

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PANAMÁ

Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud

(PN-L1115)

PERFIL DE PROYECTO

Este documento fue preparado por el equipo compuesto por: Leonardo Pinzón Enciso (SCL/SPH) jefe de equipo, Emma Sánchez-Monín (SPH/CNI); Matilde Neret (SCL/SPH); Beatriz Uribe (CID/CPN); Carmen Albertos (SCL/GDI); Annie Smith (SPH/CPN); Carolina González (SCL/SPH); Carolina Freire (SPH/CPN); Luis Tejerina (SPH/CHO); Jaime Rodríguez (SPH/CPN) Ezequiel Cambiasso (FMP/CPN), Juan Carlos Dugand (FMP/CPN); Pilar Jiménez de Arechaga (LEG/SGO); Álvaro González (SCL/SPH); Isabel Nieves, consultora; Sergio Quiroz (CID/CPN); y Martha Guerra (SCL/SPH).

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento está sujeto a divulgación pública.

PERFIL DE PROYECTO

PANAMÁ

I. DATOS BÁSICOS

Nombre del Proyecto:	Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud		
Número de Proyecto:	PN-L1115		
Equipo de Proyecto:	Leonardo Pinzón (SCL/SPH) jefe de equipo, Emma Sanchez-Monín (SPH/CNI); Matilde Neret (SCL/SPH); Luis Tejerina (SPH/CHO); Carolina Gonzalez (SCL/SPH); Annie Smith (SPH/CPN); Carolina Freire (SPN/CPN); Álvaro González (SCL/SPH); Carmen Albertos (SCL/GDI); Beatriz Uribe (CID/CPN); Ezequiel Cambiasso (FMP/CPN); Juan Carlos Dugand (FMP/CPN); Pilar Jiménez de Arechaga (LEG/SGO); Sergio Quiroz (CID/CPN); y Martha Guerra (SCL/SPH)		
Prestatario:	República de Panamá		
Organismo Ejecutor:	Ministerio de Salud		
Plan Financiero:	BID:	US\$	70 millones
	Local:	US\$	30 millones
	Total:	US\$	100 millones
Salvaguardias:	Políticas activadas:	OP-765, OP-102, OP-761	
	Clasificación:	B	

II. JUSTIFICACIÓN GENERAL Y OBJETIVOS

A. Justificación

- 2.1 Panamá viene experimentado un proceso de polarización epidemiológica, caracterizado por la continuidad en la presencia de enfermedades infecciosas, con un aumento paulatino del peso de las enfermedades crónicas degenerativas y sociales¹. Lo anterior, sumado a la transición demográfica del país, impone retos a un modelo ya fragmentado, que mantiene poblaciones excluidas de una atención adecuada, especialmente a aquellas que se encuentran en áreas rurales dispersas y en comarcas indígenas.
- 2.2 En Panamá, la fragmentación del modelo responde a que: (i) las estrategias de intervención no están integradas en los diferentes niveles de atención; (ii) se carece de mecanismos para coordinar la provisión de servicios de proveedores en el territorio; (iii) la capacidad de los proveedores de salud a nivel territorial resulta débil para planificar intervenciones, atender a poblaciones con mayores dificultades de acceso; y (iv) no se cuenta con instrumentos efectivos para monitorear los resultados de los proveedores del sistema.
- 2.3 A partir del 2013, entre las acciones más importantes encaminadas a mejorar los servicios de salud a la población rural dispersa y a las comarcas indígenas, se viene

¹ En el 2013 las causas de mortalidad con mayor prevalencia fueron las de tipo crónico-degenerativo como son las cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares y otras enfermedades del corazón, la diabetes mellitus. IHME, 2013.

implementando la **Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas de Atención Primaria en Salud** (EFC-APS). Esta, impulsada por el Ministerio de Salud (MINSA), busca mejorar la equidad en salud a través del incremento en el acceso, uso y calidad de los servicios en las áreas mencionadas. La Estrategia provee de servicios de prevención, promoción y atención, con énfasis en la Atención Integral de la Niñez en la Comunidad (AIN-C), prestados por: (i) Organizaciones Extra institucionales (OE) que atienden comunidades de difícil acceso, constituyendo la red itinerante y (ii) el MINSA, que hace uso de sus instalaciones, conformando la red fija. La Estrategia cuenta con un modelo de financiamiento combinado, de pago per cápita y de pago por desempeño a los proveedores, modelo que ha generado incentivos para mejorar la eficiencia en la entrega de servicios.

- 2.4 El Banco ha venido apoyando la Estrategia por medio del **Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud** (Préstamo 2563/OC-PN). Este Programa ha alcanzado un desembolso del 75% y a fecha se encuentra comprometida cerca de la totalidad de los recursos. Entre los logros del Programa están: (i) la ampliación de la cobertura a 255 mil panameños; (ii) el mejoramiento de la calidad en la prestación, dado por la transformación y habilitación de puestos y sub-centros de salud y por la rehabilitación de 19 centros; (iii) la introducción de la modalidad de pago por desempeño, que ha permitido unificar, bajo el concepto de Unidad Básica de Salud, los servicios ofrecidos en las redes fija e itinerante. Esto último ha permitido garantizar servicios a una población de referencia, con gestión territorial, incorporando la consideración de la distancia entre la población y el centro de salud. En un plazo breve, la Estrategia ha evidenciado las ventajas de un modelo organizacional integral y gestionado por resultados, con atención nominalizada y financiamiento capitado ligado a niveles de eficiencia en la entrega de servicios de atención primaria: A pesar del corto tiempo de implementación, ya se destacan: (i) un incremento del 62% al 67% en el número de mujeres embarazadas, que al final del tercer trimestre de gestación, habían completado al menos tres controles prenatales; (ii) un aumento de 10 puntos porcentuales² en el número de partos atendidos por personal capacitado; (iii) la duplicación en el número de pacientes hipertensos que han recibido tratamiento según la norma³ y (iv) un aumento del 21% al 52% en el número de pacientes diabéticos atendidos con el procedimiento que define la norma .
- 2.5 La Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) diseñada en el año 2013 con el fin de reducir la mortalidad materna y la de los recién nacidos en comarcas indígenas y en zonas rurales dispersas, integra intervenciones y recursos disponibles con un enfoque temático para la planificación familiar y los cuidados obstétricos de parto, puerperio y del neonato. Complementariamente, bajo el marco de la **Iniciativa Salud Mesoamérica 2015**, se trabajó en el diseño de una Estrategia de Planificación Familiar y Anticoncepción y en una Estrategia de Cambio de Comportamiento, ambos con un enfoque intercultural, a fin de aumentar la comprensión y demanda de servicios de planificación familiar y de salud materno- infantil.
- 2.6 Por último, para mejorar el estado de nutrición, el MINSA lideró la actualización de las Guías para la Atención de la Salud del Niño hasta los nueve años. Se ha adecuado la composición del alimento complementario a la población menor de dos años, especialmente su contenido de micronutrientes, reconociendo la vulnerabilidad

² De 76% al 85%. Datos administrativos MINSA, 2014.

³ De 23% a 50%. Datos administrativos MINSA, 2014.

nutricional de este grupo aún en el contexto de la transición epidemiológica⁴. Por otro lado, Panamá ya cuenta con el diseño parcial del Programa de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad, AIN-C, como intervención de comunicación educativa para el cambio de conductas alimentarias y de cuidado a mujeres embarazadas y a niños menores de 24 meses⁵, incluyendo material de consejería culturalmente adaptado y pertinente a las poblaciones de las comarcas Guna Yala, Ngäbe Buglé y Embará-Wuonaan. Finalmente, siguiendo las mejores prácticas internacionales, el MINSA está llevando a cabo un estudio comparativo de aceptabilidad y adherencia a los micronutrientes para niños de entre 6 y 24 meses, para evaluar la pertinencia de introducir este producto en sustitución del hierro en solución.

- 2.7 **Retos pendientes.** A pesar de estos avances el sector aún enfrenta retos. Respecto a la oferta institucional, aún se evidencian desigualdades en el acceso oportuno y de calidad de los servicios entre poblaciones, alcanzándose niveles muy precarios en comarcas indígenas y en áreas rurales dispersas. Persisten poblaciones que no tienen acceso a servicios o que los reciben de manera interrumpida. Lo anterior se refleja en los indicadores de salud materna e infantil en estas áreas: En la Comarca Ngäbe Buglé la mortalidad materna alcanza 275 mil defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra cinco veces superior a la registrada a nivel nacional para el año 2012⁶. De acuerdo con estudios del Banco en Panamá, cerca del 70% de las muertes maternas se relacionan con causas obstétricas directas (69% del total) y son el resultado de complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio. Por su parte, un número considerable de las defunciones infantiles son el resultado de infecciones respiratorias o diarreicas. Las defunciones debidas a causas perinatales registraron el 39,5%⁷ en el 2012. En el 2013, la tasa de mortalidad infantil registrada fue de 16 muertes por cada mil nacidos vivos, cifra muy superior a la meta de 6,3 establecida para el año de 2015⁸.
- 2.8 En cuanto a la situación nutricional de mujeres y niños, Panamá experimenta una transición, de una situación caracterizada por carencias nutricionales (desnutrición crónica infantil y deficiencias de micronutrientes), a un escenario donde coexisten estas carencias con el sobrepeso y la obesidad. La transición es más notoria en las comarcas indígenas⁹: Las mujeres enfrentan pandemia de sobre peso y obesidad¹⁰, alcanzando una prevalencia combinada de 59,4% en el 2008 y de 64,6% en el 2010 (esta última en una muestra sub nacional). En cuanto a los menores de 5 años, el principal problema de carencias es la desnutrición crónica, que alcanza el 56%¹¹ en comarcas indígenas. Al mismo tiempo, el país da señales que el sobrepeso y la obesidad en niños menores de cinco años, constituyen ya problemas de salud pública.

⁴ Moreno, L, Zavaleta, N. Revisión de la fórmula de la crema nutricional distribuida como complemento alimenticio en Panamá para cubrir los requerimientos nutricionales de niños de 6 a 24 meses de edad. IIN. Lima, Perú, 2015.

⁵ Montes I, Pavón X. prácticas de cuidado y alimentación infantil en las comarcas indígenas. MINSA. Panamá, 2009; (ii) Montes Molina IM, Lara Mendoza LM. Informe final de investigación formativa: prácticas de cuidado, alimentación e higiene y su mejoramiento en la mujer embarazada, en período de lactancia, puérpera y niñez menor de dos años en las Comarcas Indígenas. MINSA. Panamá, 2014.

⁶ La cifra nacional es 55.6 muertes/100 mil nacidos vivos. La cifra para la comarca Ngäbe Buglé es de 275 muertes/100 mil nacidos vivos.

⁷ INEC, 2012.

⁸ ODM, III Informe de Panamá, 2009.

⁹ Sasson M, Lee M, Jan C, Fontes F, Motta J. Prevalence and associated factors of obesity among Panamanian adults, 1982-2010. *PLoS One* 2014; 9:1-10.

¹⁰ Popkin BM, Adair LS, Ng SW. *Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries.* *Nutr Rev* 2012; 70:3-21.

¹¹ Salud Mesoamérica 2015: Informe final. IHME. Seattle, Washington, 2014.

- 2.9 Para responder a estos desafíos, se requiere de una respuesta que integre estrategias, niveles de atención y que priorice intervenciones dirigidas a poblaciones con mayores dificultades de acceso a servicios de salud, consolidando el trabajo realizado por el MINSA en los últimos tres años y priorizando la implementación de las intervenciones ya diseñadas para la atención materna e infantil, la desnutrición crónica y el mejoramiento de la salud de la población según el perfil epidemiológico.

B. Objetivos y Componentes del Programa

- 2.10 El objetivo del programa es mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, y contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil a través de una mayor cobertura y calidad de los servicios de salud. Específicamente se busca: (i) aumentar la cobertura y consolidar redes integradas de servicios para garantizar la armonización de acciones de proveedores en el primer y segundo nivel de atención; (ii) mejorar la calidad de los servicios de salud según el ciclo de vida y con pertinencia cultural; y (iii) fortalecer la capacidad institucional y de gestión del MINSA a nivel central y regional que permita, entre otros, dotarlo de herramientas de planeación, gestión y monitoreo que garanticen la continuidad en la atención.
- 2.11 **Componente 1. Consolidación de Redes Integradas de Servicios de Salud (86,0 millones).** El objetivo es fortalecer y mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, incorporando el enfoque de redes integradas salud y consolidando el modelo de pago per cápita y por desempeño para proveedores. Se financiará: (i) el fortalecimiento de la atención continua y oportuna bajo un enfoque de redes y micredes; (ii) la consolidación de la plataforma de provisión de servicios comunitaria e institucional para garantizar la trazabilidad de los cuidados de atención primaria; (iii) la contratación de proveedores con financiamiento basado en el cumplimiento de metas de desempeño y cobertura; (iv) el fortalecimiento de la cartera de servicios de atención según ciclo de vida con énfasis en la salud materna e infantil y en la implementación de una estrategia integral de nutrición; y (v) la adecuación de la infraestructura de 23 centros de salud y 3 hospitales regionales de referencia para las comarcas indígenas de Ngäbe Buglé, Guna Yala y Emberá-Wuonaan.
- 2.12 **Componente 2. Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud (14,0 millones).** El objetivo es fortalecer la capacidad del MINSA para planear, gestionar y monitorear la red de servicios de salud. Se financiará: (i) la asistencia técnica para aumentar la eficiencia y equidad del modelo de prestación vigente, incluyendo mejoras al seguimiento y monitoreo de indicadores de desempeño y cobertura, ajustes a los reglamentos y manuales operativos y diseño de una estrategia para aumentar la eficiencia de la distribución del personal médico y de enfermería; (ii) consolidar el modelo de gestión del abastecimiento de insumos y medicamentos; (iii) diseñar e integrar los sistemas de salud para fortalecer la gestión de las redes (gestión del padrón de población beneficiaria, monitoreo del cumplimiento de indicadores de cobertura y desempeño, compilación y análisis comparativo de datos al nivel de prestador y herramientas para facilitar la retroalimentación a los proveedores); (iv) asistencia técnica para el funcionamiento de la unidad ejecutora, auditoría técnica externa del programa y evaluación del programa; y (v) el desarrollo de la Encuesta Nacional de Salud.

C. ALINEACIÓN ESTRATÉGICA

- 2.13 El proyecto contribuirá a la prioridad de financiamiento del Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764) (GCI-9) de: (i) la reducción de la pobreza aumento de la equidad; y (ii) países pobres y vulnerables. Asimismo, contribuirá a las metas regionales de reducción de la mortalidad materna e infantil, y contribuirá al indicador de personas que se benefician de servicios de salud. La operación está alineada con el Plan Estratégico de Gobierno PEG 2015-2019 y con la Estrategia del Banco para Panamá en proceso de diseño.

III. ASPECTOS TÉCNICOS Y CONOCIMIENTO DEL SECTOR

- 3.1 La inequidad en el acceso a los servicios de salud está fuertemente relacionada con la ausencia de una red integrada de servicios, al uso ineficiente de los recursos, a una duplicación de tareas y gastos. Por lo anterior, durante el diseño del presente programa se hará énfasis en: (i) la revisión del modelo de atención primaria en salud con énfasis en la atención integral de población vulnerable acordes con el perfil demográfico y epidemiológico; (ii) el examen de las condiciones que permitan la implementación efectiva de la red integrada; (iii) la evaluación de alternativas que contribuyan a consolidar las herramientas de planificación, monitoreo y gestión de los servicios de salud en el territorio; y (iv) la mejora en los resultados de los servicios hospitalarios en las áreas focalizadas y la realineación de los incentivos financieros.

IV. SALVAGUARDIAS AMBIENTALES Y SOCIALES

- 4.1 De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias Ambientales (OP-703), el programa fue clasificado como categoría “B” por lo que deberá ser realizado un análisis y un plan ambiental. Se esperan impactos sociales positivos de las inversiones y sólo se anticipan posibles riesgos ambientales por el posible manejo de desechos de las unidades de salud a ser intervenidas.

V. RECURSOS Y CRONOGRAMA

- 5.1 El Anexo V detalla el cronograma de preparación de la operación. Se prevé que el Comité de Políticas Operativas (OPC) apruebe el Borrador de Propuesta de Préstamo el 16 de noviembre del 2015 y que el Directorio apruebe el proyecto el 16 de diciembre del 2015. El costo estimado para la preparación es US\$163.336 de los cuales US\$124.000 se destinarán a consultorías y estudios y US\$39.336 a misiones.
- 5.2 El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, hasta por la suma de US\$14.000.000 (20% del monto propuesto del préstamo), y reconocer con cargo al aporte local, hasta por la suma de US\$6.000.000 (20% del monto estimado del aporte local), gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo para la adquisición de obras, bienes, servicios diferentes a consultorías y servicios de consultorías, siempre que se hayan cumplido con requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir de la aprobación del presente perfil, pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo”.

CONFIDENCIAL

¹ La información contenida en este Anexo es de carácter deliberativo, y por lo tanto confidencial, de conformidad con la excepción relativa a "Información Deliberativa" contemplada en el párrafo 4.1 (g) de la "Política de Acceso al Información" del Banco (Documento GN-1831-28).

SAFEGUARD POLICY FILTER REPORT

PROJECT DETAILS	
IDB Sector	HEALTH-PRIMARY HEALTH CARE
Type of Operation	Other Lending or Financing Instrument
Additional Operation Details	
Investment Checklist	Generic Checklist
Team Leader	Pinzon Enciso, Leonardo Enrique (LEONARDOP@iadb.org)
Project Title	Strengthening Integrated Health Networks
Project Number	PN-L1115
Safeguard Screening Assessor(s)	Pinzon Enciso, Leonardo Enrique (LEONARDOP@iadb.org)
Assessment Date	2015-08-28

SAFEGUARD POLICY FILTER RESULTS		
Type of Operation	Loan Operation	
Safeguard Policy Items Identified (Yes)	Is this project specifically designed to address indigenous peoples issues?	(B.01) Indigenous People Policy– OP-765
	Does this project offer opportunities for indigenous peoples through its project components?	(B.01) Indigenous People Policy– OP-765
	The Bank will make available to the public the relevant Project documents.	(B.01) Access to Information Policy– OP-102
	Is this project specifically designed to address gender equality or women's empowerment issues?	(B.01) Gender Equality Policy– OP-761
	The operation is in compliance with environmental, specific women's rights, gender, and indigenous laws and regulations of the country where the operation is being implemented (including national obligations established under ratified Multilateral Environmental Agreements).	(B.02)
	The operation (including associated facilities) is screened and classified according to their potential environmental impacts.	(B.03)
	There are Associated Facilities (see Policy definition) relating to the investments being financed by the Bank.	(B.04)
	An Environmental Assessment is required.	(B.05)

	Consultations with affected parties will be performed equitably and inclusively with the views of all stakeholders taken into account, including in particular: (a) equal participation of women and men, (b) socio-culturally appropriate participation of indigenous peoples and (c) mechanisms for equitable participation by vulnerable groups.	(B.06)
	The Bank will monitor the executing agency/borrower's compliance with all safeguard requirements stipulated in the loan agreement and project operating or credit regulations.	(B.07)
	The operation has the potential to pollute the environment (e.g. air, soil, water, greenhouse gases...).	(B.11)
	Any part of the investment or component(s) is being co-financed.	(B.15)
	Suitable safeguard provisions for procurement of goods and services in Bank financed projects may be incorporated into project-specific loan agreements, operating regulations and bidding documents, as appropriate, to ensure environmentally responsible procurement.	(B.17)
Potential Safeguard Policy Items(?)	No potential issues identified	
Recommended Action:	Operation has triggered 1 or more Policy Directives; please refer to appropriate Directive(s). Complete Project Classification Tool. Submit Safeguard Policy Filter Report, PP (or equivalent) and Safeguard Screening Form to ESR.	
Additional Comments:		

ASSESSOR DETAILS	
Name of person who completed screening:	Pinzon Enciso, Leonardo Enrique (LEONARDOP@iadb.org)
Title:	
Date:	2015-08-28
COMMENTS	
No Comments	

SAFEGUARD SCREENING FORM

PROJECT DETAILS	
IDB Sector	HEALTH-PRIMARY HEALTH CARE
Type of Operation	Other Lending or Financing Instrument
Additional Operation Details	
Country	PANAMA
Project Status	
Investment Checklist	Generic Checklist
Team Leader	Pinzon Enciso, Leonardo Enrique (LEONARDOP@iadb.org)
Project Title	Strengthening Integrated Health Networks
Project Number	PN-L1115
Safeguard Screening Assessor(s)	Pinzon Enciso, Leonardo Enrique (LEONARDOP@iadb.org)
Assessment Date	2015-08-28

PROJECT CLASSIFICATION SUMMARY		
Project Category: B	Override Rating:	Override Justification:
		Comments:
Conditions/ Recommendations	<ul style="list-style-type: none"> • Category "B" operations require an environmental analysis (see Environment Policy Guideline: Directive B.5 for Environmental Analysis requirements). • The Project Team must send to ESR the PP (or equivalent) containing the Environmental and Social Strategy (the requirements for an ESS are described in the Environment Policy Guideline: Directive B.3) as well as the Safeguard Policy Filter and Safeguard Screening Form Reports. • These operations will normally require an environmental and/or social impact analysis, according to, and focusing on, the specific issues identified in the screening process, and an environmental and social management plan (ESMP). However, these operations should also establish safeguard, or monitoring requirements to address environmental and other risks (social, disaster, cultural, health and safety etc.) where necessary. 	

SUMMARY OF IMPACTS/RISKS AND POTENTIAL SOLUTIONS	
Identified Impacts/Risks	Potential Solutions
Moderate Greenhouse Gas Emissions are predicted.	<p>Greenhouse Gas (GHG) Assessment: The borrower should promote the reduction of project-related greenhouse gas emissions in a manner appropriate to the nature and scale of project operations and impacts. The borrower should quantify direct emissions from the facilities owned or controlled within the physical project boundary and indirect emissions associated with the off-site production of power used by the project.</p>

	<p>Quantification and monitoring of GHG emissions should be conducted annually in accordance with internationally recognized methodologies (i.e. IPCC - http://www.ipcc.ch/). In addition, the borrower should evaluate technically and financially feasible and cost-effective options for the reduction/offset of emissions that may be achieved during the design and operation of the project. The Sustainable Energy and Climate Change Initiative (SECCI) can help with this task (http://www.iadb.org/secci/).</p>
<p>Project construction activities are likely to lead to localized and temporary impacts (such as dust, noise, traffic etc) that will affect local communities and workers but these are minor to moderate in nature.</p>	<p>Construction: The borrower should demonstrate how the construction impacts will be mitigated. Appropriate management plans and procedures should be incorporated into the ESMP. Review of implementation as well as reporting on the plan should be part of the legal documentation (covenants, conditions of disbursement, etc).</p>

DISASTER RISK SUMMARY	
<p>Disaster Risk Category: Low</p>	
<p>Disaster/ Recommendations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No specific disaster risk management measures are required.

ASSESSOR DETAILS	
<p>Name of person who completed screening:</p>	<p>Pinzon Enciso, Leonardo Enrique (LEONARDOP@iadb.org)</p>
<p>Title:</p>	
<p>Date:</p>	<p>2015-08-28</p>

COMMENTS	
<p>No Comments</p>	

ESTRATEGIA AMBIENTAL Y SOCIAL

I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

- 1.1 El Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud. El objetivo del programa es contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil y mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población de comarcas indígenas y áreas rurales dispersas a través de un mayor acceso, uso y calidad de los servicios de salud. Específicamente se busca: (i) articular de redes integradas de servicios de salud; (ii) mejorar la cartera de servicios según el ciclo de vida y de acuerdo con el perfil epidemiológico; (iii) enfatizar en la pertinencia cultural de los servicios de salud en las áreas de intervención; y (iv) fortalecer la capacidad institucional y de gestión del MINSA a nivel central y regional.
- 1.2 Componente 1. Articulación de Redes Integradas de Servicios de Salud. El objetivo es fortalecer y mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, incorporando el enfoque de redes integradas de servicios de salud y consolidando el modelo de pago per cápita y por desempeño para proveedores de salud. Se financiará: (i) el fortalecimiento de la atención continua y oportuna bajo un enfoque de redes y microredes de salud; (ii) la consolidación de la plataforma de provisión de servicios comunitaria e institucional para garantizar la trazabilidad de los cuidados de atención primaria en salud; (iii) contratación de proveedores con financiamiento basado en el cumplimiento de metas de desempeño y cobertura; (iv) fortalecimiento de la cartera de servicios de atención primaria en salud según ciclo de vida con énfasis en la salud materna e infantil; y (v) la adecuación de la infraestructura a nivel de centros de salud y hospitales regionales de referencia para comarcas indígenas.
- 1.3 Componente 2. Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud. El objetivo es fortalecer la capacidad del MINSA para normar, conducir y gestionar la red de servicios de salud. Se financiará: (i) asistencia técnica para aumentar la eficiencia y equidad del modelo de prestación vigente, incluyendo mejoras a la construcción de indicadores de desempeño y cobertura, ajustes a los reglamentos y manuales operativos, y el diseño de una estrategia para aumentar la eficiencia de la distribución del personal médico y de enfermería; (ii) consolidar el modelo de gestión del abastecimiento de insumos y medicamentos; (iii) diseño e integración de los sistemas de salud para fortalecer la gestión y monitoreo de las redes de salud, incluyendo la gestión del padrón de población beneficiaria, el monitoreo del cumplimiento de indicadores de cobertura y desempeño, la compilación y análisis comparativo de datos al nivel de prestador, y herramientas para facilitar la retroalimentación a los proveedores; (iv) asistencia técnica para el funcionamiento de la unidad ejecutora, auditoría técnica externa del programa, y evaluación operativo del programa; y (v) el desarrollo de la Encuesta Nacional de Salud.

II. CONTEXTO INSTITUCIONAL Y REGULATORIO

- 2.1 Como parte de la normatividad asociada a la prevención y mitigación de los impactos ambientales, de salud, de seguridad laboral, se han encontrado las siguientes regulaciones:
- 2.2 Manual de Especificaciones Técnicas Generales para la Construcción y Rehabilitación de Carreteras y Puentes. Manual de Especificaciones Ambientales del Ministerio de Obras

Públicas. Norma Ambiental de Calidad de Suelos para diversos usos. Guía de Buenas Prácticas Ambientales para la Construcción y Ensanche de Carreteras y la Rehabilitación de Caminos Rurales. Sistema Nacional de Áreas Protegidas. Régimen Administrativo Especial para el manejo, protección y conservación de las cuencas hidrográficas de la República de Panamá. Norma Primaria de Calidad Ambiental y Niveles de Calidad para las Aguas Continentales de Uso Recreativo con y sin Contacto Directo. Reglamento técnico para la descargas de efluentes líquidos directamente a cuerpos y masas de aguas superficiales y subterráneas. Reglamento para el control de los ruidos en espacios públicos, áreas residenciales o de habitación, así como en ambientes laborales. Niveles de ruido para las áreas residenciales e industriales.

- 2.3 Además, el programa deberá ser sometido al proceso de Evaluación de Impacto Ambiental (EIA) para obtener una Resolución Ambiental que es emitida por la Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM). Una vez que la ANAM haya emitido la Resolución Ambiental aprobatoria, será necesario obtener los siguientes permisos antes de iniciar la construcción: (i) Plan Final de Infraestructura y sus respectivos estudios a través de la Ventanilla Única del Ministerio de Vivienda (MIVI), quien coordinará con las autoridades correspondientes, la revisión y emisión de los permisos asociados para carreteras, agua potable, aguas residuales, entre otras;(ii) una vez completados los permisos de infraestructura se deberán tramitar los permisos municipales de construcción ante el municipio correspondiente.

III. CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE MEDIO AMBIENTE Y SALVAGUARDIAS DEL BANCO

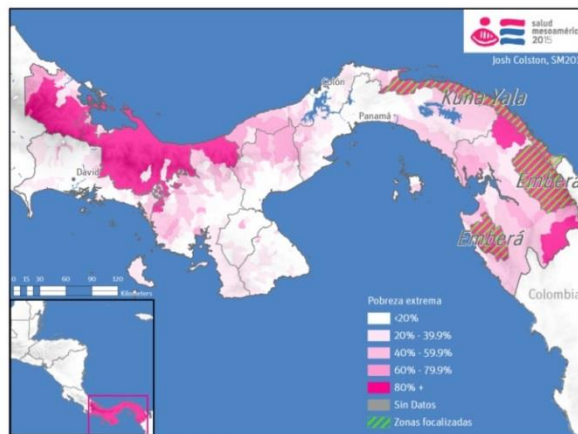
- 3.1 De acuerdo con la Política de Salvaguardas Ambientales del Banco (OP-703), la operación ha sido clasificada como Categoría —B. El reporte de Salvaguardas Ambientales identificó las siguientes políticas y directivas: OP-765 Política Operacional sobre Población indígena y estrategia para el desarrollo de los indígenas; (i) OP-102 Política de Acceso a la información; (ii) OP-761 Política operacional en equidad de género y desarrollo; (iii) B.02 Procedimientos e implementación ; (iv) B.03 Pre evaluación y Clasificación; (v) B.04 Otros factores de riesgo; (vi) B.05 Requisitos de Evaluación Ambiental; (vii) B.06 Consultas; (viii) B.07 Supervisión y cumplimiento; y (ix) B.11 Prevención y Reducción de la Contaminación.

IV. CONTEXTO AMBIENTAL Y SOCIAL

A. Ubicación del Programa de Desarrollo e Inclusión Social

- 4.1 El programa funcionará en las áreas de mayor pobreza del país específicamente áreas rurales e indígenas donde se encuentra la población beneficiaria de la Cartera Priorizada de Servicios de Salud y donde se carece de una oferta adecuada –en continuidad y calidad- de salud. En el caso de las áreas indígenas el programa beneficiará a la población en situación de pobreza de las Comarcas Emberá Wounaan, Ngäbe Buglé y Kuna Yala.

4.2 La construcción y habilitación de infraestructura de salud será priorizada para mejorar la atención primaria en salud en puestos, subcentros y centros, así como en hospitales regionales de referencia de comarcas indígenas. Éstos se ubican en las zonas más pobres del país y con mayor concentración de población infantil. La construcciones nuevas deberán cumplirla regulación panameña para la construcción y con los estándares del Banco que incluyen buenas prácticas bien conocidas para este sector las cuales están enfocadas en todo lo referente a la prevención de los potenciales impactos negativos y riesgos socio-ambientales, incluyendo todo lo referente a los aspectos de seguridad y salud ocupacional durante todas las actividades tanto para la etapa de construcción como de operación. Cabe destacar que el modelo de infraestructura se realizará en base, pero no exclusivamente, con el enfoque en los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) y debe incorporar la perspectiva intercultural y del contexto de desarrollo de salud según ciclo de vida.



4.3 Panamá es uno de los países con mayor diversidad biológica en proporción a su tamaño. Según lo indicado en la Agenda Ambiental Panamá 2014 -2019, “Panamá posee: mayor número de animales vertebrados (más de 3.000 especies) que cualquier otro país de Centro América o el Caribe, mayor número de especies de aves (970) que los Estados Unidos y Canadá juntos, y tiene 21 veces más especies de plantas (10.444 especies en total) por km² que Brasil”¹.

4.4 Al 2013 el país contaba con 104 áreas protegidas que equivalen a casi 3,6 millones de hectáreas. No obstante, estas áreas se enfrentan a diversas amenazas que afecta a las especies y ecosistemas que allí conviven. Entre las principales amenazas están la contaminación de las fuentes de agua, la deforestación, la erosión, la minería, e inclusive la construcción de obras civiles.

4.5 De acuerdo con lo anterior, y tal y como se expuso en la sección II de este documento se espera que la construcción y habilitación de instalaciones de salud cumpla con la reglamentación vigente y no afecte a ninguna de las áreas protegidas en el territorio Panameño.

B. Impacto ambiental potencial del programa

4.6 No se ha identificado un impacto ambiental negativo a través del Programa ni de las construcciones y habilitación de instalaciones de salud. El programa financiará inversiones físicas y construcciones de instalaciones de salud. Sin embargo, no se prevé tener un impacto directo en el medio ambiente o en las comunidades rurales indígenas o no indígenas, así como en las comarcas indígenas.

4.7 Durante la preparación de la operación se trabajará en los siguientes aspectos en relación a las obras:

¹ Recursos Naturales y Biodiversidad. Agenda Ambiental Panamá 2014-2019 Página 16.

- sustento de la focalización de las inversiones.
- estudio de parámetros arquitectónicos y funcionales.
- documento de estándares de calidad de los servicios.

4.8 De igual forma se elaborará un Análisis Ambiental que incluya un Plan de Gestión Ambiental y Social para cumplir con la política de salvaguardias ambientales del Banco lo que incluye un proceso de consulta y de socialización del proyecto.

C. Aspectos sociales

4.9 Según datos del Ministerio de Economía y Finanzas, al 2014 la pobreza y pobreza extrema en áreas urbanas de Panamá afecta al 13,8% y 3,3% de la población, respectivamente, mientras que en áreas rurales asciende al 49,7% y 26,3%. En las áreas indígenas, el 86,9% de la población es pobre y de ellos, el 66,8% es considerado pobre extremo. Las condiciones de privación tanto de servicios básicos como de atención en salud, educación, vivienda y desarrollo productivo en las áreas indígenas son especialmente críticas. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) da cuenta de las enormes disparidades entre las diferentes áreas del país. Mientras que el IDH del país es 0.775 (medio-alto), en las comarcas el índice disminuye de manera significativa, evidenciando deficiencias en los logros educativos, de salud y de ingresos².

• Situación actual de la población indígena

4.10 En el censo de población realizado en Panamá en el año 2010, 417.559 personas declararon ser indígenas, los cuales representan el 12,3% de la población total del país. La población indígena se agrupa en siete grupos: Ngöbe (62,3%), Kuna (19,3%), Embera (7,5%), Buglé (5,9%), Wounaan (1,7%) y Naso (o Teribe) y Bri Bri-o Bokota (3,3%). En lo relativo a la distribución según grupo étnico, los Ngöbe son el grupo mayoritario y representan el 62,3% del total de la población indígena, le siguen en orden de importancia los Kunas (19,3%); entre los grupos minoritarios se encuentran los Teribes, los Bri Bri y los Bokotas (los cuales representan el 1,0%, el 2,5% y el 0,4% respectivamente) (Gobierno de Panamá, Censo 2010).

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

• Plan Estratégico de Gobierno 2015-2020

4.12 Quebrar el ciclo de reproducción de la pobreza y la desigualdad es uno de los objetivos estratégicos del diseño de los sistemas de protección social en América Latina y el Caribe, fomentando el desarrollo de la autonomía y la ampliación de las oportunidades con que cuenta de la población más carenciada (Ferreira y Robalino, 2010).

² El IDH de la Comarca Ngäbe Buglé es 0.499; Comarca Emberá Wounaan es 0.568; y Comarca Kuna Yala es 0.523.

4.13 La Operación PN-L115 está alineada con la estrategia social y económica del país establecida en el PEG (Plan Estratégico de Gobierno) 2015-2019. Es consistente con su enfoque social, el cual está dirigido a mejorar la cobertura de las necesidades y servicios básicos (PEG Sección 5.4.) y a mejorar el desarrollo de las capacidades humanas (PEG Sección 5.6.). Por otro lado, la operación es consistente con su enfoque de gestión de gobierno, el cual tiene como objetivo la modernización de la gestión pública a través de (i) mejoras en materia de implantación del presupuesto por programas y medición de resultados; (ii) la modernización y mejoramiento del sistema de control; y (iii) el establecimiento de un marco fiscal de contención y consistente (PEG Sección 5.8).

- **Aspectos relevantes de la estructura del programa PN-L1115 en la atención a pueblos indígenas:**

4.14 Los componentes de la operación incluirán acciones para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud en la población beneficiaria de comarcas indígenas y áreas rurales dispersas. Las inversiones en infraestructura física de instalaciones de salud debe ser diseñada en consulta con y adaptada a las particularidades de las diferentes comarcas indígenas y áreas rurales dispersas, ampliando la cobertura y calidad de los programas, aplicando a la vez protocolos de prevención promoción y atención con pertinencia cultural.

- **Aspectos relevantes de la estructura del programa PN-L1155 en la atención a la equidad de género**

4.15 El Programa contempla intervenciones relacionadas con el favorecimiento del rol de la mujer en la toma de decisiones sobre la economía familiar, la educación de sus hijos, así como de su propia salud sexual y reproductiva y la salud de su familia.

4.16 En materia de salud sexual y reproductiva, se enfocarán las acciones para empoderar las decisiones de la mujer durante la atención prenatal, la toma del Papanicolaou, y el parto institucional, concientizando a la mujer respecto del auto cuidado de su salud sexual y reproductiva. Los estudios de redes sociales realizados por el BID y el Ministerio de Salud en áreas indígenas, respecto de barreras a la demanda de servicios de salud, revelan el poco empoderamiento de la mujer indígena respecto de las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, influyendo sobre las mismas una extensa red de actores familiares, comunitarios y tradicionales, que muchas veces dificultan su acceso a los servicios de salud.

V. RIESGOS DE IMPACTOS Y MEDIDAS DE CONTROL

5.1 Las construcciones no son de gran envergadura y no se afectara a una zona aledaña a un parque natural o zona protegida. Sin embargo, teniendo en cuenta las implicaciones y riesgos que esto traería consigo se trabajarán de manera muy cercana y coordinada con el gobierno para prevenir este riesgo a través de una evaluación ambiental y de un Plan de Gestión Ambiental y Social.

5.2 La construcciones nuevas deberán cumplirla regulación panameña para la construcción, regulaciones que incluyen medidas especiales referentes a la manipulación y utilización de materiales de construcción.

5.3 Por las características del programa, se anticipa que éste no producirá efectos sociales negativos.

VI. ESTRATEGIA DEL ANÁLISIS AMBIENTAL Y SOCIAL

- 6.1 Durante la etapa de análisis, el Ministerio de Salud de Panamá elaborará la respectiva Evaluación de Impacto Ambiental (EIA), y un Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS) que formará parte del Reglamento Operativo de la Operación, debidamente presupuestado.
- 6.2 El equipo de proyecto realizará el respectivo análisis, enfatizando en los riesgos e impactos positivos y negativos potenciales de los componentes sociales, ambientales, de salud ocupacional, seguridad industrial y temas laborales, que el proyecto pueda generar durante las etapas de construcción y operación. Además, se revisará el cumplimiento de las políticas de salvaguardia aplicables, con énfasis sobre los siguientes temas:
- a. **Análisis de los impactos socio-ambientales positivos y negativos**
 - Evaluar el cumplimiento de la política del BID y las regulaciones locales, incluyendo los impactos directos indirectos y cumulativos, regionales y acumulativos, utilizando líneas de base según sea requerido.
 - Se realizará la evaluación identificando las medidas requeridas para que los impactos positivos se potencialicen y los negativos se minimicen o eviten en lo posible, durante las fases de diseño, construcción y operación, según sea pertinente. Cuando se requieran medidas compensatorias para la población afectada, se identificarán las mismas. El Programa deberá incluir estas medidas compensatorias para la población afectada, considerando las leyes nacionales y las políticas del Banco.
 - b. **Verificación de las condiciones físicas actuales del terreno**

Además, el ejercicio de análisis del programa hará énfasis, en la evaluación de los siguientes sistemas y planes de manejo:

 - Sistema de manejo de residuos normales,
 - Sistema de manejo de efluentes,
 - Plan de seguridad industrial y salud ocupacional,
 - Manejo de asuntos laborales,
 - Planes de contingencia,
 - Planes de entrenamiento,
 - Manejo de temas sociales (consulta, sistema de quejas y reclamos),
 - Seguimiento y Monitoreo Ambiental,
 - Otros aspectos que se consideren importantes al momento del análisis.
 - c. **Monitoreo ambiental**

En el programa se incluirán indicadores sociales y ambientales que sean pertinentes para evaluar el desempeño ambiental y el cumplimiento de metas socio-ambientales del proyecto.
- 6.3 Posteriormente a la etapa de análisis, el equipo del proyecto presentará un Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS) que incluirá detalladamente los potenciales impactos sociales; ambientales; en salud ocupacional; seguridad industrial y laborales que el proyecto podría ocasionar, incluyendo las medidas más aconsejables para el manejo dichos impactos.

ÍNDICE DE TRABAJO SECTORIAL TERMINADO Y PROPUESTO

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Trabajos finalizados			
Salud, Objetivos de Desarrollo del Milenio	<p>Cuarto Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio</p> <p>Este informe relaciona los ODM cuatro (4) y cinco (5) importantes para el desarrollo del sector salud en Panamá, cada uno con información de cumplimiento de metas y desempeño de indicadores, incluyendo las políticas y programas que han contribuido a los resultados, así como los retos para conseguir los objetivos en 2015.</p> <p>1. El Objetivo cuatro (4) consiste en “Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años”. Según el informe de ODM, esta es la situación de Panamá respecto al cumplimiento de los indicadores asociados al cumplimiento de este objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La tasa de mortalidad de la población menor de cinco años, disminuyó de 24,3 defunciones en 1990 a 18,3 defunciones en el 2012¹, cuando la meta es llegar a 8,1 defunciones en 2015. • La tasa de mortalidad infantil, se redujo de 18,9 muertes en 1990 a 14,3 en 2012, mientras que la meta es llegar a 6,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2015. • Proporción de niños de un (1) año vacunados contra el sarampión, paperas y rubéola los valores entre 1990 y 2012 han fluctuado entre el 83% y el 100%. <p>2. Objetivo cinco (5) consiste en “Mejorar la salud materna”, que tiene como primera meta reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. El avance respecto al cumplimiento de los indicadores es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La tasa de mortalidad materna, permaneció fluctuante entre 1990 y 2012 con muy poca variación a la baja en su tendencia. Las tasas más bajas se presentaron en 2004 y 2009 con 43 y 42,4 respectivamente y las tasas 	Terminado 2004	Organización de la Naciones Unidas, Panamá.

¹ Proyecciones de población del INEC.

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	<p>más altas se registraron en 2009 y 2011 con 83,6 y 80,5 respectivamente; cuando la meta ha sido bajar a un 12,5.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado el cual, desde el año 2000 superó el 90% y en 2012 alcanzó un 94,3%, cuando la meta es llegar al 100%. <p>La segunda meta del objetivo cinco (5) es lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Al respecto, el avance en el cumplimiento de los indicadores es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de uso de anticonceptivos. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER), 2009, la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos es de 62,5% en las mujeres en unión, el 64,5% en el área urbana y 66,8% en el área rural. • Tasa de natalidad entre las adolescentes, mostró que los nacimientos en menores de 20 años representaron alrededor del 20% del total, manteniéndose sin cambios relevantes desde 2002, aunque las variaciones relevantes se presentaron en la edad de 15 y 16 años. El mayor porcentaje de madres adolescentes se presentó en las zonas indígenas (32,3) y rurales (23,3) y de las que no tuvieron escolaridad (43,6). <p>La tercera meta del objetivo cinco (5) es la Cobertura de atención prenatal. Según la ENASSER de 2009, se observó que el 95% de las mujeres encuestadas, que manifestaron haber tenido un hijo en los últimos cinco años, recibió atención prenatal de un proveedor de servicios de salud calificado; 99,1% en el área urbana, 95,9 en el área rural y 76,9 en el área indígena.</p> <p>La cuarta meta del objetivo cinco (5) es la de Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. El 32,8% de todas las mujeres en edad fértil encuestadas indicaron tener necesidades insatisfechas de planificación familiar, de las cuales 71,7% se encontraron en el área indígena, 31,4 en el área urbana y 28,1% en área rural.</p>		

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Salud Mesoamérica 2015	<p>Salud Mesoamérica 2015 PN-G1004</p> <p>Orientada a la mejora de los servicios de salud de las Regiones de Darién y Guna Yala con la ampliación y fortalecimiento de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) en salud materno-infantil, el incremento de la demanda de servicios, y la creación de espacios interculturales diseñados para la atención en salud materno-infantil en la población indígena. La operación se estructuró a través de dos componentes: 1. Aumento del acceso a los servicios de preconcepción, salud materna neonatal e infantil; y 2. Apoyo a los sistemas de gestión.</p>	Aprobada se espera finalice en el 2018	IDBDOCS-#39430378-Documento de Cooperación Técnica
	<p>Línea de base Salud Mesoamérica 2015 Panamá</p> <p>Con el fin de analizar la situación en materia de salud en las áreas de intervención de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (Regiones de Darién y Guna Yala), se realizó una línea de base en el 2013 que junto con información complementaria reflejan la situación de las diferentes áreas. Algunos de los resultados encontrados son:</p> <p>La necesidad insatisfecha de Planificación Familiar (PF) por parte de las mujeres en edad reproductiva de estas comarcas alcanza un 87,8%² y la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción, en mujeres casadas o con pareja es sólo del 21%, en contraste con el promedio a nivel nacional que alcanza el 62,8%³ de prevalencia. En relación con la oferta de servicios, la encuesta de establecimientos mostró que sólo el 7% de las unidades de salud contaban con disponibilidad permanente de los cuatro métodos modernos de PF.</p> <p>En términos de materna y neonatal, sólo el 26% de las mujeres embarazadas recibieron su primer control antes de las 12 semanas de embarazo, y sólo el 39% de las mujeres que completaron sus embarazos acudieron a cuatro o más atenciones prenatales por médico o enfermera. En cuanto a la atención del puerperio y del recién nacido, sólo el 14,1% de las mujeres que tuvieron parto recibieron un control de puerperio en las primeras 48 horas posteriores a su parto y el 10,8% de los recién nacidos recibieron un control por personal calificado en las primeras 48 horas después del parto. Por el lado de la oferta de servicios, sólo</p>	Terminado 2014	<p>SM2015. Estudio de Línea de Base, 2014.</p> <p>Contraloría General de República y UNICEF. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Mayo 2014.</p> <p>Guías de Atención Integrada (cero a nueve años).</p> <p>Norma de Salud de la mujer.</p> <p>Estudio de redes sociales. Kolodín S. y Rodríguez G. 2014.</p>

² SM2015. Estudio de Línea de Base, 2014.

³ Contraloría General de República y UNICEF. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Mayo 2014.

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	<p>el 26% de los establecimientos contaban con los equipos médicos normados para la atención prenatal, y el 53% de las unidades contaban con los medicamentos necesarios para esta misma atención.</p> <p>Respecto a la Salud infantil, la prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de cinco años es del 56%, tres veces mayor que la prevalencia nacional (19,5%). La prevalencia de anemia en niños de 6 a 11 meses es de 81%; La prevalencia de lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida fue reportada en un 45% y solamente el 4% de los niños menores de dos años se encontró que consume una dieta mínima aceptable.</p> <p>Los resultados arrojados por la línea de base, han hecho evidentes los múltiples desafíos de las regiones donde trabaja la Iniciativa SM2015. Esta línea de base se ha convertido en uno de los insumos para establecer el marco de desempeño del financiamiento basado en resultados y sobre la cual se realiza la medición independiente de metas para las dos operaciones financiadas por la Iniciativa. De igual forma ha contribuido a una mejor focalización de las inversiones.</p>		Estudio de Barreras de oferta y demanda.
	<p>Documento de Estrategia de “Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales”- CONE- Adecuada a las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas</p> <p>La estrategia del CONE contribuye a definir los lineamientos que aseguran la atención integral de calidad a las mujeres y a los recién nacidos durante el proceso preconcepcional y reproductivo teniendo en cuenta que existe una proporción no predecible de mujeres embarazadas, parturientas y durante el puerperio que desarrollan complicaciones obstétricas que en su mayoría podrían ser detectadas y evitadas.</p> <p>Mediante esta estrategia, el MINSA ofrece servicios integrados y continuos a la madre durante el embarazo, parto y puerperio así como al recién nacido/a hasta los 28 días de vida y organiza los servicios de salud en redes integradas, asegurando el acceso oportuno y una atención de calidad de las complicaciones obstétricas y neonatales, con el fin de salvar vidas y prevenir la morbilidad a largo</p>	Terminado Diciembre de 2014	IDBDOCS-#39424230- Documento de Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales CONE

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	<p>plazo. Los CONE se sustentan conceptualmente sobre los Pilares de la Maternidad Segura, el Continuo de la Atención (Curso de Vida) y el Análisis de las Cuatro Demoras⁴. Igualmente están soportados por los ejes transversales identificados como Continuo de Atención, Calidad y Enfoque Sistémico.</p> <p>Los componentes básicos de la estrategia del CONE son: Atención, Provisión, y Gestión de Servicios. La entrega de la cartera de servicios se ofrece en tres niveles de atención de complejidad y capacidad resolutive creciente desde la comunidad hasta los hospitales. Estos niveles de atención se dividen en CONE ambulatorio (que tiene una expresión comunitaria e institucional), CONE Básico y CONE completo, estos dos últimos funcionan las 24 horas del día, todos los días del año. Estos niveles de atención se organizan en redes de servicios CONE los cuales son apoyados por medio de sistemas organizacionales del MINSA que aseguren las condiciones de operación óptimas.</p>		
	<p>Lineamientos Operativos para Albergues Maternos (AM) y Casas de Acudientes Maternas (CAM)</p> <p>La iniciativa de los Albergues Maternos es una sub-estrategia de la Estrategia CONE cuyo propósito central es contribuir a la reducción de la mortalidad materna y perinatal facilitando el acceso oportuno de la mujer embarazada a los servicios de salud, específicamente al parto institucional. Adicionalmente, se busca incrementar los conocimientos de la mujer embarazada y su acompañante relacionados con el embarazo, puerperio, planificación familiar, cuidados del recién nacido, detección de signos de alarma, lactancia materna y apego temprano; y también promover la continuidad del hospedaje conjunto para favorecer la lactancia materna exclusiva y el apego precoz mediante el acercamiento emocional de la madre y su hijo o hija.</p>	Terminado 2014	IDBDOCS-#39424270-Documento de Estrategia de casas maternas, albergues y casas de acudientes

⁴ El Modelo de las Cuatro Demoras permite entender y dar respuesta a los factores condicionantes que limitan el acceso a los servicios de salud en situación de emergencia obstétrica y neonatal, demoras que en general están relacionadas con la falta de información y de decisión en buscar ayuda, dificultades en el transporte y demoras prolongadas para la obtención de los servicios. El orden del flujo de los cuatro tipos de demoras utilizado para el análisis es: demora en reconocer las señales de peligro, demora en tomar la decisión de buscar ayuda, demora en llegar al establecimiento de salud, demora en recibir atención de calidad.

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	<p>En adición a los modelos teóricos que destacan la importancia de los albergues para reducir la mortalidad materna y neonatal, existen una serie de principios que deben tenerse en cuenta para los albergues maternos y que se detallan a continuación: Solidaridad (funcionamiento la capacidad de los diferentes actores sociales de organizarse, aportar y gestionar los recursos necesarios); integralidad (conjunto de acciones de salud con todos los medios disponibles que se brinda a la población con calidad y calidez); sostenibilidad (capacidad de dar continuidad a un conjunto de estrategias y mecanismos utilizados para el mantenimiento de las actividades en el tiempo con la participación activa de otros actores sociales); Universalidad (hospedaje, alimentación y servicios de salud a toda gestante o púérpera y recién nacidos, procedentes de áreas de difícil acceso, sin distinción social, raza, credo, religión, política y cultural; colaboración (coordinación entre el Ministerio de Salud y entidades municipales y/o comarcales así como instituciones no gubernamentales, nacionales o internacionales para garantizar los recursos necesarios para la atención y el mantenimiento de la infraestructura).</p> <p>Los albergues maternos pueden funcionar bajo distintas modalidades de gestión teniendo como ente rector de salud al MINSA, entidad que dicta las normativas de habilitación y es responsable por la supervisión, monitoreo y evaluación de los albergues o CAMs. El documento identifica varias modalidades: Modalidad Institucional (administración, operativización y evaluación de los albergues maternos); Modalidad pública-comunitaria (se ejecuta desde el MINSA en convenio con la comunidad, la cual toma un rol más activo en la toma de decisiones y en la administración diaria); y Modalidad pública-privada (se basa en un convenio entre el MINSA y una ONG o empresa privada quien se responsabiliza de distintos aspectos del albergue). Las actividades dentro de los AM y CAM se relacionan con: la atención (llegada de la mujer embarazada al albergue materno y su ingreso; y acompañamiento de la atención en el centro de salud; la promoción (promoción y capacitación de la salud); la gestión (mantenimiento y logística; la supervisión de la atención durante la estancia)</p>		

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Salud Mesoamérica 2015	<p>Lineamientos Operativos del Plan de Parto para las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas</p> <p>El Plan de Parto es una sub-estrategia de la Estrategia CONE cuyo propósito central es contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal promoviendo la participación de la mujer embarazada, la pareja, la familia y la comunidad organizada, para el acceso oportuno a las redes de servicio de salud en las comarcas, basándose en el respeto a la cosmovisión de las poblaciones indígenas y la interculturalidad.</p> <p>El Plan de Parto busca asegurar que las mujeres, su familia y la comunidad, estén preparadas para mejorar el acceso a, y aumentar el uso de, los servicios de salud por parte de la mujer embarazada y del recién nacido. De igual forma si se presentara una complicación obstétrica o neonatal el Plan de Parto representa una oportunidad para la búsqueda de atención de manera oportuna transportándola a la instalación de salud que corresponda con adecuado nivel resolutivo (enlace con el Sistema Único de Referencia y Contra referencia - SURCO para el caso de Panamá). Por esto último la continuidad de la relación técnica y social del Plan de Parto con el CONE Básico es obligatoria conforme a la evidencia de las prácticas en los sistemas de salud y ello debe ser una prioridad en el caso de Panamá.</p> <p>Los objetivos específicos del Plan de Parto son: aumentar el acceso a los controles prenatales, la atención del parto institucional por personal profesional calificado, la anticoncepción y la atención oportuna de las complicaciones obstétricas y neonatales por los servicios de salud; asegurar el traslado oportuno de las mujeres embarazadas a las instalaciones de salud con capacidad de CONE Básico, como consecuencia de un parto inminente atendido en un puesto de salud, un subcentro de salud o un parto domiciliario; asegurar el traslado oportuno a las instalaciones de salud con capacidad de CONE Completo; incrementar los conocimientos de todos los miembros de la comunidad (con énfasis en la mujer, la pareja y la familia) sobre la importancia de los controles prenatales, las señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido; y la importancia</p>	Terminado 2004	IDBDOCS-#39424365-Documento de Plan de Parto

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	<p>del parto institucional; cumplir con los derechos sexuales y reproductivos de la mujer respondiendo a sus expectativas relacionadas a su atención acordados en el Plan de Parto y registros en la Ficha de Plan de Parto, "Mi Plan de Parto".</p> <p>El Plan de Parto como una subestrategia de la estrategia CONE, se relaciona de inicio con el CONE Ambulatorio e implica acciones comunitarias enfocadas a tener listo y a tiempo, desde el momento en que la mujer sabe que está embarazada, todo lo que se va a necesitar para que en el momento del inicio del trabajo de parto el riesgo de una posible complicación para la mujer y el niño sea menor, acudiendo a la instalación de salud con capacidad de CONE Básico para tener su parto institucional; o si una complicación se presentara se resuelva oportunamente transportándola a la instalación de salud que corresponda con adecuado nivel resolutivo. Por esto último la continuidad de la relación técnica y social del Plan de Parto con el CONE Básico es obligatoria conforme a la evidencia de las prácticas en los sistemas de salud.</p>		
Salud Mesoamérica 2015	<p>Metodología para el desarrollo de la estrategia de mejora de calidad de agua y saneamiento en comunidades rurales</p> <p>A partir de esta metodología se busca mejorar las condiciones de salud de la población en comunidades rurales dispersas, mitigando los efectos que producen la ingesta de agua no tratada y el deficiente manejo sanitario y ambiental a nivel del hogar y la comunidad. La metodológica permitirá la identificación de las comunidades que requieran ser intervenidas de forma prioritaria, a través de la construcción de un documento de priorización de comunidades en cada comarca, posteriormente se procederá con una investigación documental para el acercamiento a las comunidades derivado del conocimiento previo de su infraestructura y organización, características poblacionales, situación de salud y estado de planes y proyectos pasados y en curso, todo esto con el objeto de asegurar un mejor acceso a los representantes y miembros de cada comunidad. Esta fase previa de investigación y planeación, seguida de una visita técnica, permitirá realizar los Planes de Saneamiento y Mejora de la Calidad de Agua (PSYMCA).</p>	Terminado 2014	IDBDOCS-#39424798-Documento de Plan de Agua

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	<p>Los PSYMCA consisten en la formulación e identificación de una serie actividades, técnicamente guiadas para consolidar, luego de una evaluación de situación y formulación de alternativas de largo y corto plazo, y poder realizar un plan estratégico en el que comunidad, el MINSA y las organizaciones que tienen que ver con los temas de agua y saneamiento en el país, actúen de manera coordinada para lograr contar con sistemas de abastecimiento seguros y sustentables y con adecuados manejos de aguas domiciliarias, excretas y basuras; considerando que son actividades críticas que impactan de manera directa en la salud de la población.</p> <p>Con la estructuración de los PSYMCA se definen y priorizan acciones de prevención y mitigación. Las medidas a corto plazo pretenden impactar en forma directa y rápida en la mejora de las condiciones de vida de los pobladores, pues están asociadas a recomendaciones y acciones simples a ser implementadas en los hogares de comunidades sin acueducto y en las poblaciones que cuentan con sistemas en operación pero con deficiente calidad de agua. Las medidas a mediano y largo plazo no solo consideran la situación local, sino también la revisión y formulación de soluciones evaluando el impacto en el entorno y proponiendo acciones que propendan por solucionar el problema en forma regional.</p>		
	<p>Diseño, arreglos de funcionamiento y apoyo a la implementación de incentivos comunitarios</p> <p>El Programa de Apoyos Comunitarios (PACO) tiene por objetivo apoyar en la prevención de la mortalidad materno infantil en las comarcas indígenas de Guna Yala, Emberá Wounnnan y Ngâbe Buglé mediante el debilitamiento de las barreras económicas, sociales y culturales que obstaculizan el acceso y uso de los servicios materno - infantiles ofrecidos por el MINSA, mediante: la promoción de la demanda de los servicios materno – infantiles ofreciendo un apoyo económico dirigido a mujeres embarazadas y Promotores Voluntarios de Salud en tres momentos durante el proceso de gestación; apoyo dirigido a la comunidad en forma de fondos comunitarios para atender Plan de Parto y otros riesgos</p>		<p>IDBDOCS-#39424432- Documento de Estrategia del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil PACO</p> <p>IDBDOCS-#39424503- Documento de Manual</p>

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	relacionados, identificados como de interés por la comunidad; fondos comunitarios, que apoyen el desplazamiento de embarazadas, madres y neonatos hasta un centro básico de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales –CONE habilitado; apoyo a las actividades de consejería de las Monitoras AIN-C para fomentar prácticas saludables de nutrición entre los cuidadores de los niños y niñas entre 0 y 24 meses.		del Programa de Apoyos Comunitarios a la Salud Materno Infantil PACO
	<p>Documento de Estudio de Análisis Redes Sociales</p> <p>El estudio realizado buscaba identificar cómo se realizaba la toma de decisiones en materia de salud materna e infantil, en las áreas de intervención de la Iniciativa SM2015 en Panamá. De esta forma el estudio encontró que en las comarcas Guna Yala y Embera Wounaan, la estructura de la red social se centra en la familia (particularmente mujeres adultas). En Guna Yala, el guía espiritual ‘nele’, y médico tradicional ‘inaduled’ también conforman parte de la red social y son influencias poderosas en las decisiones respecto al lugar del parto; sin embargo su influencia es sub-estimada por los servicios de salud. El líder comunitario ‘saila’ no participa directamente en las decisiones, pero tiene una influencia indirecta.</p> <p>En ambas comarcas, las mujeres emergen como tomadoras de decisiones en su propia salud, pero sus decisiones no se realizan en un contexto autónomo, sino que están profundamente interconectadas a su red social. Los patrones de residencia matrilocales en Guna Yala dan poder a la diada madre-hija, por lo tanto la madre (de la mujer embarazada) es el actor principal de la red y ella es la tomadora de decisiones (en especial para un primer parto). Los patrones patrilocales de la Comarca Embera-Wounaan dan potestad a la diada cónyuge-mujer, siendo la pareja quien decide. En esta Comarca el cónyuge es el actor principal, al extremo que en la comunidad de Marragandi existen varios casos de hombres “parteros.” El tamaño promedio de la red social (6-7 actores en Guna Yala y 5-6 actores en Embera-Wounaan) tiende a disminuir de un primer a un subsiguiente parto. Esto se debe a la percepción de que las mujeres adultas, por tener experiencia en el parto, son menos susceptibles a complicaciones, y por tanto requieren menos apoyo de su red social. Sin embargo, estas mujeres tienen</p>	Terminado 2004	IDBDOCS-#39430688-Documento de Estudio de Análisis Redes Sociales Capítulo Panamá

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	<p>mayores vulnerabilidades tanto por necesitar apoyo con el cuidado de los niños mayores, como también por su edad y mayor riesgo de complicaciones. En las comunidades de Embera-Wounaan, existe una amplia heterogeneidad en el tamaño de las redes, como en Marragandi por ejemplo, donde solo el cónyuge estuvo presente, y varios casos de mujeres que estaban solas durante el parto.</p> <p>Durante una emergencia obstétrica, las redes sociales aumentan en tamaño, incluyendo 1 a 3 actores extras quienes tienden a ser miembros de la red personal del cónyuge -- por lo general otros varones -- vecinos, amigos, compañeros de trabajo, o familia del cónyuge</p>		
Estudios propuestos			
Establecimientos de Salud	<p>Censo de instalaciones de salud A través de este censo se busca verificar el número así como las condiciones de los establecimientos de salud del primero y segundo nivel de atención. Por medio de este censo se logrará identificar las necesidades y condiciones en que se encuentran los establecimientos así como las necesidades de optimizar o reforzar los existentes para fortalecer la red de servicios.</p>	Noviembre 2015	
Intervenciones en Salud	<p>Mapeo y focalización de las intervenciones El Mapeo y focalización de las intervenciones contribuirá a determinar qué intervenciones se están realizando así como mejorar su provisión y en especial verificar cómo funciona el Sistema Único de Referencia y Contra referencia SURCO. De igual forma al contar con el diagnóstico o mapeo, se podrá realizar una mejor focalización de las intervenciones a realizar priorizando las áreas más necesitadas.</p>	Septiembre 2015	
Análisis Económico	<p>Análisis Viabilidad Económica A través de este análisis se explorará de manera integral la viabilidad económica de poner en correcto funcionamiento las redes integradas de salud en Panamá para garantizar el acceso y correcta derivación de los casos de un nivel a otro.</p>	Octubre 2015	

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Sistemas de Información	<p>Análisis de Sistemas de Información El MINSA opera con diferentes niveles de información al igual que los proveedores de los servicios. De esta forma se buscara realizar un análisis de los sistemas existentes para de esta forma avanzar en su futura integración con el fin que bajo un sistema de redes se pueda hacer seguimiento al usuario independientemente del nivel o tipo de atención.</p>	Noviembre 2015	
Procesos y procedimientos de OEs	<p>Reglamentos Operativos Los Reglamentos Operativos buscan establecer los procesos y procedimientos que deberán seguir las Organizaciones Extra institucionales (OEs), que contribuyen con la prestación de los servicios.</p>	Noviembre 2015	
Costo de los servicios de Salud	<p>Costo cartera de servicios de salud y cápita A través de este estudio se realizara un análisis del costo de la provisión de los servicios de salud así como de la cápita por usuario diferenciando por red itinerante y red fija. El estudio permitirá conocer de manera clara las necesidades de la red, así como sus provisiones financieras a futuro.</p>	Noviembre 2015	

CONFIDENCIAL

¹ La información contenida en este Anexo es de carácter deliberativo, y por lo tanto confidencial, de conformidad con la excepción relativa a "Información Deliberativa" contemplada en el párrafo 4.1 (g) de la "Política de Acceso al Información" del Banco (Documento GN-1831-28).