Su no inclusión subestima los gastos del Programa y limita la información para la toma de decisiones.

## **5. Simulaciones de Costos**

Como aporte al mejoramiento del costeo del PAISS, y en base a la información existente para el país, ya sea a través de fuentes oficiales o mediante data suministrada por el documento bajo análisis, en esta sección se presentan dos ejercicios.

El primero de ellos propone mostrar cómo las características de la oferta del sistema de salud panameño, por regiones, junto con algunos indicadores seleccionados de necesidad en el sistema de salud, pueden colaborar en la definición de áreas bajo Programa. Este mecanismo u alguno similar, ajustado a las características específicas de las áreas de influencia de las OEs, posibilitarían complementar la información surgida de técnicas cualitativas tales como el análisis de expertos o mapeos de actores, utilizados en el trabajo de Ma y Saint-Pierre.

El segundo ejercicio muestra la información de costos unitarios por línea presupuestaria por región bajo Programa, sugiriendo las limitaciones de la metodología de costos medios empleada en tanto no considera efectos de escala y densidad poblacional, lo que permitiría incorporar información adicional para la toma de decisiones.

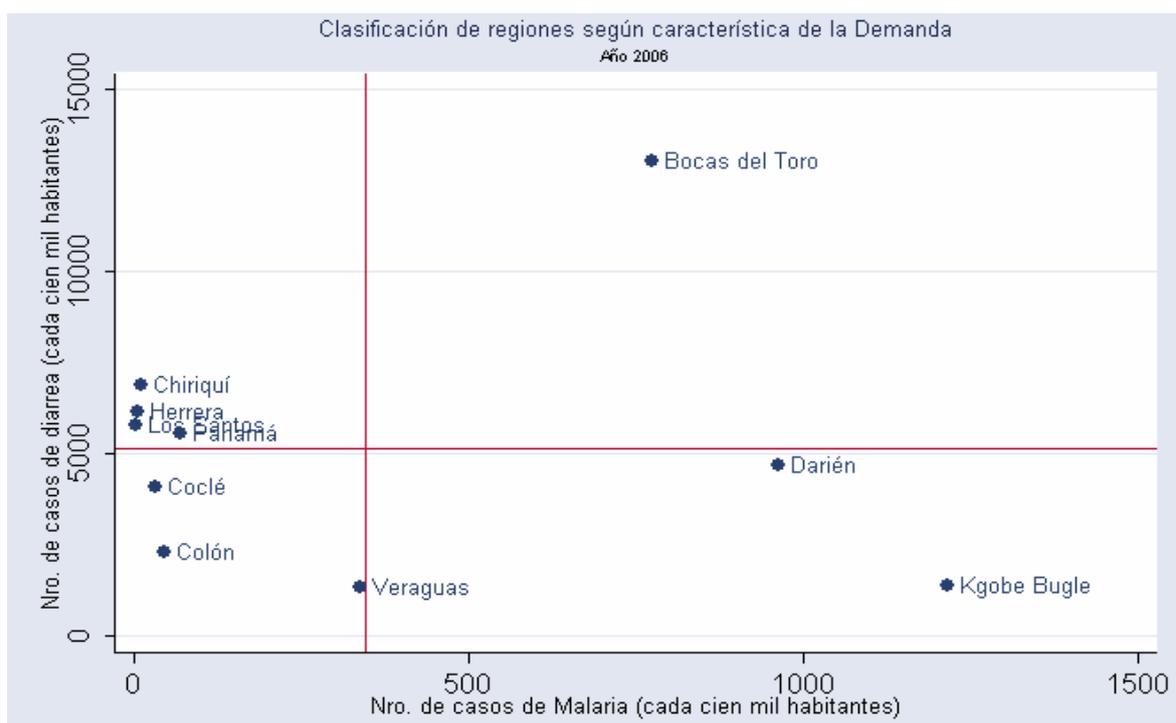
En todo caso, los ejemplos son sólo a fines ilustrativos. Planteos similares podrían desarrollarse a partir de información desagregada proveniente de los *records* acumulados por el Programa a lo largo de su ejecución.

### **5.1. Oferta Disponible, Necesidades y Brecha de Cobertura**

El primer Cuadro muestra, para cada una de las regiones de Panamá, y para el año 2006, la combinación de dos indicadores tipo de necesidad asociado con perfil epidemiológico. Sobre el eje vertical se asienta el número de casos de diarrea identificados cada diez mil habitantes, en tanto que el eje horizontal

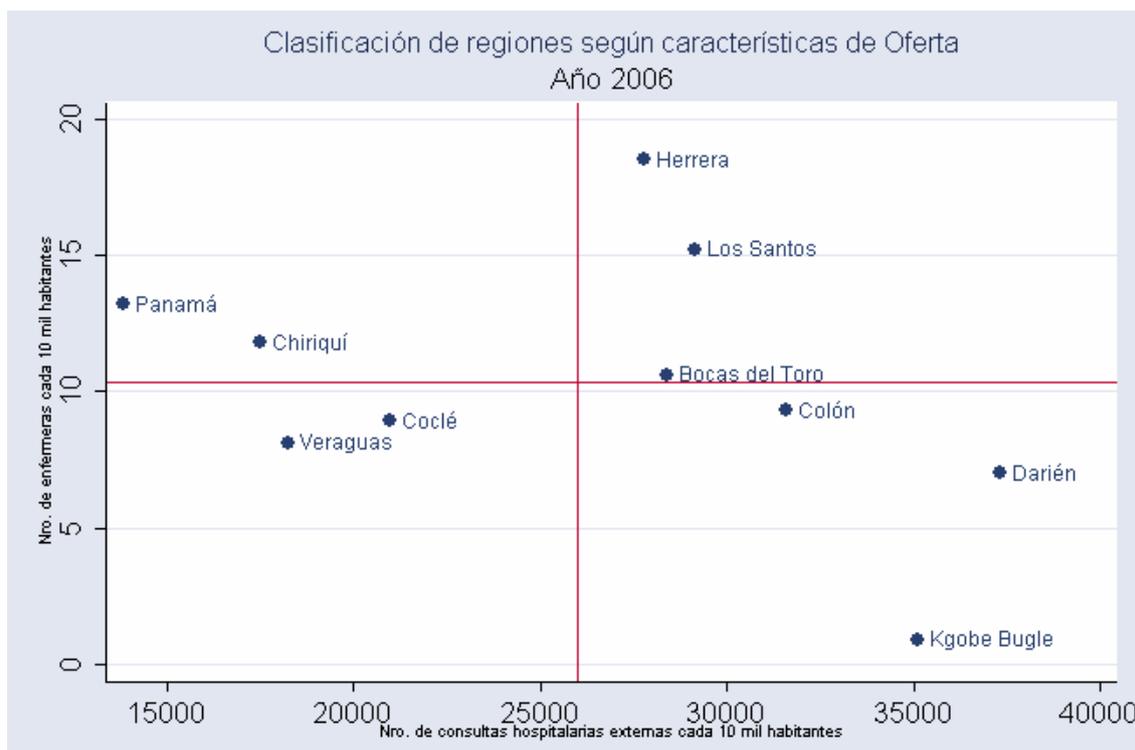
muestra, para la misma proporción, el número de casos de malaria. De acuerdo al “Informe de Salud de Panamá” (OPS, 2006), estas patologías constituyen las dos de mayor incidencia en el país, dentro del grupo de las enfermedades infecciosas y transmisibles.

Tomando como parámetro las medias de cada indicador, el Cuadro queda separado en cuatro secciones. La sección noreste, en la que se encuentra Bocas del Toro, constituye la peor posicionada en términos de perfil epidemiológico, en tanto se encuentra por encima de la media nacional en ambos tipos de incidencia. Opuesta por el vértice, la sección sudoeste incluye a los departamentos de mejor desempeño: Coclé y Colón, y marginalmente Veraguas. Dada la mayor incidencia relativa de la diarrea sobre la malaria, el cuadrante noroeste, donde se encuentra la ciudad capital del país, es la segunda peor zona, desde una mirada de necesidades de la población. Claramente este ejemplo definido a nivel provincial, cuenta con la limitación de asignar homogeneidad al interior de cada una de ellas, impidiendo mostrar diferencias a niveles de administración locales. En la medida que se acceda a información específica por región cubierta o comarca, el detalle del análisis puede profundizarse, ganando capacidad de análisis.



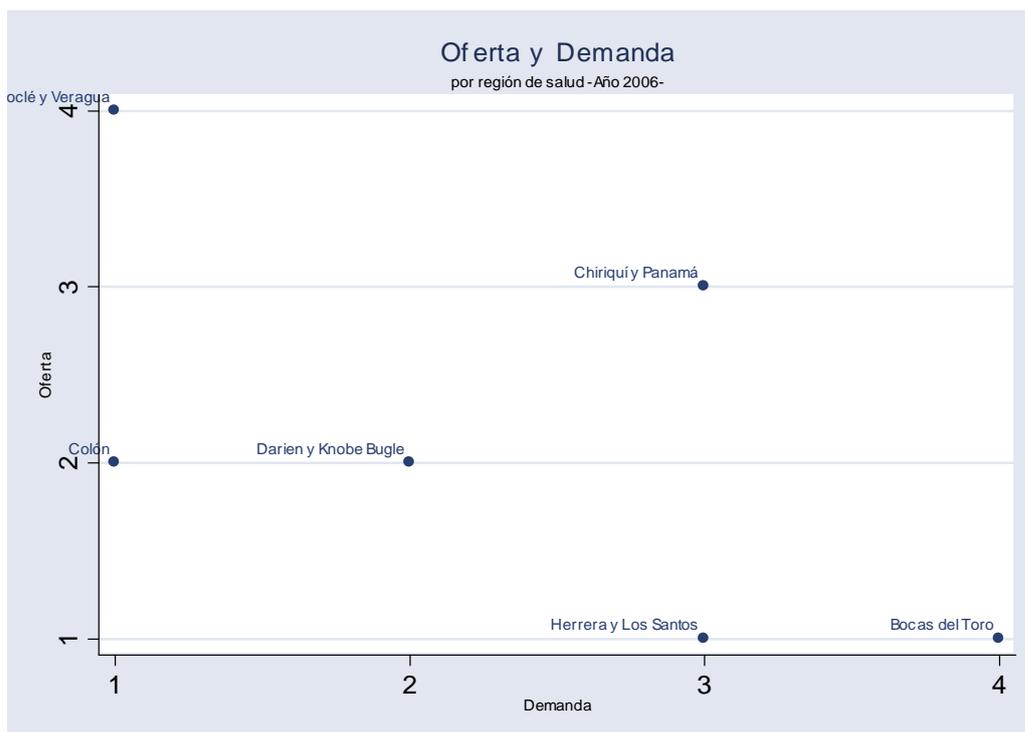
Utilizando el mismo criterio, en el Cuadro siguiente se definen dos indicadores de oferta del sistema formal de salud. En este caso se seleccionaron los trazadores de número de consultas hospitalarias externas en establecimientos públicos, cada diez mil habitantes, y el número de enfermeras bajo igual denominador.

A diferencia del Cuadro anterior, el cuadrante de mejor desempeño relativo (mayor acceso formal) es el noreste, mientras que el más cercano al origen muestra el menos solvente en términos de cobertura en salud. Considerando que el mecanismo de pago más difundido en el sector público es el de salario fijo, un mayor número de consultas externas podría vincularse a mayor calidad relativa de atención (el salario fijo limita la posibilidad de sobreprestación). Dado ello, el segundo mejor cuadrante es el ubicado en el sudeste del Cuadro.



Una vez analizada por separado la brecha de acceso a la oferta de la brecha de necesidades entre departamentos, el tercer Cuadro presentado a continuación muestra la combinación de ambos resultados. En el eje vertical se ordena de uno a cuatro las ubicaciones de cada región geográfica en términos de oferta, mientras que en eje horizontal se hace lo propio con las necesidades de atención de la salud en Panamá.

A partir de ello se pueden identificar otras nuevas cuatro regiones. La ubicada en el sudeste es la peor posicionada: mayor nivel de necesidad y menor cobertura por parte de la oferta. Estas provincias deberían ser las primeras beneficiarias de un programa de oferta mínima de atención. En el extremo opuesto se encuentra el grupo de jurisdicciones donde se identifica la menor necesidad relativa y la mayor oferta, incurriendo en capacidad ociosa. Los dos cuadrantes restantes reflejan un estadio de baja necesidad y poca oferta (generalmente vacío) y en el área noreste se ubican aquellas provincias de mayor necesidad pero mayor capacidad resolutoria del Estado.

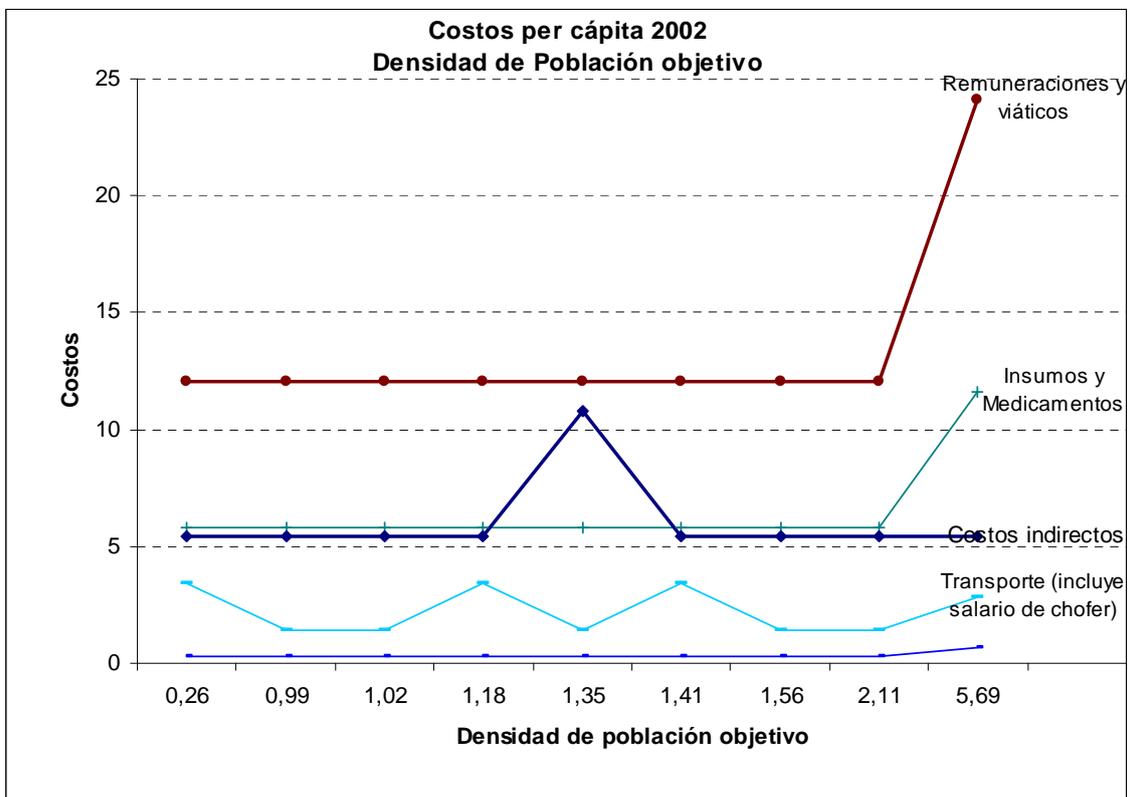
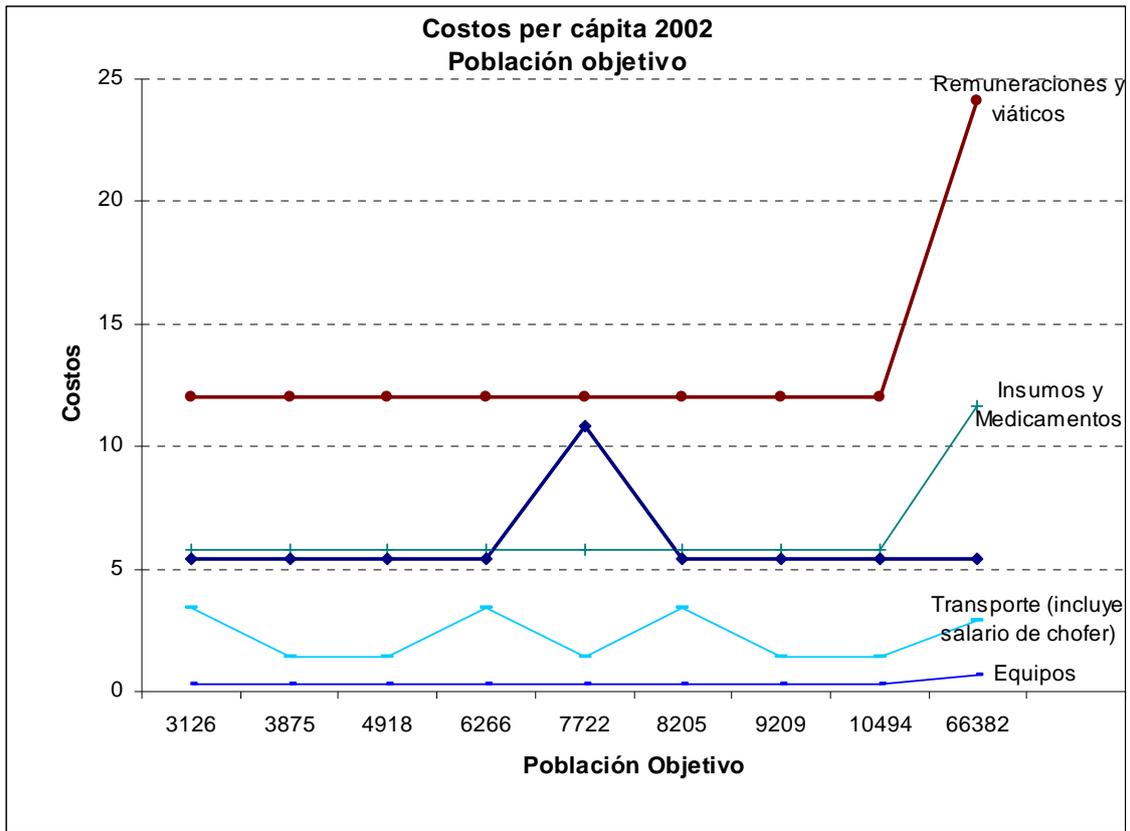


## 5.2. Costos y Criterios de Ajuste por Escala

Este ejercicio propone analizar los costos promedio totales y por línea presupuestaria para el período 2002, de acuerdo a la información surgida de la data disponible. Esta información se contrasta con indicadores de escala y densidad por población objetivo.

Se hace evidente de la observación de ambas figuras que los niveles de costo unitario utilizados en el costeo no incorporan una función de gastos teórica que de cuenta de las diferencias de escala entre jurisdicciones, importantes a la hora de evaluar la asignación de recursos. Si bien el estudio proporciona una tipología de costos definida que clasifica las erogaciones del Programa, no incorpora comportamientos diferenciales de los distintos tramos de la función de costos, que son sensibles al número de beneficiarios potenciales.

Así, mientras se prevé que algunos tipos de costos sean constantes con el nivel de población (como por ejemplo, el gasto en medicamentos incluidos en el paquete), se entiende que otras erogaciones cuenten con niveles decrecientes con el nivel de población, mostrando la existencia de economías de escalas por lo menos en un rango acotado de la distribución poblacional. En ambos casos, sin embargo, se esperaría que los gastos unitarios aumenten en la medida en que se reduce la densidad. A pesar de ello, las figuras no evidencian tales comportamientos, por lo que se propone involucrar una metodología completa de estimación que facilite una asignación de recursos más eficaz a la luz de estas características.



## **6- Conclusiones y Recomendaciones**

A partir del análisis de la metodología de costeo presentada para el caso del PAISS en Panamá, se concluye que el marco general es adecuado, en cuanto a la secuencia de tareas a realizar y los pasos a ser documentados para el diseño y costeo del programa. Asimismo, se evidencia un esfuerzo significativo y valioso en el análisis de mapeo de actores, estableciendo prioridades y definiendo intervenciones a ser incluidas en el paquete de servicios. Sin embargo, el trabajo adolece de limitaciones tanto metodológicas como operativas, que debieran ser revisadas en futuras intervenciones.

En primer lugar, el documento carece de información local de costos, como tampoco trabaja sobre el perfil epidemiológico y de carga de enfermedad de Panamá. De tal modo, el cálculo de costos falla en establecer el impacto en el gasto de cada intervención, ponderada por su probabilidad de ocurrencia.

Particularmente, el documento no provee de información sobre los componentes de cada una de las líneas presupuestadas, cómo se llegaron a los valores planteados, generando dudas para el evaluador en cuanto al mecanismo de cálculo utilizado.

Asimismo, el diseño utilizado no considera el costo de medicamentos asociados con tratamientos curativos, salvo en analgésicos y antibióticos, ni aborda la temática de gastos de transporte para el acceso a zonas remotas, características relevantes en el proceso de ampliación de cobertura presentado por la estrategia del Programa Multifase.

Paralelamente, el documento asume la homogeneidad de precios entre provincias y áreas cubiertas por las OEs, de modo que no se distinguen diferenciales de costo en función de la disponibilidad de ellos en los mercados regionales. Los ensayos asociados con efectos de la escala y la densidad poblacional sobre los costos de las intervenciones, en comparación con patrones teóricos estándar, muestran limitaciones a ser tenidas en cuenta al momento de recalcular los costos involucrados en la puesta en práctica de intervenciones similares en el futuro.

## **7- Referencias**

Banco Interamericano de Desarrollo (2001) "Programa Multifase de transformación Institucional del sector salud. Fase I, Propuesta de Préstamo.

Castillo, F. et al (2007). Estrategias de costos y eficiencia para el financiamiento del Sistema Público Unificado de Salud de Panamá. Documento Marco. EUROsociAL, IRD, Instituto Nacional de Salud Pública. Noviembre 2007

Ma, C., Saint-Pierre, E. (2001). Diseño, costeo, análisis de costo-efectividad y de impacto fiscal del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud. MINSA – Banco Interamericano de Desarrollo. Panamá, agosto, mimeo.

Maceira, D. (1998) "Provider Payment Mechanisms in Developing Countries" Working Paper, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates. Bethesda, MD.

Ministerio de Salud, Panamá, (s/d) Reglamento operativo para organizaciones estraínstitucionales, prestadoras del paquete de atención integral de servicios de salud (PAISS), mimeo.

Ministerio de Salud, Panamá, (2007). Estadísticas de Salud 2006.