

# Experiencias Latinoamericanas de Financiamiento basado en Resultados en el Sector Salud. El caso de Panamá

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

Mayo 2008

---

<sup>1</sup> Ph.D. en Economía, consultor. Este trabajo ha sido encomendado por la División de Sectores Sociales para América Latina y el Caribe del Banco Mundial, en el marco del proyecto sobre análisis de experiencias en financiamiento de programas de salud basados en resultados. El autor agradece la colaboración de Ana Reynoso y Victoria Nuguer en la elaboración de este informe, así como los comentarios de Cristian Baeza (coordinador del proyecto), Gastón Blanco, Marcela Cabezas, Viviana Friedman, Alfredo Perazzo, y Luis Pérez. Especial reconocimiento para los funcionarios del Ministerio de Salud de Panamá por la información suministrada. El autor guarda entera responsabilidad por las opiniones vertidas en el documento. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

## **1- Introducción**

El objetivo de este trabajo es estudiar un programa de expansión de atención primaria en Panamá, que incluyó la participación de organizaciones de la sociedad civil y descentralización de recursos para facilitar la prestación de un paquete de servicios, especialmente en áreas rurales sin cobertura. El documento no busca evaluar el desempeño del Programa, sino identificar elementos que, a lo largo de su desarrollo, permitieron generar aprendizajes para retroalimentar su ejecución dentro de una lógica de financiamiento basado en resultados, focalizándose en su flexibilidad o rigidez para absorber tales enseñanzas.

El trabajo entonces se organiza en tres secciones. La primera de ellas propone un análisis “anotado” de los objetivos e instrumentos del programa, y los mecanismos de implementación utilizados, haciendo hincapié en la relación público-privada de financiamiento, gestión y control. La siguiente sección avanza en la discusión de las enseñanzas del programa. La última parte del documento sugiere un debate metodológico sobre aspectos vinculados al proyecto, con vistas a un desarrollo más amplio de programas de financiamiento basados en resultados.

## **2- Descripción del Programa**

### **2.1- El País**

Panamá, ubicado en América Central, cuenta con aproximadamente 2,8 millones de habitantes de acuerdo con el último censo nacional del 2000, y una población estimada en 3,3 millones para julio de 2008<sup>2</sup>. Con un ingreso per cápita de 4,500 USD Internacionales (Banco Mundial, 2007), 1,400 USD Internacionales por encima del ingreso promedio latinoamericano. Durante la última década, y particularmente a partir de la devolución de la zona del canal en el año 1999, Panamá ha contado con un nivel de crecimiento significativo, incluso para naciones de su nivel de desarrollo (1,6% promedio para el período 2000-2007). A pesar de ello, mantiene una pesada deuda social: 37% de sus habitantes se encuentra por debajo de la línea de pobreza, siendo uno de los países de la región con mayor brecha en la distribución del ingreso. El país cuenta con una alta concentración urbana, aunque el 41% de los panameños reside en áreas rurales, con escaso acceso geográfico a cuidados de salud. El 8% de la población pertenece a pueblos originarios, y de ellos aproximadamente el 95% vive por debajo de la línea de pobreza.

### **2.2- El Sistema de Salud**

El sistema de salud panameño ofrece un esquema dual, característico de las naciones latinoamericanas. De acuerdo a la información provista por el Banco Interamericano de Desarrollo, el 34% de la población recurre al sistema público de salud, en tanto que 66% cuenta con cobertura teórica de la Caja de Seguro Social (CSS). 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. Formalmente, el Ministerio de Salud cuenta con catorce regiones sanitarias vinculadas con la división

---

<sup>2</sup> Sitio Web The World Factbook: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>

política del país, en provincias y comarcas, éstas últimas con fuerte proporción de población originaria, y una mayor apertura del distrito correspondiente a la capital nacional. 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. Por una parte, 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 de la población ya adhiere a patrones socio-sanitarios 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**

En los años 2001-2002 da comienzo del Programa Multifase, diseñado conjuntamente por el Ministerio de Salud de Panamá con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo. Destinado a 450.000 habitantes en pobreza extrema, el programa ha contado con tres componentes: (i) Reforma del Ministerio de Salud (MINSAL), (ii) Prestación de Servicios, y (iii) Descentralización. El programa se destina a actividades de curación, promoción y prevención.

El programa contó con dos fases; la primera se extendió tres años y se centró en: (i) proponer y desarrollar cambios institucionales en áreas críticas de la regulación del sector; (ii) diseñar y aplicar innovaciones en la entrega de servicios básicos de salud a los más pobres de Panamá; y (iii) apoyar el proceso de descentralización de la gestión de los servicios en cinco de las catorce regiones de salud del país.

A fin de avanzar en la segunda fase del programa, el préstamo, de acuerdo al documento de proyecto, propuso evaluar dos tipos de indicadores. El primero incluyó una variedad de temáticas, tales como: (a) que la población atendida hubiera sobrepasado el 50% de la población objetivo y que las metas de aumento de cobertura y desempeño se alcanzaran en más del 70%, (b) identificar avances sustanciales en el fortalecimiento de la rectoría y regulación del Minsal (Ministerio de Salud Nacional), (c) contar con una serie de estudios de viabilidad técnica, financiera y política, para su posterior utilización para la discusión sobre la segunda fase y (d) lograr avances en la descentralización de la organización y prestación de los servicios en las cinco regiones de salud seleccionadas. Paralelamente, se acordaron un segundo tipo de indicadores asociados con la ejecución general del programa, en términos de desembolsos mínimos de los recursos de la Fase 1, compromiso del gobierno a mantener la financiación para seguir con el aumento de la cobertura y del manejo de la ejecución contable, financiera y de auditoría externa del programa.

A continuación, la segunda fase, también de tres años de ejecución, propuso “consolidar las transformaciones institucionales de la Fase 1”. Para ello, se consideró continuar con la descentralización a todas las regiones del país e institucionalizar las innovaciones en la entrega de servicios básicos como mecanismo para aumentar la cobertura. Como resultante sería necesario incrementar la población beneficiaria o ampliar el paquete de servicios. El Programa Multifase también proponía avanzar con los estudios de viabilidad para desarrollar transformaciones en términos de: (a) separación de la financiación y la prestación de los servicios; (b) consolidación de la autonomía de los prestadores; y (c)

profundización de los mecanismos de coordinación y eventualmente la integración del Minsa con la CSS.

Claramente las tareas propuestas por el Programa Multifase fueron ambiciosas, no sólo en términos de la búsqueda de mayor cobertura sanitaria, sino en cuanto a remodelar funciones y mecanismos de aseguramiento social en Panamá. A fines de concentrarse en los objetivos del presente trabajo, se concentrará el análisis en el segundo componente del programa y en parte del tercero, asociados con la ampliación de cobertura por parte de redes de servicios privados y públicos de salud<sup>3</sup>.

El Componente 2 del Programa, bajo el título “Innovaciones en la entrega de servicios básicos de atención primaria” proponía el “fortalecimiento del Minsa Central y las regiones involucradas” mediante el involucramiento de proveedoras privadas de servicios de salud, las Organizaciones Extraintitucionales (OE), que complementaban y potenciarían la atención fija del sistema público. La instrumentación de este mecanismo se realizaría a partir de la focalización de la población beneficiaria (población rural, rural indígena y urbano-marginal) mediante la Encuesta Nacional de Niveles de Vida 1997, y el Censo de Población 2000, a la cual se le entregaba el PAISS (paquete Integral de Servicios de Salud). La prestación del PAISS se realizaba mediante rondas ejecutadas por Equipos Itinerantes de Salud, que incluían médico, enfermera, odontólogo y trabajador social.

El PAISS incluyó originalmente un grupo actividades de promoción, prevención y atención de la salud que daban cuenta de 36 indicadores de prestación (luego reducido a veinte), los cuales se asociaban con diez metas originales de impacto. Asimismo consideraba la participación de los beneficiarios de los servicios en tareas de diseño y ajuste en la entrega de los mismos, mediante una red comunitaria de auditoria social. El mecanismo de pago asociado fueron capitas por individuo, las cuales se abonaban a partir de tres mecanismos: un 90% mediante rendición de cuentas bimestrales, y el 10% restante asociado con premios por cumplimiento de indicadores de prestación y de auditoria social, en partes iguales.

Por su parte, el Componente 3, incorporaba la “transformación de la gestión para la producción de servicios de salud”, siendo el objetivo mejorar la eficiencia, equidad y calidad de la prestación de los servicios del Minsa, por medio de los cambios en las reglas e incentivos, de las relaciones entre la financiación y la prestación de los servicios. Así se propone apoyar la creciente descentralización de la gestión, a través de un nuevo incentivo financiero: la creación del programa de Fondos para Giras Integrales (FOGI).

Los mismos permitían incrementar los fondos regionales de trabajo y fomentaban originalmente la recuperación de costos para fondos de autogestión, aspecto que sería revertido años más tarde. El tercer componente se completaba con iniciativas asociadas

---

<sup>3</sup> El Componente 1 del Programa incluía la “transformación del MINSa para el desarrollo de su papel rector y regulador, a través de su transformación interna (...estructura organizacional en relación a la descentralización, las responsabilidades de cada región de salud, tareas en recursos humanos, gestión financiera, información par la toma de decisiones y mercadeo social)”. Por su parte, la transformación institucional sectorial incluía “tareas de regulación, en el caso de los profesionales de salud, queda en manos del Fondo para la Certificación y Acreditación de Recursos Humanos (FOCER), y en relación a la calidad de los establecimientos privados, a través de protocolos y habilitaciones.” Ellas “serán complementadas con investigación, por el lado del desempeño de sector salud, y en la regulación del sector farmacéutico, se implementará una nueva ley de comercialización de medicamentos.” Incluidas en el primer Componente se consideraron “tareas de coordinación intrasectorial, entre el Minsa y la CSS, a través de un plan maestro de inversiones y el apoyo a la formulación de implementación de un marco financiero para la compra y venta de servicios entre ellos (con un sistema de tarifas que regule las transacciones)”. Fuente: BID, 2001.

el apoyo en la integración de funciones administrativas, y clínicas, gestión de hospitales, capacitación de gestión y gerencia, entre otros tópicos.

## 2.4. Objetivos

Los objetivos definidos en el documento original del Programa Multifase fueron “promover la eficiencia, eficacia, calidad y equidad en el sector”. Dentro de este planteo general, sin embargo, el Gobierno de Panamá se propuso fundamentalmente aumentar la cobertura, llegando especialmente a población marginada del sistema público, rural e indígena, con mayor probabilidad de encontrarse bajo la línea de pobreza. El objetivo explícito fue entonces “romper las barreras de acceso de gran parte de la población, resolviendo los problemas de manera instantánea”, al decir de un entrevistado del Minsa.

El reconocimiento de un déficit público en el Sistema de Salud panameño llevó por tanto a contratar a las OEs, aunque ello abriera una discusión sobre los riesgos de “privatización del sistema” por parte de algunos actores oficiales y gremiales. A pesar de ello, el financiamiento del Programa ha sido estatal, mediante fondos internacionales, lo que preservó en manos públicas la definición estratégica de pautas y criterios de focalización de la población beneficiaria. De cualquier modo, existió cierto consenso acerca de la necesidad de incorporar a la acción pública otros actores que pudieran operar en los “márgenes” del sistema, especialmente en aquellas áreas donde las mismas autoridades regionales encontraban limitaciones en su operatoria.

Paralelamente, la profundización del proceso descentralizador permitió de algún modo atemperar el peligro percibido de privatización, mediante la creación de fondos complementarios de financiamiento a las Regiones Sanitarias (RS) en las cuales el sistema panameño se encuentra organizado. Estas nuevas instituciones, los FOGI, proponían facilitar la acción de cobertura del sistema público bajo el mismo esquema del PAISS (aunque utilizando mecanismos de pago diferenciados, como se desarrollará más adelante). Asimismo, y especialmente hacia la segunda mitad del Programa, los cambios en montos y mecanismos de pago a las regiones, permitieron en alguna medida reforzar las acciones de monitoreo llevadas a cabo desde la autoridad nacional.

En general, y más allá del caso panameño, la necesidad que asiste al Estado de delegar ciertas funciones a prestadores privados se debe a la presencia de rigideces normativas propias de la órbita pública que en ocasiones obstaculizan el cumplimiento de los objetivos sociales propuestos. Así, recurrir a instituciones con mayor flexibilidad de acción surge como una herramienta viable en algunos casos, incluso recomendada por ciertos donantes e instituciones internacionales. El éxito de la prestación privada de los servicios sociales de salud pasa entonces por dos pilares: los criterios de focalización utilizados y la capacidad de mecanismos de seguimiento y monitoreo diseñados para identificar potenciales desvíos en su ejecución. De todos modos, su viabilidad política e institucional depende de alinear los intereses de los distintos actores sectoriales.

Tomando como base de análisis el criterio de *Performance/Output based Financing* (POBF), la experiencia de *partnership* público-privado del Programa Multifase en Panamá brinda una experiencia valiosa, en la medida que la dinámica de ejecución genere las herramientas para garantizar compromisos de gestión observables.

A diferencia de otros programas de orientación similar en la región latinoamericana, en el caso panameño no se observan objetivos “estratégicos” más allá de la ampliación de cobertura. De acuerdo a las entrevistas mantenidas en el campo, se percibe que el enfoque de financiamiento basado en resultados fue un subproducto no priorizado al momento del diseño, el cual comenzó a cobrar relevancia a partir de la resolución de inconvenientes surgidos en la segunda mitad de la vida del mismo. Probablemente, no se pueda referir entonces a un cambio de paradigma de gestión, sino de un avance en el cambio de la calidad de gestión. El proyecto no se presenta como un modelo de ROBF, sino como un avance en el desempeño del sistema existente, aumentando cobertura.

Desde esta perspectiva, el mecanismo de contratación capitado tampoco fue considerado como un modo de “transferir riesgo” sanitario y financiero a los prestadores, sino una decisión facilitadora ante la falta de información más compleja (líneas de base) sobre población, perfiles epidemiológicos y recursos entre regiones.

Paralelamente, el Programa Multifase acompañó, sin embargo, el avance en el proceso descentralizador a partir de los FOGI. Desde el inicio, las autoridades nacionales realizaron giras por el interior del país explicando los objetivos del Programa y buscando alineamiento de intereses. Se brindó mayor relevancia a los Directores Regionales, involucrándolos en la definición de áreas y tareas prioritarias. Asimismo, el Programa implicó de algún modo un mecanismo de fortalecimiento de una nueva administración política, dado que en naciones unitarias como Panamá el cambio de Presidente del país conlleva poner en funciones a nuevos gobernadores y directores de región.

Desde esta mirada, los mayores desafíos encontrados en la fijación de objetivos del Programa se asociaron con los otros dos Componentes (1 y 3). En el primero de ellos, por ejemplo, el proyecto requirió de negociaciones con los gremios médicos sobre la revisión de instrumentos y normas, tales como las leyes de acreditación y certificación de médicos y enfermeras. Ello involucró del despliegue de actividad docente, y trabajo de campo, incluso en el sector público, alterando los tiempos de ejecución del proyecto.

## **2.5. Historia Anotada del Programa**

El programa Multifase que dio origen al ejercicio de las OEs y los FOGI en Panamá tiene su antecedente directo en el programa de protección rural desarrollado con financiamiento del Banco Mundial entre 1995 y el 2003. En esa oportunidad, el programa, orientado a brindar un paquete de quince actividades materno-infantiles y de nutrición a noventa mil habitantes, se concentró en los veintiocho distritos más pobres del país de acuerdo a la información provista por la encuesta de condiciones de vida de 1997. El programa involucraba ocho rondas anuales a los distritos escogidos, mediante la tercerización del servicio a cinco ONGs del país.

El programa Multifase se inicia en el 2001 con el objeto de brindar cobertura básica de servicios de salud a poblaciones alejadas, rurales, principalmente identificadas con grupos originarios. El paquete se organizó a partir de una serie de prestaciones, preventivas, de promoción y curativas, provistas por equipos itinerantes de salud públicos o privados que realizaban originalmente ocho rondas anuales a unidades de grupos poblacionales de hasta diez mil habitantes, sin superposición. En el segundo año de contrato, los requerimientos de rondas se redujeron a seis.

## **- Contratación de Organizaciones Extrainstitucionales**

A diferencia del programa anterior, en éste se procuró una mayor inclusión de instituciones de la sociedad civil, y a fin de buscar una convocatoria más abierta se abrió el concepto de ONGs hacia Organizaciones Extrainstitucionales. Estas consideraban no sólo a ONGs, sino a empresas, fundaciones y asociaciones de grupos locales y/o del exterior. A pesar de ello, se valoró la experiencia recogida por las instituciones previas, de las cuales sobrevivieron tres en la primera fase del programa, e incorporándose tres nuevas. Entre ellas se distribuyeron durante los primeros dos años los diecinueve grupos poblacionales originalmente bajo programa.

El pago a las OEs se asociaba con una cápita, que originalmente se fijó en 25 USD anuales por persona incluida en el Grupo Poblacional adjudicado. En la comarca de Ngobe Buglé la misma ascendía a 27 USD, en tanto que Panamá Este, Colón y Darién llegaba a 30 USD.

En el primer año del proyecto los contratos, de renovación anual, establecían que los pagos se ejecutaban mediante una porción fija hasta alcanzar el 90% del total, en tanto el restante 10%, desembolsado al final del período era variable. Dicha estructura se mantuvo hasta el año 2005, donde tales proporciones variaron a 85% y 15%, respectivamente, dándole más peso relativo, marginalmente, a los indicadores de desempeño. La parte fija se correspondía con pagos contra informes bimestrales, que incluían indicadores de cobertura (porcentaje de grupos poblacionales visitados, y porcentaje de población incorporada, a lo que luego se agregó el indicador de porcentaje de población atendida). Por su parte, la porción variable ha sido vinculada a pagos contra Evolución de Indicadores de desempeño y de Auditoría Social. El Cuadro I reproduce anualmente los montos abonados por grupo poblacional, vinculado con Regiones o Comarcas, las variaciones de tales montos, así como de los criterios de evaluación de cada tramo.<sup>4</sup>

El paquete del PAISS incorporó una serie de actividades de diversa índole, desde tareas de promoción hasta intervenciones asociadas con morbilidad aguda. Algunas de ellas se encontraban en el programa previo llevado a cabo con fondos del Banco Mundial y otras (particularmente las vinculadas con promoción y prevención) fueron incluidas al nuevo formato. El Cuadro II presenta el listado de treinta y seis indicadores de seguimiento, y su evolución en el tiempo.

## **- Costeo del PAISS<sup>5</sup>**

Dicha estructura presentó algunos logros y debilidades en el diseño original de costeo, que derramaron posteriormente sobre el Programa. Entre ellos se pueden mencionar:

En primer lugar, el proceso de priorización de grupos poblacionales e intervenciones a ser incluidas en el paquete surgió como resultado de un amplio proceso de discusión participativa, tanto de autoridades nacionales y referentes en la materia, como también de representantes de las regiones sanitarias e instituciones de la sociedad civil. Ello facilitó de algún modo la generación de consensos, fortaleciendo el lanzamiento del Programa.

---

<sup>4</sup> Gentileza Alex González, de la UGAF (Unidad de Gerenciamiento del Programa).

<sup>5</sup> Un análisis pormenorizado del costeo del PAISS puede encontrarse en Maceira (2008).

En segundo lugar, el cálculo de costos, debido a inconvenientes asociados con los tiempos de diseño y financiamiento, no consideró información epidemiológica ni de precios de Panamá, sino de experiencias similares aplicadas en otras naciones de la región (Ma et al, 2001). Ello impidió no sólo establecer una proyección de necesidades de salud basadas en el perfil epidemiológico nacional y provincial, sino también calcular los costos asociados a su tratamiento a valores locales.

Asimismo, el costeo no incluyó especificaciones sobre medios de transporte y/o costos de viáticos a ser utilizados para alcanzar a cada grupo poblacional, los cuales son extremadamente variados entre áreas. En tanto el peso relativo de este tipo de erogaciones en un sistema de rondas de atención es significativo, este tópico constituyó una fuente de negociación entre OEs y el Minsa a lo largo de la vida del proyecto.

Asimismo, el proyecto no incluyó la valoración de otros medicamentos y productos farmacéuticos a ser utilizados por el proyecto, más allá de analgésicos y antibióticos. Ello implicó que el cumplimiento de ciertos indicadores se vinculara con la provisión de algunas vacunas, vitaminas, etc., cuya provisión descansaba en el Ministerio de Salud, alterando la dinámica del Programa. Como consecuencia, entre el primer y el segundo año, algunos indicadores de desempeño debieron retirarse de la grilla original por fallas asociadas con la provisión.

Estos aspectos provocaron cierta debilidad de la autoridad pública al momento de llevar a cabo las negociaciones de renovación de contrato, como también para lograr el *enforcement* de los indicadores diseñados por el Programa, debiendo ajustarse las expectativas del financiador, del Ministerio y de la comunidad. Como resultado de ello, se reduce entre los dos primeros años el número de indicadores a ser monitoreados (de 36 a 28), así como el número de rondas exigidas por año. Estas negociaciones fueron asimismo impulsadas por las OEs ante el aumento de los insumos a lo largo de la vida útil del contrato, surgiendo en las entrevistas de campo el caso particular del combustible, cuyo precio de mercado se vio incrementado en un 33% desde el comienzo del proyecto hasta la fecha.

### **- Evolución de contrato**

A partir de la estructura de costeo considerada, el Programa establecía contratos anuales con las OEs ganadoras de cada llamado a licitación. Los contratos establecían un monto per cápita para el total de la población beneficiaria por Grupo Poblacional otorgado. Su desembolso se vinculó, como fuera mencionado, a dos tramos: (i) un tramo fijo, asociado a la aprobación de informes bimestrales, a cargo de la Dirección General de Salud, del Ministerio de Salud de Panamá, y (ii) un tramo variable, que representaba el 10% del total, vinculado a la evaluación de Indicadores de desempeño (5%, incrementado a 10% a partir del tercer año), y a los resultados de la Auditoría Social (5%). El Cuadro I del Anexo muestra la evolución de la estructura contractual a partir de cuatro ejes: montos de las capitas, distribución del monto anual para el pago, mecanismos de valoración para el pago y parámetro técnico relacionado al pago fijo.

Se observa que en el contrato 2003-2004 el precio de la cápita fue de 25 USD, con la excepción de dos áreas, la comarca de Ngobe Buglé y la provincia de Darién, con 27 y 30 USD, respectivamente. Al año siguiente, Colón y Panamá Este lograron un incremento de sus capitas a 30 USD, en tanto en el 2005 Darién alcanzó 33,50 USD. En el último contrato registrado, en 2007-2008, el mínimo contrato alcanza 26,50 USD, y cuatro

territorios con montos superiores, hasta alcanzar 33,50 USD. Funcionarios consultados durante la elaboración de este informe revelan que la debilidad del costeo original limitó la capacidad de planificación ministerial en términos de establecer la correlación real entre los reclamos de las OEs y los costos reales del PAISS, como también los determinantes de los potenciales mayores costos, especialmente de aquellos vinculados a la escala de la población objetivo.

El pago de la porción fija de la cápita se encontraba bajo la supervisión de la Dirección General de Salud, dentro del Ministerio de Salud de Panamá. Dicha supervisión no incorporaba elementos técnicos de actividades realizadas, resultados alcanzados y estrategia de gerenciamiento y prestación, sino que refería al cumplimiento de pautas burocráticas estandarizadas. Este procedimiento incorporaba una grilla de cumplimiento y descuentos para los ítems no presentados. Los únicos indicadores de desempeño que acompañaban el pago de la porción fija del contrato se vinculaban con parámetros de “porcentaje de comunidades visitadas” y “porcentaje de población protegida”. Ambos indicadores, incluidos en el segundo contrato, fueron complementados en el tercer período, con el parámetro de “porcentaje de población atendida”.

Sin embargo, y de acuerdo a la información en el campo, el sistema de monitoreo no alcanzaba para estos indicadores la constatación en el campo de los valores reportados. Ello, junto con la naturaleza extremadamente general de los mismos, reducía la capacidad de *enforcement* de este componente. Hacia el cuarto año se refuerza este componente, estableciendo pisos de atención para los distintos componentes del paquete de servicios (promoción, prevención y atención).

Hacia el cuarto año de contrato, y a partir de ciertos indicios de brecha entre los resultados alcanzados y las metas propuestas, se reforzó la necesidad de normalizar procedimientos de control, e identificar instrumentos de procesos que facilitarían el alcance de los objetivos. A partir de ello, en el contrato 2006-7 se establecieron tres cambios.

- El primero de ellos, fue consolidar el pago por ronda, ya instaurado en el tercer contrato, y sustituyendo el pago bimestral. La motivación de ello descansaba en que los informes bimestrales referían a información parcial, lo que impedía la evaluación específica de cada ronda de atención por parte de los equipos itinerantes.
- El segundo cambio implicó sustituir la Dirección a cargo de la supervisión, pasando de la Dirección General de Salud a la Dirección Nacional de Prestación de Servicios de Salud (DNPSS), revalorizando el aspecto técnico del programa por sobre la supervisión de cumplimiento de las metas administrativas del contrato.
- Aumento significativo en las exigencias de informatización y gerencia de las actividades. La inclusión de un equipo de supervisión dentro de la DNPSS implicó el primer esfuerzo sistemático del Programa por estructurar pagos asociados a resultados.

La conclusión que se extrae del análisis temporal de los contratos es que el proceso de aprendizaje, si bien más lento en los primeros años, llevó a una mayor toma de conciencia por parte de la Unidad de gerenciamiento (UGAF) y del Ministerio de Salud, de la capacidad del Programa. Esta capacidad no sólo se centraba en el objetivo inicial de “atacar la brecha de cobertura”, sino también de facilitar el cumplimiento de una serie de metas sanitarias, incluyendo la participación de las Regiones Sanitarias en el seguimiento

y capacitando a las OEs para tomar decisiones de planeamiento y gestión asociadas a resultados.

### **- Evolución de indicadores**

Probablemente uno de los elementos más claros para analizar la capacidad de aprendizaje del Programa PAISS en la definición de financiamiento basado en resultados es el estudio de la evolución de los indicadores de seguimiento a lo largo del tiempo. En el contrato original fechado en 2003 la matriz incorporaba 36, de los cuales sobreviven unos 28 desde el segundo año en adelante. Un resumen de tal evolución puede observarse en el Cuadro II del Anexo.

A partir de 2004 el indicador *Porcentaje de viviendas con factores de riesgo ambiental con seguimiento* reemplaza tres indicadores de 2003 que captaban el porcentaje de viviendas con buenas condiciones de acceso al agua y disposiciones excretas y de basura adecuadas. Asimismo, en el contrato de 2004 el indicador *Porcentaje de Comités de Salud capacitados en temas del PAISS* reemplaza cuatro indicadores que captan el porcentaje de grupos organizados capacitados para prevenir factores de riesgo. En ambos casos, se observan dos movimientos. El primero de ellos es simplificar el indicador a medir, incorporando acciones asociadas a una observación/acción a realizar conjuntamente. El segundo movimiento se dirige a una mayor exigencia a las OEs, en tanto se pasa de una observación general de un estado de situación (en el caso de indicadores de calidad de vivienda) hacia una acción más prescriptiva y de formación por parte de los equipos participantes. Estos elementos se realzan en el último contrato, donde el proceso de seguimiento de la DGPSS requiere el desarrollo de planes de trabajo vinculados con capacitación de la comunidad, tipo de talleres y sus programas, etc.

A partir de 2004 el indicador *Porcentaje de niños de un año cumplido con esquema de vacunación completo* para su edad reemplaza cuatro indicadores de cobertura del esquema de vacunación de niños entre 0 y 11 meses, manteniendo el mismo nivel de exigencia (vacunas antipoliomielítica, DPT o pentavalente, BCG y antisarampionosa),

El indicador de *Porcentaje de mujeres de 15 años y más con resultado de PAP al año* tiene un cambio positivo durante los años subsiguientes evidenciando una mejora en la "información del indicador". Asimismo, el indicador de *Porcentaje de niños de 6 - 59 meses con desnutrición moderada y severa* evolucionó para captar aquellos que recibieron *nutricrema*. Este último indicador informa sobre la intervención en el problema. Además, la baja disponibilidad del insumo implicó priorizar el grupo sobre el cual se puede incidir.

El indicador *Cobertura de embarazadas que recibieron sales de hierro y ácido fólico* se ajustó para capturar este hecho pero en cada control prenatal. Ello implicó un mayor ajuste en la prestación. En la misma dirección, el indicador de *Cobertura de menores de 5 años que recibieron Vitamina A* fue eliminado por que la vitamina se la proveía el Ministerio de Salud, con fallas en la provisión.

El indicador *Porcentaje de partos atendidos institucionalmente* se cambia, a partir de 2004, por el de *Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado*. Debido a la poca institucionalización, se opta por mayor capacitación a parteras, como el indicador muestra una evolución favorable, retornando a un indicador ajustado a la meta original hacia el final del Programa.

Asimismo, varios indicadores dejaron de utilizarse en los esquemas de supervisión y premio. Ellos, vinculados en general a intervenciones curativas, fueron debido a dos factores principales: (i) vinculados a intervenciones que requerían de la utilización de insumos no costeados originalmente, y (ii) prestaciones que se relacionaban con problemas de provisión por parte del Minsalud, y que escapaban a la responsabilidad de las OES (ejemplo: Cobertura de puérperas que recibieron Vitamina A). Esta reducción, en algunos casos, involucró retirar del listado de intervenciones sujetas a premio a prestaciones costo-efectivas, tales como “porcentaje de sintomáticos respiratorios captados” y “porcentaje de personas afectadas por tuberculosis con tratamiento terminado”. El listado completo de actividades retiradas de la matriz de seguimiento se incluye como Tabla II, cont 2, en el Anexo. En algunos de estos casos, los contratos firmados con las OEs continuaron incluyendo la exigencia de cumplimiento de protocolos (IRA, leishmaniasis, tuberculosis, etc.); sin embargo los mismos dejaron de asociarse a indicadores de desempeño vinculados a premios, afectando, probablemente, los incentivos de los prestadores privados.

De acuerdo a la información recogida en el campo, durante el primer año no se registró un nivel significativo de penalización, el que surgía principalmente de la auditoria externa concurrente realizada por la empresa Gesawold. Hacia finales del cuarto contrato, la DGPSS incorpora mecanismos de verificación de datos a nivel de campo, con supervisiones propias e conjunto con las Regiones Sanitarias. Ello implicó, como se viera previamente en el análisis de evolución de contratos, un sinceramiento de los valores alcanzados en los trazadores de control, un aumento de las penalizaciones y un “empoderamiento” de las autoridades provinciales.

#### **- Nominalidad del Programa**

Originariamente la población nominada se construyó a partir del Censo Nacional del año 2000, definiendo así la población vinculada a cada contrato por OE. Cuando comienza a operar el Programa, las OE presentan reclamos debido a la identificación de grupos poblacionales con mayor población que la establecida en el contrato. Ello se relacionó con la población migrante (especialmente en áreas de pueblos originarios, como es el caso de Ngöbe Buglé). La situación asimismo se vincula a movimientos estacionales, especialmente en el caso de trabajo rural.

A fin de solucionar este problema, las OE generaron su propio censo, que en el año 2004 recibió el reconocimiento del Minsa. El mismo dio la posibilidad en el año siguiente de recalcular la cantidad de cápitas, sirviendo también de base para los indicadores de desempeño.

Posteriormente, en el año 2007/2008 nuevamente las OEs solicitaron al Departamento de Estadísticas de Panamá que validara una nueva estimación. Sin embargo, el departamento de estadística del Ministerio consideró que la misma se trataba de una expansión censal (datos completos del jefe de familia, e información de edad y sexo del resto de los integrantes del hogar). De este modo, y a pesar de su impacto en el financiamiento de las OEs, el Programa no avanzó en la dirección de la nominalidad, requisito básico para la construcción de un seguro social, y de un proceso de cobertura completo, con financiamiento basado en resultados.

## **- Aspectos Fiduciarios**

La Unidad de Gestión Administrativa y Financiera del Programa (UGAF), al interior del Ministerio de Salud, cumple con las funciones administrativas para llevar a cabo el programa, incluyendo tanto la administración de los pagos y de la documentación del programa, como la gestión de los contratos individuales con cada OE. Entre las funciones de la UGAF se encuentra: convocar la participación de las OE a las licitaciones; llevar a cabo el proceso de licitación para contratar OE, como así también gestionar el proceso de suscripción y administración de los contratos con las OE seleccionadas. Forma parte de sus responsabilidades procesar las órdenes de pago de los informes aprobados por el Componente 2 (PAISS) a las OE de acuerdo a los resultados alcanzados, según los mecanismos consignados en el reglamento; auditar a las OE para velar por el cumplimiento de las condiciones contractuales establecidas en los respectivos contratos y presentar informes periódicos al Banco Interamericano de Desarrollo y al MinSa sobre el avance del programa.

El sistema de pago se realiza mediante dos mecanismos, que complementan el pago inicial del 20% del contrato. El primero de ellos involucra la aprobación del informe de Ronda (seis presentaciones anuales), cuya tarea recae en la Dirección Nacional de Prestación de Servicios de Salud, que se encuentra a cargo de la revisión general de la consistencia y coherencia de la información suministrada, y el cumplimiento de los ítems bajo evaluación requeridos en el pliego del contrato. La DNPSS a partir del 2006/7 lleva a cabo auditorías periódicas en el campo, lo que permite establecer la exactitud de la información suministrada por las OEs en sus informes de Ronda. La suma de estos pagos constituye el 85% del monto total del contrato. El pago por cada una de las cinco (5) primeras rondas corresponde al 14% del monto anual del Contrato, del cual el Contratante deducirá el 16.7% del anticipo pagado. El sexto pago por ronda corresponde al 15% del monto anual del Contrato, del cual el Contratante deducirá el 16.5% del anticipo o el saldo para que quede completamente amortizado. Como fuera mencionado, las condiciones para el pago por ronda en cada grupo poblacional se ajustan según el cumplimiento de metas globales de cobertura de Comunidades, la Población Protegida y la Población Atendida.

El pago final por logros alcanzados tiene un valor máximo a pagar por este concepto asociado a logro de resultados será de un 15% del total del monto y se divide en los componentes de metas en satisfacción de los beneficiarios y al logro de resultados de cobertura de prestaciones, desarrollados previamente. En el caso que la OE no alcance la meta mínima anual de 85% para un conjunto de indicadores, no le corresponderá pago alguno para los indicadores individuales que conforman dicho conjunto. Si la OE logra la meta mínima de 85% para un conjunto de indicadores, recibirá el 100% del pago correspondiente a los indicadores individuales en los que haya logrado un mínimo de 85% de la meta anual. La OE no recibirá pago por los indicadores individuales en los que no logre el mínimo de 85% de la meta anual.

La supervisión y la evaluación de los resultados de la provisión de los servicios del PAISS se desarrollan en dos niveles de supervisión: (i) la supervisión del Ministerio de Salud y (ii) la supervisión externa a través de la evaluación concurrente, realizada por la empresa Gesaworld. Los informes son mensuales, trimestrales y anuales basados en una estructura general de propósitos, metodología, elementos básicos de análisis, y estructura del informe. Posteriormente, en el 2007, la DNPSS desarrolló una serie de instrumentos que permitieron estandarizar los informes de las OEs, facilitando la evaluación de campo y permitiendo comenzar la informatización de la data obtenida (ver anexo). Hasta ese

momento, no existía información documentada en la UGAF sobre los procesos de verificación de información en el campo.

El pago de los profesionales y el personal de apoyo a cargo de los paquetes de servicios prestados por las OEs se lleva a cabo directamente por tales instituciones, no existiendo intervención de la UGAF, la DNPSS ni el Ministerio de Salud. No existen requerimientos formales asociados a pago por resultados aguas abajo en la prestación de los servicios al interior de la OEs.

### **- FOGI y Compromisos de Gestión**

Los mecanismos de fortalecimiento de la descentralización de las Regiones Sanitarias, son parte del tercer componente del Programa Multifase, complementarios a las contrataciones a OEs. Se generan entonces los Fondos Regionales de financiamiento (FOGI), destinados a brindar recursos adicionales a las autoridades regionales, con el objeto de financiar medicamentos, insumos, transporte y viáticos. El administrador de cada FOGI es el Director Regional de Salud, siendo éste un representante del Minsa.

En tanto el Ministerio Nacional se ocupa de ejecutar los pagos de nóminas, contratar, y despedir personal y adquirir insumos críticos, las Direcciones Regionales cuentan con recursos relativamente limitados para la gestión local en sus tareas asociadas con el manejo de la red primaria y la supervisión de hospitales. La implementación de los FOGI se instrumentó mediante compromisos de gestión entre las autoridades nacionales y locales, a partir de los cuales las Regiones se comprometen a prestar los mismos servicios del PAISS al interior de sus áreas geográficas de responsabilidad, debiendo llevar a cabo ocho (y posteriormente seis) rondas, con iguales indicadores de desempeño que las OEs.

En el primer año del compromiso, los montos correspondientes al FOGI fueron de 25.000US\$ fijos por región. Los mismos no consideraron las diferencias en perfiles sanitarios y escala de la población objetivo, ni los diversos problemas de barreras físicas de acceso y la distribución geográfica de cada caso. Asimismo, y especialmente en el primer año, la adaptación a nuevas reglas de juego en términos de mecanismos de gestión y utilización de esos recursos llevó a la sub-ejecución del presupuesto asignado, no necesariamente debido a la sub-prestación de servicios, sino a inconvenientes de adaptación a las nuevas instancias de solicitud de fondos. Como resultante, el promedio de uso de los FOGI para el primer período fue de 9.000US\$, con niveles de ejecución más elevados en aquellas regiones con mayor población necesitada y mayor nivel de compromiso con la descentralización. Para ese período, la brecha de financiamiento entre ambos tipos de instituciones era de aproximadamente un 100%: las OE poseían un promedio de 25/27USD per capita, en tanto los FOGI contaban en promedio con 14USD.

En el segundo año, se mejoró la ejecución de los fondos otorgados, cobrando mayor importancia el uso de recursos en insumos y medicamentos. Paralelamente, los montos otorgados se duplicaron sucesivamente en los dos períodos siguientes (50.000USD y 100.000USD respectivamente), manteniéndose sin variaciones al cuarto año. Sólo en el quinto año de ejecución del Programa se estableció un pie de igualdad entre los mecanismos de financiamiento de OEs y FOGI, capitando con las Regiones Sanitarias la cobertura de su población objetivo. Los mecanismos de incentivos con los que contaban las Regiones a partir de la ejecución de los FOGI consistía en premios en especie (autos, cadenas de frío) que mejoraban la infraestructura existente en caso de cumplimiento de

los indicadores. Tales premios se asociaban a los resultados de las evaluaciones concurrentes anuales. Indirectamente, los fondos lograban afectar al personal de salud, a través del cobro de viáticos para realizar las rondas.

El principal inconveniente identificado a lo largo del proceso se vinculó al trabajo de los equipos itinerantes públicos que contaban –al igual que las OEs- con población definida pero en zonas relativamente más dispersas. Ello llevó en ocasiones a descuidar la consulta en puestos fijos, debido a la duplicidad de responsabilidades para los mismos recursos humanos, afectando la frecuencia y calidad de la atención.

Un inconveniente adicional registrado en el avance hacia mecanismos de Autogestión regional surgió a partir de lo que el informe de Evaluación concurrente del programa (2007) identifica como una tensión entre la política institucional del gobierno y el avance descentralizador. Según este documento, el indicador de incremento de fondos de autogestión exigido por el Programa Multifase se encuentra “fuera de contexto” en relación con algunos instrumentos del Gobierno de Panamá. En particular, la Ley de gratuidad para la atención de salud de poblaciones vulnerables, dificulta el incremento de la recaudación bajo la forma de fondos de autogestión. El mismo informe muestra que la captación de fondos por parte de las regiones de salud se redujo un 22 por ciento en 2006, respecto de los valores registrados en 2005. Este ejemplo muestra que si bien el Ministerio contaría con herramientas para adaptarse a una estrategia de un proyecto basado en resultados, las políticas sociales del gobierno en que se enmarca el programa pueden acotar la estrategia y requerir una redefinición de los parámetros de resultados que el programa necesita.

#### **- Mecanismos de Control y Seguimiento**

Dentro de un proceso de financiamiento basado en resultados, los mecanismos de seguimiento y control cuentan con la responsabilidad de servir de polea de transmisión entre la estructura formal del proyecto original, y la gestión diaria del mismo, retroalimentando la implementación del Programa. En la medida que el sistema es flexible para incorporar los aprendizajes originados en la gestión, el proyecto adapta sus procesos para alcanzar las metas propuestas. En el caso del Programa Multifase bajo estudio, la posibilidad de renegociación anual de contratos brinda una instancia formal de ajuste, aspecto que es valorado por los funcionarios del Ministerio como herramienta de actualización de expectativas. Asimismo, y como se viera previamente, la capacidad del Programa de acordar sus indicadores de evaluación, así como otros elementos del acuerdo entre OEs, Regiones Sanitarias y el Ministerio de Salud muestra una predisposición a internalizar el conocimiento adquirido, convirtiendo el proceso de ejecución en un *by-product* de la reforma.

Como fuera mencionado, dentro de la evaluación de resultados de las OE, fue posible analizar los criterios impuestos tanto para las Giras a las Comunidades como en la Cobertura de Prestaciones. Los pagos se dividieron en tres tramos: un anticipo del 20% del total del contrato, un pago por ronda, hasta alcanzar el 85% del monto contratado sujeto a requerimientos administrativos y metas de trazadores macro (cobertura de comunidades y población, y posteriormente, población atendida), y el resto del acuerdo se desembolsa por logros alcanzados. Este último tramo se relaciona de forma directa con la financiación por medio de resultados, y la auditoría social.

Los FOGI y las Direcciones de Regiones Sanitarias (RS) poseen un sistema con premios anuales vinculados a los logros de cobertura de prestaciones. Se cuenta con pedidos de

informes de tipo Mensuales, por Ronda, Semestrales, Técnicos Anuales y Anuales de Ejecución que lleva al Ministerio a tener retroalimentación del proyecto en curso. El primer desembolso del proyecto es de un 50% del total para cada Dirección de RS, calculado por un índice en base al peso relativo de indicadores de pobreza extrema, desnutrición crónica y mortalidad infantil, a partir del número de personas protegidas por año.

Paralelamente, uno de los más claros indicios de flexibilidad de un programa como el analizado es la elección de la población objetivo, en tanto constituye un proceso dinámico sujeto a sucesivas revisiones de indicadores clave de focalización. Por otro lado, es un paso desde un mecanismo de autofocalización de los usuarios (elemento típico de esquemas de subsidio a la oferta y presupuesto histórico), hacia una definición de padrón definido de beneficiarios. Según lo documentado en el informe Metodología de Focalización de la Dirección General de Salud (2007), el primer criterio tenido en cuenta para la selección de la población beneficiaria fue la accesibilidad a la comunidad céntrica del corregimiento a que pertenece tal población. En una segunda instancia se identificó las entidades responsables de la cobertura de tal población. De esta información se estableció el índice de población beneficiaria, completando una matriz que permite revisar si la cobertura debe seguir en manos de quien la ejercía, o la población debe cambiar su pertenencia.

La determinación de la población objetivo y un mecanismo estandarizado de actualización indica una propensión favorable del sistema a adaptarse a un modelo de pago por resultados. Un esquema de retribución de estas características, incentiva una producción de servicios más eficiente, lo que incluye la revisión y renovación del padrón de beneficiarios en el tiempo.

A pesar de estos elementos de diseño, la documentación existente así como los informes de control muestran que al 2005 el componente de focalización resultó ser extremadamente estático. Asimismo, los informes de ronda de 2007, muestran que en total la población beneficiaria del PAISS aumentó en un 15%, con una evolución heterogénea a nivel de OEs (máximo del 30% y mínimo del 1%). Paralelamente, del informe de evaluación concurrente del programa (2007) se desprende que este componente constituye una importante limitación a la estrategia de financiamiento basado en resultados. En particular la Evaluación sugiere que existieron irregularidades en la presentación de informes para la evaluación, en tanto se registraron diferencias significativas entre la población reportada por las Direcciones Regionales y la asignada por convenio. Asimismo, la presentación de informes fue muy irregular y se registra información faltante que resulta clave para la evaluación de coberturas y desempeños, por lo que la misma no pudo llevarse a cabo. Los controles de campo, a fin de verificar los indicadores presentados no era constante, tanto a nivel público como privado, y en algunas regiones nunca se había llevado a cabo.

La identificación de estas fallas en el modelo de supervisión se complementan con la información surgida a partir de enero del año 2007, cuando la Dirección Nacional de Prestaciones de Servicios de Salud (DNPSS) a cargo en ese momento de la auditoría de los resultados contrata a un grupo de profesionales técnicos que elaboran un diagnóstico de situación en temas de seguimiento y evaluación de resultados. Con esta incorporación se avanza en estandarizar los controles a nivel local, regional y nacional, facilitando su recolección periódica. Desde entonces se aumenta la supervisión, tanto en capacidad como en el diseño de los indicadores.

Dentro de esta iniciativa se crean los registros de auditoria de campo, a fin de estandarizar instrumentos de supervisión local para la presentación de informes, y se inicia un proceso de supervisión de los planes anuales de las OEs y las FOGI a fin de identificar tareas, metas y actividades vinculadas con el logro de resultados, y cuyos lineamientos generales se presentan en el Anexo II.

De acuerdo a las opiniones recibidas en el campo, los cambios instrumentados generaron cierto rechazo inicial, a pesa de haber sido desarrollados como mecanismos de colaboración para que los prestadores alcanzaran los resultados comprometidos, y no como la institucionalización de modos de control y castigo a desvíos. Paulatinamente, la nueva estrategia de asistencia técnica y seguimiento comenzó a dar resultados –al decir de los expertos del programa-, en la medida que permitió alinear los intereses de las partes, y avanzar en la informatización de historias clínicas y estandarización de procedimientos. Desde la mirada de las OEs que cumplían con los objetivos propuestos, el nuevo esquema se constituyó en un vehículo para legitimarse socialmente. Desde la perspectiva de las Direcciones Regionales, facilitó la coordinación público-privada, y reveló la necesidad del Ministerio Nacional de articular modos de seguimiento de las OEs con los gestores locales. Finalmente, desde la mirada del Ministerio, se identificó un grupo de herramientas dirigidas a pasar de un planteo de “cerrar la brecha de cobertura” a uno de hacer más eficiente el uso de recursos, a la vez que facilitaba separar los casos exitosos de los rezagados. A pesar de ello, este nuevo planteo de seguimiento es relativamente reciente, requiriendo de mayor documentación para probar su efectividad.

#### **- Desempeño del Programa**

De acuerdo a la información provista por la UGAF del Programa, y sujeto a los *caveats* de información relatados, la evolución de los indicadores de desempeño utilizados a lo largo del proyecto para establecer el pago de premios, y resumidos para los tres primeros contratos en el Cuadro III del Anexo, evolucionan favorablemente. El mismo brinda información sobre cambio porcentual entre los dos primeros años del Programa, entre el segundo y el tercero y entre los dos extremos.

El indicador relacionado con la calidad de la vivienda requirió de tomar promedios simples entre los valores correspondientes a los índices utilizados en el primer año, a fin de hacerlo comparable con los dos períodos siguientes. Su evolución muestra un crecimiento total positivo aunque su variación es de sólo un 2,348% entre los tres años. Paralelamente, los indicadores que recogen los esfuerzos de capacitación dentro del programa evidencian una evolución bastante heterogénea. Por un lado, el indicador de *Porcentaje de Comités de Salud capacitados en temas del PAISS*, crece globalmente un 11,547%. Inspeccionando en las fuentes de este crecimiento se verifica que el mayor incremento ocurre entre 2003 y 2005, en que el porcentaje aumenta un 32,256%. Luego, tal evolución se ve contrapuesta por el decrecimiento del 15,658% ocurrido entre 2004 y 2006. Asimismo, el porcentaje de promotores de salud capacitados crece en un valor cercano al 8% en el primer período, reduciéndose posteriormente en 3,856%, para dar lugar a un crecimiento global cercano al 4%. Por último, el cumplimiento de actividades educativas aumenta globalmente un 25,305%, mostrando una evolución estable.

Los indicadores de inmunización en niños muestran una evolución positiva, pero con crecimiento desacelerado de los indicadores. Por una parte, el porcentaje de niños de un año con esquema de vacunación completo aumenta entre los dos primeros períodos analizados un 19,252%, variando entre los dos períodos subsiguientes sólo un 2,37%, lo

que arroja un crecimiento global de un 22,078% de niños vacunados. Por otra parte, la cobertura de niños entre 1 y 4 años con esquema de vacunación completo también aumenta relativamente entre los dos primeros períodos (41,6%), disminuyendo su incremento entre los dos últimos (15,68%), con un crecimiento total del 63,8%.

Por otro lado, los indicadores de inmunización en adultos sólo existieron durante el primer período. En tal momento, la cobertura para adultos varones fue menor que para adultos mujeres. Mientras que la cobertura de mujeres entre 15 y 49 años con vacunación antitetánica y antidiftérica fue de 28,35%, para los varones de mismo grupo etareo tal valor fue de 5,42%. Por su parte, la cobertura de mujeres con vacunación de sarampión y rubéola ascendió a 26,44%, mientras que para el grupo masculino análogo fue sólo del 6,63%.

Los indicadores de controles de salud en niños sanos se corresponden con una experiencia exitosa de gestión. El porcentaje de niños de un año con 5 controles de salud al año asciende a 58,39% entre 2003 y 2005, en tanto el porcentaje de niños entre 5 y 9 años con un control de salud al año según la edad alcanzó el 28,68% en el período 2003-2004, mientras que el porcentaje de niños entre 10 y 14 años con mismo tipo de control de salud logró un 21,27%.

Los indicadores de cobertura para mujeres muestran un desempeño en general muy favorable. El porcentaje de puérpera con cinco controles prenatales alcanzó un crecimiento global del 1289,15%, el de mujeres de por lo menos 15 años con resultado de PAP al año alcanzó el 224,659% y el de porcentaje de puérperas con control postnatal, el 229,354%. Los tres indicadores evidencian un crecimiento desacelerado entre los períodos analizados. Por su parte, la cobertura de mujeres entre 15 y 49 años que utilizan métodos anticonceptivos alcanza un crecimiento global del 554,103%, también reduciendo su crecimiento entre 2003-2005 y 2005-2006.

Para los indicadores de calidad de la atención en embarazadas, los resultados también son optimistas. La cobertura de embarazadas que recibieron sales de hierro y ácido fólico alcanzó un 212,846% de crecimiento global, reduciendo su incremento entre los períodos. Por su parte, el porcentaje de partos atendidos institucionalmente creció en un 1394% en todo el período analizado, evidenciando un gran desempeño y una demanda latente previa al programa, hecho que se conjuga con la espectacular evolución del indicador de captación de embarazadas, cuya variación porcentual alcanzó los 3199,333 para el total del período. Estos dos resultados de calidad institucional, sin embargo, no encuentran correlato con el desempeño negativo del porcentaje de personal capacitado en la atención del parto, que entre 2005 y 2006 disminuyó un 7,357%.

Por último, los indicadores de cobertura de niños también muestran resultados favorables. El indicador para menores de cinco años que recibieron sales de hierro se incremento 103,567% durante el período analizado, disminuyendo su crecimiento entre 2004-2005 y 2005-2006. Entre 2005 y 2006, por su parte, el porcentaje de niños entre 6 y 59 meses con desnutrición moderada y severa aumenta un 4,472%.

### **3- Aprendizajes del Programa**

Del estudio del proceso de implementación del Programa Multifase en Panamá se identifican algunos elementos clave para diseño de iniciativas basadas en resultados, que

permitan constituir recomendaciones para naciones en desarrollo. Entre ellas, se identifican las siguientes:

#### **- Diseño del Programa:**

. Matriz de Indicadores: Tres aprendizajes básicos surgen del diseño de la matriz.

En primer lugar, los indicadores de evaluación de metas deben asociarse a actividades autónomas de las instituciones prestadoras, a fin de evitar incentivos confusos, transferencia de riesgos financieros no deseados o incumplimientos no vinculados con los esfuerzos de los agentes. Como ejemplo, la drástica disminución inicial de indicadores PAISS responde en parte a la no inclusión en el costeo de insumos y medicamentos para el cumplimiento de algunas metas, que quedaron bajo la provisión del Ministerio.

En segundo lugar, la inclusión de indicadores “de observación” (número de casas con acceso a cloacas, por ejemplo) y actividades colectivas requieren de clarificación sobre las acciones esperadas y sus alcances. Un ejemplo requeriría incorporar la responsabilidad de difusión de información para cambiar actitudes (enseñar a quemar o enterrar basura, hervir el agua, construir letrinas, etc.), o establecer mecanismos cuantitativos que eviten discrecionalidad en su medición.

En tercer lugar, y a partir de las fallas de costeo verificadas, las autoridades del Programa comprendieron que la definición de indicadores debía estar íntimamente vinculada a las actividades tradicionales que desarrolla la institución prestadora. Ello mejoraría la disponibilidad y fiabilidad de los datos.

. Diseño y Costeo del Paquete de Servicios: el PAISS muestra como fallas iniciales de diseño influyen en la capacidad de *enforcement* de los contratos, y reducen el poder de negociación de la autoridad pública al momento de exigir su aplicación.

#### **- Asociaciones Público-Privadas, incentivos y efectos sobre la economía política:**

La inclusión del sector privado (OEs) impuso en Panamá un debate recurrente en naciones en desarrollo sobre la potencial privatización del sistema. Ello dispara las reacciones de los “incumbentes”, en especial los gremios profesionales y el sistema público, y ha generado, paralelamente, una tendencia de organizaciones multilaterales y donantes a promover este mecanismo como modo de aumentar la oferta de servicios ante la debilidad institucional y financiera de los ministerios públicos en países de ingresos medios y bajos. La experiencia regional es variada y lleva a analizar los incentivos de diferentes actores ante los mismos estímulos contractuales, monetarios y regulatorios.

Estudios previos en la región latinoamericana muestran que ante un sistema público con baja capacidad resolutoria y baja calidad, se traduce en mayor consulta ambulatoria en el sector privado, generalmente informal, afectando la equidad del sistema en su conjunto. Asimismo, y desde otra mirada, un aumento de la calidad del sistema público genera exigencias de calidad sobre el resto del sistema, al afectar el “piso” prestacional. Bajo esta perspectiva, el caso panameño enseña que la extensión de cobertura implica la necesidad de involucrar a nuevos actores, no sólo OEs en la prestación, sino a la administración regional de las Direcciones de Salud en la supervisión y regulación.

Dentro de este marco, y bajo un sistema de pagos fijos en el sector público, la mirada de financiamiento por resultados cobra renovado interés, pudiendo para ello involucrar la capacidad institucional de las DR y la flexibilidad de las OEs. El Programa presenta diferentes incentivos financieros, relacionados con el cumplimiento de los objetivos del programa para intentar mejorar la calidad y cobertura del sistema, que requieren mecanismos de control más consistentes.

De todos modos, las OEs del programa recibieron *coaching* administrativo y técnico por parte del Ministerio de Salud en distintas etapas del Programa. Como primer *by product* de este proceso que aún continúa, se identifica el fortalecimiento de las instituciones de la sociedad civil vinculadas con el tema sanitario y la formación y profesionalización de los equipos técnicos locales.

En la medida que se amplíen las posibilidades y los recursos disponibles, es posible incorporar a nuevos y más variados tipos de organizaciones. Esa apuesta es la que llevó a ampliar la convocatoria del concurso original, al tiempo que se fortalecieron otras instituciones que ya operaban en el sector. Sin embargo, y especialmente debido al contexto institucional del sector, antes de involucrar al sistema en mecanismos de cooperación con el sector privado, debe identificarse el modo más eficaz de invertir en salud, y cuáles serían los efectos sobre la cobertura y la sustentabilidad institucional de la reforma de dirigir la inversión planeada al interior del sector público.

#### **– Estrategia de descentralización**

La relevancia de la descentralización en la estrategia sanitaria es otro aspecto vinculado con la economía política sectorial, y claramente identificada con la experiencia del Programa Multifase en Panamá. La experiencia local en los esfuerzos por profundizar la descentralización dejó como saldo un aprendizaje en torno al alcance la cobertura. El componente descentralizador incorporó un mecanismo de inclusión de las regiones, que persiguió varios fines. Por un lado, evitar el conflicto mencionado anteriormente y por otro, desarrollar “capital local” de gestión y monitoreo.

La inclusión de la comunidad regional al debate también resultó funcional al objetivo y necesidad de aumentar la efectividad en la utilización de recursos. Para ello fue necesario articular mecanismos de capacitación y adecuación de los individuos involucrados a las nuevas normas. Dentro de esta perspectiva, la secuencia de transferencia creciente de recursos surge como una articulación acertada entre la necesidad de involucramiento y la capacidad de los funcionarios locales de adecuarse al cambio de responsabilidad. Parte de este proceso fue la instancia de interacción entre los instrumentos y oficinas que impulsan el cambio y su entorno, que incluye organismos que las regula y con quienes debe facilitarse la coordinación.

Desde una mirada de financiamiento basado en resultados, el esquema panameño muestra la necesidad de una progresiva descentralización. Ello se debe fundamentalmente a que tales resultados deben establecerse a partir de las diferentes necesidades de la población y a una estructura de oferta de servicios marcadamente heterogénea entre sí en cuanto a capacidad de producción y manejo de fondos. Retomando el argumento presentado en la introducción, un esquema de financiamiento en base al control de insumos, dificulta la flexibilidad que requiere la producción de servicios bajo requerimientos disímiles

A pesar de ello, el modelo presentado por el Programa Multifase presenta dos elementos que requieren de mayor análisis si el mismo quisiera utilizarse como antecedente en otras naciones en desarrollo. En primer lugar, la estrategia de control y seguimiento pareciera que cobra relevancia a partir del cuarto año, lo que constituye un déficit del programa. En segundo lugar, la propuesta no aborda una temática extremadamente conflictiva, como los cambios en los mecanismos de pago a los profesionales de la salud. De todos modos, como fue una estrategia que trascendió gobiernos, ha logrado alinear objetivos de política entre partidos, fortaleciéndolo.

### **- Sociedad Civil y desarrollo del Programa**

A pesar que el Programa Multifase cuenta con un componente de Auditoria social como modo de involucrar a la comunidad en la evaluación de la iniciativa, la información recogida en el Ministerio sobre este componente muestra una distancia entre el diseño de instrumentos de política que fomenten la participación y el involucramiento efectivo de la sociedad. De acuerdo a los testimonios recogidos, no existen casos de auditorías que impidieran el cobro de premios, con deducciones significativas.

En tanto la actividad es voluntaria, la captura de auditores es reducida, y su grado de consulta a otros ciudadanos no es amplia, oscilando entre veinticinco y ciento cincuenta formularios completos procesados por informe y por grupo poblacional bajo programa. El proyecto muestra que, a pesar de desarrollarse instrumentos adecuados y verificarse modos de capacitación de auditores y respeto por etnias y culturas diferenciadas, la participación sigue siendo un desafío no resuelto, y su logro requiere articular con otros actores e intereses por fuera del sector salud.

### **- Seguimiento y evaluación:**

Desde una perspectiva de financiamiento basado en resultados, la presencia de un sistema de seguimiento y control que opere sobre las metas acordadas, constituye el medio para que el programa facilite la capitalización de innovaciones y aprendizajes en la gestión. La experiencia del Multifase en Panamá brinda una serie de enseñanzas sobre esta construcción, que permiten ser tenidas en cuenta para iniciativas similares en otras naciones en desarrollo. A lo largo del proyecto, el proceso de supervisión de resultados ha experimentado diversos cambios. El punto de partida es el cambio de área de referencia del Programa al interior del Ministerio de Salud en el cuarto año, recayendo la responsabilidad en la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud.

A pesar de existir mecanismos formales de control y auditoría, con resultados relevantes la falta de verificaciones en el campo y la pobre articulación con las Regiones Sanitarias impidió mayores avances en los primeros estadios del Programa. Durante este primer período, los cambios fueron originados principalmente en el diseño de contratos, sinceramiento y redefinición de indicadores, y variaciones administrativas sobre el modelo original de extensión de cobertura. A partir del cuarto año se inicia una segunda etapa, donde los procesos de verificación se revalorizan, avanzando en los mecanismos de supervisión y verificación de resultados.

El período 2006 recoge una propuesta de sofisticación y desarrollo del herramental informático para el monitoreo. En agosto de 2006 llega al Ministerio de Salud un *tablero de control* preparado por Gesaworld, que consistió en dos programas informáticos para el

seguimiento de la entrega del PAISS. Uno de ellos fue el sistema de seguimiento de visitas y población atendida, y el otro, el sistema de seguimiento de indicadores de cobertura y desempeño que miden las prestaciones del PAISS. Los datos se introducen en el sistema del MINSA y son procesados para ser parte de las bases de datos de la unidad de gestión del Ministerio. A 2007 las técnicas de seguimiento descansan en estos paquetes informáticos que permiten contar con series desagregadas en el tiempo. Asimismo se incorporaron diseños conceptuales de paquetes informáticos para la “*automatización del seguimiento y evaluación*”. Ello constituye un avance a fin de consolidar el esquema de financiamiento basado en resultados.

#### **4- Conclusiones y Debate**

Como en cualquier sistema sanitario con financiamiento dual, Panamá se enfrenta con el desafío de facilitar mecanismos de articulación de sus fondos sanitarios –provenientes del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social-, a fin de incrementar la eficiencia del *pool* de riesgo, aportando a la sustentabilidad del modelo prestacional eficaz. Sin embargo, y como fuera identificado por las autoridades sanitarias del país, una asignatura pendiente, abordada al menos parcialmente a partir del Programa Multifase, fue ampliar la cobertura, incorporando a poblaciones pobres, rurales e indígenas al sistema de salud. Para ello, se recurrió a un modelo de separación de funciones con prestación de organizaciones no-públicas, dentro de un marco de mayor autonomía provincial, descentralizando fondos gubernamentales a las Regiones Sanitarias. La iniciativa generó cierta tensión con el conjunto de los actores del sistema, en tanto incorporaba otras instituciones en la gestión de salud.

Del análisis de la experiencia panameña surgen algunos elementos a tener en consideración al momento de ampliar el debate sobre reformas sanitarias en naciones en desarrollo, y el papel que potencialmente cabría para el diseño de una estrategia de financiamiento basado en resultados.

Gran parte de las naciones en desarrollo y especialmente las más rezagadas económicamente, se enfrentan con la imposibilidad de articular una red de atención primaria, particularmente en regiones aisladas. Como muestra la literatura en naciones de América Latina, Asia y Africa, la capacidad del sector público de atender las necesidades de salud de su población se ven reducidas por restricciones presupuestarias, institucionales y de infraestructura. La participación del sector privado puede convertirse en una herramienta potencialmente útil en el corto y mediano plazo para la expansión de cobertura, en la medida que se articule un mecanismo de financiamiento adecuado y un sistema de control eficaz. El caso de la asociación público-privada en Panamá, si bien requiere de una evaluación sistemática que de cuenta de sus resultados, muestra la viabilidad y la oportunidad de este enfoque.

Dentro de este marco, los mecanismos de financiamiento basado en resultados permiten articular dos elementos clave: (i) la conformación de un sistema de aseguramiento social consistente, y (ii) un esquema de transferencia y absorción de riesgo entre sectores.

La definición de paquetes de intervenciones asociadas con metas sanitarias para una población definida (nominada) hace a la construcción de un sistema sustentable de aseguramiento. En la medida que el programa permite aprender de la experiencia acumulada, facilita el “refinamiento” de tal paquete en base a los perfiles y necesidades epidemiológicas identificadas, y “construye” aseguramiento en salud.

Asimismo, la gestión pública de los mecanismos de control, y la articulación desconcentrada del seguimiento y vigilancia en terreno del cumplimiento del paquete de servicios por parte de las autoridades sanitarias, permite un segundo tipo de aprendizaje. El mismo se vincula con la identificación de necesidades, que retroalimenta el modelo en beneficio de la calidad del proceso asegurador, permitiendo la incorporación de conocimientos (el empoderamiento) del Estado como garante de los derechos vinculados a la salud.

Particularmente, la definición de paquetes de servicios a poblaciones definidas permite establecer los niveles de transferencia de riesgo sanitario y financiero a los prestadores privados, y ajustarlos a los requerimientos del sistema. Desde una mirada de la teoría de costos de transacción (Williamson, 1989), y adaptado al contexto de prestación pública versus terciarización al sector privado, la elección de desarrollar contratos público-privados descansa no sólo en la producción de servicios de salud (en este caso, la provisión de un paquete básico de salud), sino también en los gastos asociados con la “governabilidad” de los mecanismos alternativos. La suma de ambos gastos (producción y gobernabilidad) definen la oportunidad de una u otra alternativa.

Desde esta mirada, y ante las limitaciones públicas existentes, la contratación de servicios podría involucrar una decisión socialmente eficaz, en tanto facilita el acceso periódico a la prestación a grupos poblacionales específicos, con un seguimiento a nivel subregional. Esto último permite un subproducto del programa (aprendizaje a nivel local) que reduce los costos netos de gobernabilidad, al tiempo que permitiría la articulación de la estructura pública existente con la desplegada por el sector privado.

Al cálculo de los costos –de producción y gobernabilidad- y de los beneficios -en términos de expansión de cobertura- de una iniciativa de este tipo, debe agregarse el estudio del mecanismo de pago más eficaz que lo complementa. La elección del mecanismo de pago deberá considerar la especificidad, geográfica y tecnológica de los servicios que requieren cubrirse. Diferentes modos de pago ante estructuras de mercado alternativas establecen situaciones distintas de absorción y transferencia de riesgo financiero al prestador (Maceira, 1998). Dada la especificidad geográfica de este caso (poblaciones rurales, indígenas y aisladas), se asume que el financiador debería escoger un mecanismo de remuneración que facilite compartir los riesgos del modelo. Ello permitirá minimizar los costos del aumento de cobertura. Un modelo capitado sugiere la cobertura coordinada de servicios para los individuos cubiertos –existe un paquete de atenciones complementarias-, pero podría generar una transferencia de riesgo significativa aguas abajo al prestador (la OE). Alternativamente, el pago por prestación promueve mayor número de consultas y una absorción de riesgos financieros por parte del pagador. Sin embargo, este elemento se vería minimizado por el alto nivel de desprotección sanitaria de la población objetivo antes de implementar el cambio.

Finalmente, el proceso de reforma debe considerar los mecanismos de expansión hacia otros niveles de atención y otros subsistemas. Ello facilitaría el mecanismo de articulación entre actores participantes del sector, a la vez que posibilita cuantificar los costos y beneficios totales de un programa de estas características.

## 5- Referencias

Alleyne, C., D. Jara, et al. (s/d) Reglamento operativo del fondo para la financiación de giras integrales de salud (FOGI), mimeo.

Ayala Bertoli, J. et al (2007). Manual de monitoreo, supervisión y evaluación de la entrega del Paquete de Servicios Integrales de Salud (PAISS) mediante Organizaciones Extrainstitucionales (OEs). Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Panamá, Septiembre de 2007.

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

Gesaworld (2005). Informe Trimestral Núm. 9 del Proyecto de Evaluación Concurrente.

Gesaworld (2006). Informe Trimestral Núm. 13 de la 2ª Etapa del Proyecto de Evaluación Concurrente.

Gesaworld (2007). Informe Trimestral Núm. 15. Evaluación Concurrente del Programa. 2ª Etapa.

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, Maryland.

Maceira, D. (2008). Evaluación del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud: Diseño y Costeo. Panamá, mimeo.

Ministerio de Economía y Finanzas (2006). Informe sobre la Ejecución del Presupuesto General del Estado. Panamá, 31 de diciembre de 2006.

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

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

Williamson, O. (1989) The Economic Institutions of Capitalism, The Free Press.

World Bank (2007) World Development Report.

# **ANEXOS**

## **ANEXO I: Cuadros**

**Cuadro I: Evolución de Montos per cápitas y pagos a OE´s 2003-2008.**

<b>Años de prestación</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>	<b>2005-2006</b>	<b>2006-2007</b>	<b>2007-2008</b>
<b>Descripción</b>					
<b>Montos per cápitas por área</b>	US25.00 per cápita para todos los grupos excepto Ngöbe Buglé (US27.00) y Darién (US30.00)	US25.00 per cápita para todos los grupos excepto Ngöbe Buglé (US27.00) y Panamá Este, Colón y Darién (US30.00)	US25.00 per cápita para todos los grupos excepto Ngöbe Buglé (US27.00); Panamá Este, Colón (US30.00) y Darién que aumentó a US33.50	US26.50 per cápita para todos los grupos excepto Ngöbe Buglé (US28.60); Panamá Este, Colón (US31.60) y Darién que se mantuvo en US33.50	Se mantiene los montos del año anterior US26.50 per cápita para todos los grupos, Ngöbe Buglé (US28.60); Panamá Este, Colón (US31.60) y Darién (US33.50)
<b>Distribución del Monto Anual para el Pago</b>	90% parte fija 10% parte variable	90% parte fija 10% parte variable	85% parte fija y 15% parte variable	85% parte fija y 15% parte variable	85% parte fija y 15% parte variable
<b>Mecanismos de valoración para el pago</b>	Parte fija: pagos contra informes bimestrales.  Parte variable: Pagos contra Evaluación de Indicadores de desempeño (5%) y Auditoría Social (5%)	Parte fija: pagos contra informes bimestrales.  Parte variable: Pagos contra Evaluación de Indicadores de desempeño (5%) y Auditoría Social (5%)	Parte fija: pagos contra informes por ronda.  Parte variable: Pagos contra Evaluación de Indicadores de desempeño (10%) y Auditoría Social (5%)	Parte fija: pagos contra informes por ronda.  Parte variable: Pagos contra Evaluación de Indicadores de desempeño (10%) y Auditoría Social (5%)	Parte fija: pagos contra informes por ronda.  Parte variable: Pagos contra Evaluación de Indicadores de desempeño (10%) y Auditoría Social (5%)
<b>Parámetros técnico relacionados al pago fijo</b>	Pagos previa aprobación del Componente 2 de la DIGESA. Informe de Supervisores Técnicos	Pagos previa aprobación del Componente 2 de la DIGESA. Informe de Supervisores Técnicos.  Se incluye el parámetro de Comunidades visitadas y Población protegida como base para el pago.	Pagos previa aprobación del Componente 2 de la DIGESA. Informe de Supervisores Técnicos.  Se incluye el parámetro de población atendida, adicional a los ya existentes.	Pagos previa aprobación de técnicos de DNPSS. Informe de Supervisores Técnicos.  Se mantienen los parámetros de pago anteriores. Se refuerza el cálculo de pago final por ponderación de indicadores por promoción, prevención y atención.	Pagos previa aprobación de técnicos de DNPSS. Informe de Supervisores Técnicos.  Se mantienen los parámetros de pago anteriores. Se refuerza el pago asociado a resultados y utilización del Sistema de Información, Listado de Beneficiarios.

Fuente: Gentileza Axel González. Unidad de Gestión Administrativa y Financiera – 2008.

## Cuadro II: Evolución Indicadores de Desempeño – Programa Multifase

2003/4 36 indicadores	2004/5 20 indicadores (+8)=28	2005/6 20 indicadores (+8)=28	08/07/2006 20 indicadores (+8)=28
INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
Porcentaje de vivienda con disponibilidad de agua segura	Porcentaje de viviendas con factores de riesgo ambiental con seguimiento.	Porcentaje de viviendas con factores de riesgo ambiental con seguimiento.	Porcentaje de viviendas con factores de riesgo ambiental con seguimiento
Porcentaje de viviendas con disposición adecuada de excretas			
Porcentaje de viviendas con disposición adecuada de basura			
Porcentaje de grupos organizados capacitados para prevenir factores de riesgo ambiental: control de agua segura.	Porcentaje de Comités de Salud y JAAR capacitados en temas del PAISS.	Porcentaje de Comités de Salud y JAAR capacitados en temas del PAISS.	Porcentaje de Comités de Salud y JAAR capacitados en los temas priorizados por el PAISS
Porcentaje de grupos organizados capacitados para prevenir factores de riesgo ambiental : disposición adecuada de excretas.			
Porcentaje de grupos organizados capacitados para prevenir factores de riesgo ambiental: disposición adecuada de basura.			
Porcentaje de comunidades con organizaciones comunitarias capacitadas en acciones de salud.			
<b>Porcentaje de mayores de 15 años capacitados en prevenir factores de riesgo ambiental.</b>	Porcentaje de promotores de salud capacitados.	Porcentaje de promotores de salud capacitados.	Porcentaje de promotores de salud capacitados
Cobertura de niños de 0 a 11 meses con esquema de vacunación con BCG adecuada para su edad	Porcentaje de niños de un año cumplido con esquema de vacunación completo para su edad	Cobertura de niños de un año cumplido con esquema de vacunación completo para su edad	Porcentaje de niños y niñas menores de un año con esquema completo de vacunación para su edad
Cobertura de niños de 0 a 11 meses con esquema de vacunación con Polio oral 3 ra.completo para su edad			
Cobertura de niños de 0 a 11 meses con esquema de vacunación con DPT 1ra.o Pentavalente completo para su edad			
Cobertura de niños de 0 a 11 meses con esquema de vacunación con Sarampión completo para su edad			
Cobertura de niños de 1 a 4 años con esquema de vacunación completa para su edad	Porcentaje de niños de 1 a 4 años con esquema de vacunación completo para su edad	Cobertura de niños de 1 a 4 años con esquema de vacunación completo para su edad	Porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años con esquema completo de vacunación para su edad
<b>Porcentaje de niños de un año cumplido con 5 controles de salud al año.</b>	Porcentaje de niños de un año cumplido con 5 controles de crecimiento y desarrollo.	<b>Porcentaje de niños menores de un año con 3 controles de crecimiento y desarrollo.(contratos semestrales)*</b>	Porcentaje de niños y niñas menores de un año con 5 controles de crecimiento y desarrollo
<b>Porcentaje de niños de 1 a 4 años con 2 controles de salud al año según la edad.</b>	Porcentaje de niños de 1 a 4 años con al menos un control de crecimiento y desarrollo por año edad.	Porcentaje de niños de 1 a 4 años con al menos un control de crecimiento y desarrollo por año edad.	<b>Porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años que tienen al menos dos controles de crecimiento y desarrollo por cada año de edad cumplido</b>
<b>Cobertura de menores de 5 años que recibieron sales de hierro</b>	Porcentaje de niños de un año que al menos recibieron una vez dosis preventiva de sales de hierro.	Porcentaje de niños menores de un año que al menos recibieron una vez dosis preventiva de sales de hierro (a partir del cuarto mes de edad).	Porcentaje de niños y niñas de un año que al menos recibieron una vez dosis preventiva de sales de hierro al año.
	Porcentaje de niños de 1 a 5 años que al menos recibieron una vez dosis preventiva de sales de hierro.	Porcentaje de niños de 1 a 5 años que al menos recibieron una vez dosis preventiva de sales de hierro.	<b>Porcentaje de niños de 1 a 4 años que al menos recibieron una vez dosis preventiva de sales de hierro al año.</b>
<b>Porcentaje de niños de 6 - 59 meses con desnutrición moderada y severa.</b>	Porcentaje de niños de 6 - 36 meses con desnutrición moderada y severa que recibieron nutricrema.	Porcentaje de niños de 6 - 36 meses con desnutrición moderada y severa que recibieron nutricrema.	Porcentaje de niños de 6 - 36 meses con desnutrición moderada y severa que recibieron nutricrema

**Cuadro II: Evolución Indicadores de Desempeño – Programa Multifase (cont 1)**

2003/4 36 indicadores	2004/5 20 indicadores (+8)=28	2005/6 20 indicadores (+8)=28	08/07/2006 20 indicadores (+8)=28
INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
Porcentaje de puérperas con 5 controles prenatales	Porcentaje de embarazadas con 3 controles prenatales	Porcentaje de embarazadas con 3 controles prenatales*	Porcentaje de embarazadas que al tercer trimestre de gestación hayan completado al menos 3 controles prenatales
Porcentaje de mujeres de 15 años y más con resultado de PAP al año.	Porcentaje de mujeres de 15 años y más con resultado de PAP informado.	Porcentaje de mujeres de 15 años y más con resultado de PAP informado.	Porcentaje de mujeres de 15 años y más con resultado de citología de cérvix informado
Porcentaje de puérperas con un control postnatal	Porcentaje de puérperas con un control postnatal	Porcentaje de puérperas con un control postnatal	Porcentaje de puérperas con un control postnatal
Cobertura de mujeres en edad fértil de 15 - 49 años que utilizan métodos anticonceptivos.	Porcentaje de mujeres en edad fértil de 15 - 49 años que se les entregan métodos anticonceptivos.	<b>Cobertura de mujeres en edad fértil de 15 - 44 años que se les entregan métodos anticonceptivos.</b>	Porcentaje de mujeres en edad fértil de 15 - 49 años que reciben algún método anticonceptivo
<b>Cobertura de embarazadas que recibieron sales de hierro y ácido fólico</b>	Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron suplementación de hierro y ácido fólico en cada control prenatal.	Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron suplementación de hierro y ácido fólico en cada control prenatal.	Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron suplementación de hierro y ácido fólico en cada control prenatal
<b>Porcentaje de partos atendidos institucionalmente</b>	Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado.	Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado.	Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado
	<b>Porcentaje de parteras o personas capacitadas en la atención del parto.</b>	<b>Porcentaje de parteras o personas capacitadas en la atención del parto.</b>	
			<b>Porcentaje de embarazadas referidas para atención institucional del parto</b>
	Porcentaje de embarazadas captadas con registro de peso para la talla normal según edad gestacional.	Porcentaje de embarazadas captadas con registro de peso para la talla normal según edad gestacional.	<b>Porcentaje de embarazadas captadas con bajo peso que reciben complemento alimentario hasta los 6 meses de vida del recién nacido</b>
<b>Porcentaje de embarazos en adolescentes (10 a 14 años)</b>	Porcentaje de embarazadas captadas.	Porcentaje de embarazadas captadas.	Porcentaje de embarazadas captadas
Porcentaje de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años			<b>Porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre del embarazo.</b>
	<b>Porcentaje de cumplimiento de actividades educativas programadas.</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento de actividades educativas programadas.</b>	

**Cuadro II: Evolución Indicadores de Desempeño – Programa Multifase (cont 2)**

**2003/4**

**36 indicadores**

<b>INDICADOR</b>
<b>Cobertura de menores de 5 años que recibieron Vitamina A</b>
<b>Cobertura de púerperas que recibieron Vitamina A</b>
<b>Cobertura de mujeres en edad fértil de 15-49 años con vacunación antitetánica y antidiftérica (TD)</b>
<b>Cobertura de mujeres en edad fértil de 15-49 años con vacunación antisarampión y antirubeóla (MR)</b>
<b>Cobertura de adultos varones de 15 a 49 años con vacunación antitetánica y antidiftérica (Td)</b>
<b>Cobertura de adultos varones de 15 a 49 años con vacunación antirubeóla y antisarampión (MR)</b>
<b>Porcentaje de niños de 5 a 9 años con un control de salud al año según la edad.</b>
<b>Porcentaje de niños de 10 a 14 años con un control de salud al año según la edad.</b>
<b>Promedio de consultas de morbilidad en la población atendida</b>
<b>Porcentaje de sintomáticos respiratorios captados</b>
<b>Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis con tratamiento terminado</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el programa

Nota: Los indicadores en negritas reflejan cambios entre períodos.

### Cuadro III: Desempeño del Programa. Indicadores y PAISS en OEs

INDICADOR	2003/4			2004/5			2005/6			Variaciones		
	NUM.	DEN.	INDICE	NUM.	DEN.	INDICE	INDICE	1	2	T		
Porcentaje de viviendas con factores de riesgo ambiental con seguimiento (o equivalente).	861	1.358	75,23	8.219	10.724	77,00	77	2,35	0,00	2,35		
Porcentaje de Comités de Salud y JAAR capacitados en temas del PAISS (o equivalente).	1.023	1.301	77,10	726	712	101,97	86	32,26	-15,66	11,55		
Porcentaje de promotores de salud capacitados (o equivalente).	5.300	5.570	95,00	624	606	102,97	99	8,39	-3,86	4,21		
Porcentaje de niños de un año cumplido con esquema de vacunación completo para su edad (o equivalente)	696	802	79,46	4.498	4.747	94,75	97	19,25	2,37	22,08		
Cobertura de niños de 1 a 4 años con esquema de vacunación completa para su edad	1.766	2.983	59,20	9.082	10.831	83,85	97	41,64	15,68	63,85		
Porcentaje de niños de un año cumplido con 5 controles de salud al año.	248	802	30,92	2.325	4.747	48,98	s/d	58,39	na	na		
Porcentaje de niños de 1 a 4 años con 2 controles de salud al año según la edad (o equivalente).	1.226	2.983	41,10	8.690	10.831	80,23	97	95,22	20,90	136,01		
Porcentaje de púerperas con 5 (3) controles prenatales	40	882	4,54	1.477	3.783	39,04	63	760,90	61,36	1289,15		
Porcentaje de mujeres de 15 años y más con resultado de PAP al año (o equivalente).	615	4.437	13,86	6.821	14.048	48,55	45	250,31	-7,32	224,66		
Porcentaje de púerperas con un control posnatal	158	882	17,91	952	2.242	42,46	59	137,04	38,95	229,35		
Cobertura de mujeres en edad fértil de 15 - 49 años que utilizan métodos anticonceptivos.	407	4.437	9,17	5.928	12.591	47,08	60	413,27	27,44	554,10		
Cobertura de menores de 5 años que recibieron sales de hierro (o equivalente)	1.692	3.785	44,70	4.305	4.747	86,00	91	92,38	5,81	103,57		
Porcentaje de niños de 6 - 59 meses con desnutrición moderada y severa.	-	-	s/d	1.856	1.939	95,72	100	na	4,47	na		
Cobertura de embarazadas que recibieron sales de hierro y ácido fólico	234	882	26,53	2.386	3.783	63,07	83	137,73	31,60	212,85		
Porcentaje de partos atendidos institucionalmente	49	882	5,56	848	1.808	46,90	83	744,25	76,96	1394,00		
Porcentaje de parteras o personas capacitadas en la atención del parto.	-	-	n.a.	312	298	104,70	97	na	-7,35	na		
Porcentaje de embarazadas captadas con registro de peso para la talla normal según edad gestacional.	-	-	n.a.	2.320	3.783	61,33	83	na	35,34	na		
Porcentaje de embarazadas captadas (o equivalente).	3	882	3,06	3.783	4.870	77,68	101	2437,54	30,02	3199,33		
Porcentaje de cumplimiento de actividades educativas programas.	328	411	79,81	228	228	100,00	100	25,30	0,00	25,30		
Cobertura de menores de 5 años que recibieron Vitamina A	1.477	3.785	39,02	-	-	-	-	-	-	-		
Cobertura de púerperas que recibieron Vitamina A	70	882	7,94	-	-	-	-	-	-	-		
Cobertura de mujeres en edad fértil de 15-49 años con vacunación antitetánica y antidiférica (TD)	1.258	4.437	28,35	-	-	-	-	-	-	-		
Cobertura de mujeres en edad fértil de 15-49 años con vacunación antisarampión y antirubeola (MR)	1.173	4.437	26,44	-	-	-	-	-	-	-		
Cobertura de adultos varones de 15 a 49 años con vacunación antitetánica y antidiférica (Td)	251	4.629	5,42	-	-	-	-	-	-	-		
Cobertura de adultos varones de 15 a 49 años con vacunación antirubeola y antisarampión (MR)	307	4.629	6,63	-	-	-	-	-	-	-		
Porcentaje de niños de 5 a 9 años con un control de salud al año según la edad.	111	387	28,68	-	-	-	-	-	-	-		
Porcentaje de niños de 10 a 14 años con un control de salud al año según la edad.	67	315	21,27	-	-	-	-	-	-	-		
Promedio de consultas de morbilidad en la población atendida	34.192	22.968	148,87	-	-	-	-	-	-	-		
Porcentaje de sintomáticos respiratorios captados	10	34.192	0,03	-	-	-	-	-	-	-		
Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis con tratamiento terminado	1	19	5,26	-	-	-	-	-	-	-		

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el Programa.

Anexo II  
Marco Metodológico General de la Evaluación Concurrente.  
Programa Multifase, Febrero 2007 - notas

En base a la experiencia de la consultora (Gesaworld) en la conducción de la Evaluación del Programa Multifase, se desprende que el aprendizaje que se adquirió en estos años permite llevar la innovación en relación a la metodología, recolección de datos, procesos de verificación de validez y confiabilidad de la información, análisis de los diferentes tipos de indicadores.

### MARCO METODOLÓGICO GENERAL DE EVALUACIÓN CONCURRENTE

La evaluación concurrente, dentro del marco de los instrumentos capaces de determinar el avance, los logros y las limitaciones, permite evaluar aspectos del funcionamiento de programa, niveles de satisfacción de los beneficiarios, servicios producidos, aspectos técnicos y financieros y desempeño de implementadores.

Este tipo de evaluación permite el seguimiento del proceso de ejecución brindando información permanentemente sobre la estructura de planificación y ejecución, mejorando las intervenciones y el desempeño de los ejecutores (contrapuesto a la evaluación ex post).

**"La evaluación concurrente se define como un proceso de evaluación continuado, concurrente al desarrollo del Programa, que analiza el grado de cumplimiento de las metas y objetivos establecidos para el periodo de vigencia del Programa, con el fin de conocer los procesos generados y que mediante el correspondiente seguimiento y monitoreo de los indicadores de proceso, resultado e impacto, permite introducir medidas de mejora al desempeño a lo largo del propio Programa."**

La evaluación concurrente, como un ejercicio de tipo sistemático y de acompañamiento tiene como propósitos:

1. Mejorar el desempeño de programa Multifase
2. Seleccionar alternativas de acción para corregir limitaciones que se han generado en la implementación del programa
3. Identificar aquellas mejores prácticas que se están desarrollando para retroalimentar el sistema de implementación con los recursos y aprendizajes que como resultado del accionar del programa.
4. Ayuda a la toma de decisiones costo efectivas.

Las características que deben tener la evaluación concurrente son: Imparcial, creíble, útil y participativo.

Las funciones concretas a cumplir son:

1. valorar el grado de cumplimiento de los objetivos planteados por el Programa, la idoneidad de las actividades y la adecuación de los recursos, relacionado con la entrega del PAISS a través de las OEs y FOGI.
2. Identificar los problemas de desempeño.
3. Valorar el grado de cumplimiento de procedimientos, convenios de desempeño y contratos.

El sistema de evaluación y validación de resultados concurrente, en su característica de externo, tiene una periodicidad trimestral, de avance de hitos, indicadores y accionadores, y anual, donde se presenta el grado de cumplimiento de ellos.

## ENFOQUE METODOLÓGICO GLOBAL

Se aplica tanto dentro de la gestión de proyectos como en una metodología de evaluación de estrategias de extensión de coberturas y evaluación de contratos de prestación de servicios de salud. Los principales métodos, instrumentos y guías utilizadas por la Evaluación Concurrente durante los tres años iniciales de Seguimiento constante a las acciones del PAISS, se pueden sistematizar en las siguientes áreas o ámbitos de evaluación:

1. Evaluación de las condiciones de prestación de las organizaciones extra institucionales proveedoras del PAISS
2. Evaluación de la cobertura de comunidades y de población de las OE's, de acuerdo a los parámetros establecidos por el programa.
3. Evaluación de la cobertura de indicadores de desempeño de anual de las OE's.
4. Evaluación de la percepción de los usuarios que son beneficiados a través de la estrategia del PAISS.
5. Evaluación técnica y administrativa de la operación del Fondo para Giras Integrales (FOGI) incluyendo los aspectos de cobertura y cumplimiento de indicadores para cada región de salud.

**A continuación se describen para los informes mensuales, trimestrales y anuales la justificación, el propósito, la metodología, los elementos básicos de análisis, la estructura del informe y los usuarios. Ejemplo de descripción de Metodología – Secuencia, para los informes mensuales.**

Para reportar actividades del Plan Operativo del Programa Multifase en el Informe Mensual se sigue un proceso que implica:

1. La definición de necesidades de información a nivel operativo señaladas en el Plan Operativo Anual: actividades, tareas, sub componentes y componentes y que serán útiles para la toma de decisiones a nivel de ejecución directa.
2. A cada una de las actividades, se les asignará un porcentaje con un peso relativo que estime la importancia de la actividad para el cumplimiento del subcomponente.
3. A partir de las actividades consideradas en el Plan Operativo de cada año, se establecerán las tareas que hay que realizar para completar dicha actividad y a estas también se les asignará un peso relativo.
4. Un procedimiento similar se seguirá para obtener un peso relativo de cada sub componente en relación con el componente al que está vinculado.
5. Al final, se tendrá una cadena de secuencias operativas que permitirá por una parte, conocer cuál es el nivel de avance del Programa Multifase en diferentes niveles a partir de la cadena *tarea-actividad-subcomponente-componente*. Por otra lado, permitirá identificar los "cuellos de botella" hasta el nivel de tarea. Con este nivel de conocimiento, se podrá apoyar las áreas que presentan debilidades y hacer los cambios que sean pertinentes.
6. Diseño, validación y ajuste de los instrumentos de recolección de datos. Esta se realizará una vez y en función de la actividad anterior, pero una vez realizada, se podrán utilizar los mismos instrumentos por varios meses. Sin embargo, habrá que analizar cada cierto tiempo, si la información sigue siendo relevante para los principales usuarios.
7. La coordinación de la agenda de entrevistas
8. La revisión documental de antecedentes técnicos y programáticos y
9. La corroboración mediante fuentes de verificación de los datos obtenidos
10. El análisis y divulgación de la información oportuna y confiable proveniente de las distintas fuentes, hacia los usuarios básicos. Es importante destacar este último elemento, pues en muchas ocasiones, la información que se colecta se aglomera en los estantes de algún anaquel administrativo y se hace poco o ningún uso en el mejoramiento del programa. Este tipo de información, por la periodicidad y nivel que tiene, muy pronto pierde vigencia y debe llegar de manera oportuna a los usuarios.