

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PANAMÁ

**LÍNEA DE CRÉDITO CONDICIONAL PARA PROYECTOS DE INVERSIÓN
(CCLIP) “PROGRAMA DE APOYO A LA EFICIENCIA Y EQUIDAD DEL
SISTEMA DE SALUD DE PANAMÁ”
(PN-O0020)**

**PRIMERA OPERACIÓN INDIVIDUAL “PROGRAMA DE APOYO A LA
EFICIENCIA Y EQUIDAD DEL SISTEMA DE SALUD DE PANAMÁ”.
(PN-L1195)**

PERFIL DE PROYECTO

Este documento fue preparado por el equipo compuesto por: Leonardo Pinzón, Jefe de Equipo; Pamela Góngora, Co-Jefe de Equipo; Pedro Bernal, José Ortiz, Elisa Martínez, Marcela Cáceres, Juan Forero y Roberto González (SCL/HNP); Francisco Lagos (SCL/GDI); Leonor Corriols y Miguel Orellana (VPC/FMP); Enrique Barragán (LEG/SGO); Daniel Guevara y Gabriel Hernández (VPS/ESG); Ilia Nieto y Juan Barrios (CID/CPN); Esperanza González (CSD/CCS); y Liliana Oñate (INE/INE).

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

PERFIL DE PROYECTO

PANAMÁ

I. DATOS BÁSICOS

Título del Proyecto:	Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) "Programa de Apoyo a la Eficiencia y Equidad del Sistema de Salud de Panamá" y primera operación individual "Programa de Apoyo a la Eficiencia y Equidad del Sistema de Salud de Panamá".		
Número de Proyecto:	CCLIP PN-O0020; Primera Operación Individual PN-L1195		
Equipo de Proyecto:	Leonardo Pinzón, Jefe de Equipo; Pamela Góngora, Co-Jefe de Equipo; Pedro Bernal, José Ortiz, Elisa Martínez, Marcela Cáceres, Juan Forero y Roberto González (SCL/HNP); Francisco Lagos (SCL/GDI); Leonor Corriols y Miguel Orellana (VPC/FMP); Enrique Barragán (LEG/SGO); Daniel Guevara y Gabriel Hernández (VPS/ESG); Ilia Nieto y Juan Barrios (CID/CPN); Esperanza González (CSD/CCS); y Liliana Oñate (INE/INE).		
Prestatario:	República de Panamá		
Organismo Ejecutor:	Ministerio de Salud de la República de Panamá (Minsa)		
Tipo de Operación y Modalidad:	CCLIP INV-ESP		
Sector y Subsector:	Salud; Fortalecimiento del Sistema de Salud		
Plan Financiero CCLIP:	BID (Capital Ordinario-CO)	US\$	120.000.000
Plan Financiero Primera Operación:	BID (CO) Total:	US\$	40.000.000
Clasificación Socioambiental:	B		
Alineación Estratégica:	Poblaciones Pobres Diversidad: Pueblos Indígenas; Afrodescendientes; Género Transformación Digital; Resiliencia Climática; Mitigación al Cambio climático		
Alineación esperada con Acuerdo de París:	Alineación universal.		
Estrategia País:	GN-3289. Acuerdo Estratégico entre Panamá y el Grupo BID. Estrategia de País 2025-2029. Pilar 1. Acceso básico a poblaciones vulnerables. Objetivo Estratégico: Promover la equidad mediante la prestación de servicios básicos. Resultado: mejorar el acceso efectivo a servicios de salud esenciales.		
Contribución a iniciativas temáticas y/o programas regionales:	América en el Centro BID Cuida		

II. JUSTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

A. Descripción del Proyecto

- 2.1 **Objetivos.** El objetivo de la Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) es contribuir a mejorar la salud de los panameños mediante un sistema de salud más eficiente y equitativo. El objetivo general de la primera operación es contribuir a mejorar el acceso y la protección financiera en salud de los panameños mediante el apoyo al proceso de integración del sistema, la eficiencia farmacéutica y la atención primaria en poblaciones vulnerables. Los objetivos específicos son: (i) reducir la fragmentación del sistema de salud a través de la coordinación funcional entre el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja del Seguro Social (CSS); (ii) aumentar la eficiencia en el gasto farmacéutico mediante el fortalecimiento de la regulación, la gestión y la compra; y (iii) ampliar el acceso a servicios esenciales de salud en el primer nivel de atención en zonas indígenas y rurales dispersas¹.
- 2.2 **Contexto.** El sector salud se compone del sector público -MINSA y CSS- y el sector privado. MINSA y CSS atienden al 90% de la población. Los servicios del MINSA cubren áreas rurales e indígenas -34% y el 17% de la población- mediante sus instalaciones y la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC)². La estructura del sector indica fragmentación, con redes paralelas de financiación y servicios que generan duplicidad, ineficiencia e inequidad entre zonas urbanas y rurales[1]. El acceso está segmentado por ingresos y empleo, lo que profundiza la inequidad. El gasto total en salud representa 8,3% del PIB, del cual 51,2% es público[2]. El gasto de bolsillo es de 40,5%, ubicándose por encima del promedio de la región (29,7%)[3], indicando una baja protección financiera[4].
- 2.3 **Situación demográfica y epidemiológica.** Panamá, un país de ingresos medios y transición demográfica avanzada, presenta una población urbana en crecimiento, alta proporción de personas en edad productiva y un progresivo envejecimiento. Asimismo, enfrenta una carga elevada de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), incluyendo enfermedades cardiovasculares (22-25% del total de años de vida ajustados por discapacidad), diabetes (12-15%)[10] y cáncer (10-12%)[11][12][13]. Las enfermedades cardiovasculares, aunque han disminuido gracias a mejoras en el control de factores de riesgo, continúan siendo la principal causa de mortalidad [14]. En zonas indígenas y áreas rurales, la captación de pacientes con enfermedades crónicas es baja: solo 17% de los pacientes diabéticos captados recibieron tratamiento en 2023[20].
- 2.4 La carga de enfermedad incluye la persistencia de enfermedades infecciosas y desafíos en salud materno-infantil[15], particularmente en población rural e indígena[16]. Mientras en áreas urbanas el 99,3% de los partos es atendido por personal de salud, esta proporción desciende al 90,5% en áreas rurales y al 77,6% en comarcas indígenas, lo que contribuye a la mortalidad materna[17].

¹ [“Marco Conceptual y Operativo de la CCLIP”](#).

² La EEC integra equipos móviles y comunitarios que entregan una cartera priorizada de servicios extramurales en áreas rurales dispersas y comarcas indígenas, mediante convenios de gestión con pagos per cápita y por desempeño.

En esas áreas, enfermedades infecciosas como malaria, chagas, leishmaniasis, dengue y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), mantienen alta prevalencia. Entre 2021 y 2024, la Comarca de Ngäbe Buglé cuadruplicó los nuevos casos de VIH (de 69 a 317), posicionándose como la segunda región con más casos[19]. En 2024, los hombres representaron el 73% de los nuevos diagnósticos de VIH[18].

- 2.5 **Problema y determinantes.** Panamá enfrenta varios retos persistentes de eficiencia y equidad en el desempeño de su sistema de salud, que se traducen en acceso desigual a servicios esenciales, uso ineficiente de recursos públicos y resultados subóptimos para poblaciones rurales e indígenas. Aunque el gasto público en salud aumentó 9% entre 2013-2023[20], el sistema no logra transformar estos recursos en acceso efectivo, continuidad del cuidado, ni protección financiera. El problema no radica únicamente en la disponibilidad de recursos financieros y físicos, sino en cómo el sistema está organizado, gestionado y financiado, lo que reduce su capacidad para producir resultados en salud equitativos y sostenibles.
- 2.6 **Determinante 1. Fragmentación institucional y débil capacidad de gestión del sistema de salud.** La fragmentación del sector público en salud genera duplicidades, vacíos de atención y asignación ineficiente de recursos humanos, financieros y tecnológicos. Un reflejo de esta duplicidad es que, pese a que el 77% de la población cuenta con cobertura de la CSS, 4 de cada 10 consultas atendidas en el MINSA son a pacientes asegurados[30]. La carencia de una cartera de servicios y protocolos clínicos homologados, y de mecanismos comunes de planificación y compras, afecta la continuidad de los servicios y el estado de salud de las personas. La fragmentación constituye un cuello de botella estructural, que obstaculiza que los recursos públicos se traduzcan en servicios oportunos, de calidad y productivos. Entre 2005-2015, la productividad de los servicios de salud mejoró modestamente, con mayores avances en la CSS (4%) respecto al MINSA (1,5%) medido por egresos hospitalarios y servicios de urgencias[5]. Si el país lograra mejorar el desempeño se podría reducir las tasas de mortalidad neonatal, y en menores de 5 años entre 7,6 y 12,82 muertes por cada mil nacidos vivos[21]. Además, la digitalización en salud, incluyendo expedientes electrónicos y sistemas de información, está fragmentada en dos históricas clínicas, con escasa coordinación interinstitucional[5][6].
- 2.7 **Determinante 2. Ineficiencias en el gasto farmacéutico y fallas en la cadena de suministro.** Aunque está garantizado constitucionalmente, existen barreras de acceso a medicamentos, especialmente en zonas rurales y entre la población sin seguridad social[7], debido a precios elevados, desabastecimiento y capacidad insuficiente de regulación y gestión de la cadena de suministro [22][23]. En 2017, el 18% de la población no recibió los medicamentos necesarios y el 55% no pudo comprarlos debido al costo[24]. Existe evidencia[25] de que los precios de los medicamentos son en promedio 27,8% más altos que en otros países de la región, lo que refleja fallas de mercado y debilidades estatales para crear condiciones adecuadas de competencia y eficiencia, incluyendo la disponibilidad y uso de

genéricos de calidad, la planificación de la demanda y la agregación de compras³. Auditorías oficiales evidencian desabastecimientos recurrentes en el sector público, desplazando la demanda hacia el sector privado, donde los pacientes asumen mayores gastos de bolsillo[26].

- 2.8 **Determinante 3. Acceso y resolutivez insuficiente de los servicios de salud pública y el primer nivel de atención.** El primer nivel de atención presenta brechas en la disposición de equipos de salud básicos y comunitarios, así como limitaciones de infraestructura, lo que reduce la capacidad resolutive y cobertura efectiva en comarcas indígenas y áreas rurales. La mortalidad materna en comarcas indígenas supera entre 3 y 4 veces la media nacional, consecuencia de falta de cuidados obstétricos y neonatales[31]. En 2024, solo el 70% de los menores de un año contaba con esquema de vacunación completo [27]. Además, el 70% de la infraestructura en la zona comarcal, requiere de mantenimiento y la introducción de criterios de pertinencia cultura y eficiencia energética[32]. A finales de 2025, solo el 60% de los equipos básicos de la ECC (médicos, enfermeras y técnicos) estaba prestando servicios [33]. Estas brechas reflejan una articulación insuficiente entre los servicios de salud pública, asistenciales y comunitarios, lo que limita la capacidad del sistema para mitigar riesgos, contener brotes y prevenir enfermedades. Adicionalmente, el sistema presenta limitaciones en el desempeño de las funciones esenciales de salud pública, incluyendo vigilancia epidemiológica, promoción, prevención, y gestión de riesgos. Además, en zonas rurales y comarcas indígenas hay barreras normativas que impiden la aplicación de pruebas rápidas para enfermedades transmisibles, limitando la operatividad del diagnóstico y tratamiento. El 90% de los casos de malaria se concentran en zonas rurales de las provincias de Darién, Guna Yala y Panamá, con un aumento de 235% entre 2021-2024[28] -entre 3 y 4 veces la media nacional- reflejando brechas persistentes de infraestructura con pertinencia cultural.
- 2.9 **Determinantes no abordados por el proyecto.** El proyecto no abordará los determinantes relacionados con la red vial y los costos de transporte, que limitan el acceso oportuno a los servicios de salud, especialmente en áreas rurales y comarcas indígenas. Si bien las condiciones socioeconómicas de los hogares influyen en la utilización de servicios y en los resultados en salud, su abordaje requiere intervenciones intersectoriales fuera del alcance del proyecto. Sin embargo, estos determinantes son abordados por el Gobierno mediante políticas territoriales, programas de rehabilitación de caminos rurales y estrategias de protección social focalizada.
- 2.10 **Soluciones propuestas.** El proyecto abordará tres determinantes (§2.6-§2.8) para promover un sistema de salud más eficiente y equitativo. Para la fragmentación y las limitaciones en la capacidad de gestión del sistema de salud (Determinante 1), apoyará la institucionalización de un modelo único de gestión, financiamiento y atención en salud (S1.1), la elaboración de una cartera de servicios homologada y costada MINSA-CSS (S1.2) y la definición de mecanismos de compras estratégicas (S1.3). Igualmente, desarrollará líneas de

³ El 57,7% de los principios activos con registro sanitario vigente cuenta con un único registro, lo que puede generar monopolios que afecten los precios para compras públicas y privadas. (MINSA, registros sanitarios, febrero 2026).

cuidado priorizadas, con énfasis en salud de la mujer y materno-infantil (S1.4) e invertirá en el fortalecimiento de capacidades del personal de salud (S1.5). Para viabilizar la integración MINSA-CSS, el proyecto diseñará y pondrá en marcha una estrategia de gestión del cambio y acciones de comunicación dirigidas a los actores del sistema (S1.6), y se fortalecerán las funciones esenciales de salud pública (S1.7).

- 2.11 Para reducir las ineficiencias del gasto farmacéutico (Determinante 2), el proyecto apoyará la modernización de la gestión de la cadena de suministro. Se fortalecerán los procesos de evaluación de tecnologías en salud y monitoreo sistemático de precios (S2.1). Se modernizarán los procesos de abastecimiento mediante desarrollos tecnológicos que mejoren la trazabilidad y el control de la cadena de suministro (S2.2), junto con inversiones en infraestructura verde y resiliente de la red pública de almacenamiento (S2.3). Asimismo, se fortalecerá el marco normativo y la vigilancia del mercado farmacéutico para asegurar la calidad, promover genéricos y biosimilares, y mejorar la eficiencia en la adquisición y dispensación (S2.4). Finalmente, se reforzarán los mecanismos de estimación de la demanda de medicamentos (S2.5).
- 2.12 Para abordar la oferta insuficiente de prestaciones de calidad en el primer nivel de atención (Determinante 3), el proyecto financiará intervenciones orientadas a mejorar la provisión de servicios y la capacidad resolutive. Se apoyará la institucionalización de la EEC (S3.1); se financiará la provisión de una cartera priorizada de prestaciones para población rural e indígena (S3.2); y la conformación y equipamiento de equipos de salud itinerantes y comunitarios (S3.4). Además, se apoyará la aplicación de pruebas diagnósticas esenciales (S3.5) y la [adecuación de infraestructura de salud](#) en comarcas indígenas, con pertinencia cultural y sostenibilidad ambiental (S3.6).
- 2.13 La transformación digital aportará al proceso de integración mediante la hoja de ruta de la Estrategia Nacional de Salud Digital 2025–2030, una plataforma de interoperabilidad y el fortalecimiento de los sistemas de información del MINSA y la CSS, junto con capacidades de analítica de datos y gestión del cambio (S1.8-S1.11), así como el desarrollo de soluciones para el registro clínico y la gestión de la salud pública y comunitaria (S3.3).
- 2.14 **Beneficiarios.** El proyecto tendrá alcance nacional y beneficiará a quienes utilicen los servicios del MINSA y la CSS, estimados en unos 4 millones de personas de todas las edades, de las cuales aproximadamente el 17% son indígenas y el 50% mujeres[15].
- 2.15 **Resultados e impactos esperados.** Las intervenciones propuestas contribuirán a reducir brechas identificadas en la organización, financiamiento y provisión de servicios del sistema de salud. Primero, el fortalecimiento de la rectoría y de los mecanismos de coordinación MINSA-CSS permitirá avanzar hacia un funcionamiento más integrado de las redes públicas de atención, reduciendo duplicidades y mejorando la continuidad asistencial de las personas que transitan entre subsistemas. Se espera que esto se traduzca en sistemas de información interoperables, mayores tasas de referencia y contrarreferencia efectiva, y en el acceso progresivo a una misma cartera de servicios, independientemente del subsistema de afiliación, mejorando la oportunidad y continuidad de los

tratamientos. Segundo, el fortalecimiento de la regulación, la gestión de la cadena de suministro y los mecanismos de compra, contribuirán a aumentar la competencia, reducir los precios de los medicamentos y disminuir los desabastecimientos en el sector público, lo que mejorará la eficiencia del gasto farmacéutico, ampliará el acceso a medicamentos y contribuirá a reducir el gasto de bolsillo en salud. Finalmente, el fortalecimiento del primer nivel de atención en territorios rurales e indígenas ampliará el acceso efectivo a servicios esenciales, reflejado en mejor control de vectores de riesgo, mayores coberturas de vacunación, control prenatal y seguimiento de enfermedades crónicas. En conjunto, estos resultados fortalecerán la capacidad del sistema para transformar el gasto público en acceso oportuno y continuidad del cuidado, reduciendo la necesidad de financiamiento directo por parte de los hogares y mejorando los resultados en salud.

- 2.16 **Otras contribuciones a temas transversales.** En cambio climático, se fortalecerá la resiliencia del sector salud frente a eventos extremos, incorporando criterios de adaptación, gestión de riesgos y criterios verdes y de resiliencia en servicios e infraestructura. En género y diversidad, se reforzará el enfoque intercultural y de género en los servicios e información desagregada.

Gráfico 1. Resumen Teoría de Cambio



Nota: Ver [enlace](#) con detalle de Teoría de Cambio.

B. Adicionalidad del Banco

- 2.17 **Enfoque programático.** El acompañamiento del BID en el sector salud en Panamá ha sido de largo plazo, orientado a mejorar la equidad y sostenibilidad del sistema, con énfasis en el fortalecimiento de la rectoría, la conformación de redes de servicios y la reducción de brechas territoriales a través del financiamiento de la EEC. Este enfoque se ha materializado a través de las operaciones PN-L1170 ([5299/OC-PN](#)) y PN-L1115 ([3615/OC-PN](#)); y las cooperaciones técnicas PN-T1360 ([ATN/OC-21323-PN](#)) y PN-T1385 ([ATN/OC-22170-PN](#)). Este proyecto capitaliza lecciones aprendidas de intervenciones previas como: la importancia de alinear reformas normativas con incentivos operativos y capacidades institucionales; la necesidad de integrar la transformación digital con procesos de gestión del cambio; y el valor de intervenciones programáticas y escalables para la sostenibilidad de los resultados.
- 2.18 **Adicionalidad no financiera del Banco.** Esta se sustenta en: (i) articulación de actores clave del sector salud: MINSA, CSS y Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) en torno a una agenda común de reformas; y (ii) generación y aplicación de conocimiento e innovaciones, capitalizando evidencia regional en atención primaria, extensión de cobertura, integración de redes, compras estratégicas de medicamentos y salud digital.
- 2.19 **Sinergias con el sector privado.** El proyecto abarca sinergias con BID Invest en: (i) infraestructura en salud para promover la participación privada en el diseño, construcción y mantenimiento de establecimientos, alineada con sus parámetros; y (ii) fortalecimiento de un mercado farmacéutico más competitivo, incluyendo mecanismos complementarios de financiamiento.
- 2.20 **Colaboración con otras entidades.** El proyecto ha definido un proceso de colaboración en el marco de la alianza en Atención Primaria de Salud (APS) con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Mundial (BM), relacionado con: (i) asistencia técnica en el proceso de integración MINSA-CSS y (ii) salud digital.

III. COSTOS Y ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO

- 3.1 **Componente 1. Reducción de la fragmentación del sistema de salud (US\$11,5 millones):** Se financiará: (i) desarrollo de un modelo MINSA-CSS para la gestión y la provisión de servicios de salud; (ii) definición de una cartera de servicios homologada y costeadas MINSA-CSS; (iii) implementación de un mecanismo de contratación, financiamiento, compra estratégica y compensación de servicios de salud, y política común de acceso gratuito a servicios y medicamentos; (iv) desarrollo de líneas de cuidado priorizadas, enfocada en materno-infantil y ECNT; (v) fortalecimiento de capacidades de autoridades sanitarias y personal de salud; (vi) ejecución de una estrategia de gestión del cambio dirigida al proceso de integración; (vii) implementación de mejoras en las funciones de salud pública como: vacunación, control de vectores y promoción de la salud; (viii) diseño del plan y la hoja de ruta de la Estrategia Nacional de Salud Digital 2025-2030; (ix) implementación de plataforma nacional de interoperabilidad; (x) despliegue de historia clínica electrónica interoperable del

Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) en MINSA e Historial Médico (HISMED) en CSS; y (xi) diseño e implementación de una estrategia de gestión del cambio en salud digital.

- 3.2 **Componente 2. Aumento de la eficiencia del gasto farmacéutico (US\$7,5 millones):** Se financiará: (i) consolidación del Departamento de Economía de la Salud y su Observatorio Nacional de Precios de Medicamentos, para la evaluación de tecnologías de la salud y el seguimiento de precios; (ii) desarrollo de un marco normativo y procesos de vigilancia en el mercado para asegurar la calidad de los medicamentos y la introducción de genéricos y biosimilares; (iii) modernización del proceso de gestión del abastecimiento de medicamentos e insumos, compras conjuntas MINSA-CSS y almacenamiento; y (iv) desarrollo de mecanismos y capacidades para estimar la demanda de medicamentos;
- 3.3 **Componente 3. Mejoramiento de la equidad de los servicios de salud (US\$19 millones).** Se financiará: (i) actualización e institucionalización del modelo de gestión de la EEC para primer nivel de atención; (ii) provisión de la cartera de prestaciones priorizadas de la EEC en comarcas indígenas y áreas rurales; (iii) desarrollo de soluciones digitales para el registro clínico, de salud pública y comunitaria; (iv) conformación y equipamiento de los equipos itinerantes y comunitarios; (v) actualización del marco regulatorio de pruebas diagnósticas y tratamiento; y (vi) construcción y equipamiento de ocho centros salud en comarcas indígenas.
- 3.4 **Auditoría y gestión administrativa (US\$2 millones).** Se financiará: (i) servicios de administración; (ii) supervisión y monitoreo; y (iii) auditoría.
- 3.5 **Estructura de financiamiento.** El proyecto será totalmente financiado con recursos del BID.
- 3.6 **Instrumento o Modalidad de Financiamiento.** Conforme a la política (GN-2246-13) y las guías Operativas (GN-2246-15), se propone una CCLIP nacional, bajo modalidad sectorial. El monto será de hasta US\$120 millones en un período de 12 años, distribuidos en tres operaciones individuales de cinco años cada una. La primera operación individual será un Préstamo de Inversión Específico por US\$40 millones (con recursos de Capital Ordinario) y un plazo de desembolso de cinco años. La CCLIP es el mejor instrumento porque responde a la necesidad de abordar de forma programática y de largo plazo los desafíos estructurales de eficiencia y equidad que enfrenta Panamá en su sistema de salud. El MINSA será el único ejecutor de la CCLIP.
- 3.7 **Estrategia de la operación CCLIP y de la primera operación:** La CCLIP adopta una [estrategia incremental y complementaria](#) para abordar progresivamente un mismo problema estructural a lo largo de la serie, siendo esta la primera etapa. La integración del sistema de salud es un proceso de reforma de mediano plazo que combina reformas institucionales (e.g. definición del modelo integrado MINSA-CSS y cartera homologada), fortalecimiento de capacidades, modernización de sistemas de información e inversiones físicas. Su implementación sigue una lógica paulatina: se inicia con condiciones habilitantes (e.g. gobernanza, regulación, interoperabilidad de sistemas) y

definición de red de atención para líneas de cuidado priorizadas, para luego consolidar cambios más profundos en provisión de servicios, generación de recursos, financiación y gestión, ampliando progresivamente hacia otras líneas de cuidado en un marco integrado de servicios. Por su parte, mejorar la eficiencia del gasto farmacéutico es un proceso que también requiere construir bases antes de avanzar hacia cambios estructurales. Primero, es importante desarrollar capacidades institucionales para el monitoreo de precios y la evaluación de tecnologías en salud, fortalecer la vigilancia del mercado farmacéutico, y modernizar la cadena de suministro mediante una mejor trazabilidad y mecanismos para reducir el desabastecimiento. Estas bases permitirán, en operaciones posteriores, consolidar herramientas de política farmacéutica basadas en evidencia, institucionalizar la evaluación de tecnologías en salud y consolidar una autoridad regulatoria de medicamentos de mayor autonomía y desempeño. Finalmente, mejorar el acceso en áreas rurales y comarcas indígenas requiere también una lógica progresiva. Lo anterior, ya que es necesario vincular los nuevos equipos a la estructura de provisión regular de servicios, además se iniciará con algunas regiones priorizadas para luego ampliar geográficamente el modelo de EEC, con enfoque intercultural.

- 3.8 Específicamente, la primera operación CCLIP busca avanzar en los siguientes resultados: (i) empezar a reducir la fragmentación institucional mediante una definición de gobernanza y un modelo único de gestión y organización de la red de prestación de servicios en líneas de atención priorizadas, una cartera de servicios homologada y costeadas, desarrollo de plataformas interoperables, protocolos clínicos comunes y mecanismos compartidos de financiamiento, compras y compensación de servicios entre el MINSA-CSS; (ii) mejorar la eficiencia del gasto farmacéutico mediante el fortalecimiento de la cadena de suministro, la vigilancia del mercado farmacéutico y el desarrollo de capacidades para el monitoreo de precios y la evaluación de tecnologías en salud; y (iii) fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención con pertinencia cultural en regiones priorizadas, lo que tendrá un doble efecto: mejorar el acceso efectivo a servicios de salud para la población rural y comarcal priorizada, y aumentar la eficiencia del gasto público, priorizando inversiones costo-efectivas en los servicios de salud^[29] y reduciendo la presión sobre el gasto hospitalario⁴.
- 3.9 **Justificación y elegibilidad de la CCLIP.** La CCLIP cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en el ¶3.2 del Anexo III del documento (GN-2246-13) y en el ¶3.6 de las Guías Operativas (GN-2246-15), dado que su objetivo está contemplado en los objetivos de la Estrategia del Grupo BID con Panamá 2024-2029 (GN-3289). La primera operación individual cumple los criterios de elegibilidad establecidos en el ¶3.5 (i) al (iv) del Anexo III del documento GN-2246-13 y en las Guías Operativas para CCLIP (GN-2246-15), en tanto: (i) habrá un análisis de capacidad institucional del ejecutor, utilizando la Plataforma para el Análisis de Capacidad Institucional (PACI); (ii) el objetivo de la operación contribuye al logro del objetivo sectorial de la CCLIP; (iii) la operación está contemplada en el sector y componentes de la CCLIP; y (iv) en la propuesta de préstamo se incluirán las acciones de mejora identificadas en el PACI.

⁴ [Hitos prioritarios que habilitarán las siguientes operaciones de la serie.](#)

IV. PRINCIPALES RIESGOS Y ARREGLOS DE EJECUCIÓN

A. Riesgos.

- 4.1 **Riesgos para el logro de los resultados.** Se contemplan riesgos medio-altos como: (i) insuficiencia en la asignación presupuestaria y transferencia de recursos, así como medidas de contención del gasto público que afecten la implementación; (ii) falta de coordinación del proceso de integración MINSA-CSS, si no se precisa claramente su rol y responsabilidad; (iii) cambio de autoridades previsto para 2029 que podrían ralentizar la implementación y el plazo de ejecución del proyecto; y (iv) tiempos prolongados en los refrendos de la Contraloría para las contrataciones y los pagos. Durante la etapa de preparación se acordarán las medidas correspondientes de mitigación.
- 4.2 **Sostenibilidad de los resultados.** Se fundamenta en la institucionalización de reformas, el fortalecimiento de capacidades del sistema y la modernización de la gestión mediante la salud digital. En el ámbito de la integración MINSA-CSS, la sostenibilidad técnica e institucional se apoya en la homologación de la cartera de servicios y los mecanismos de compras estratégicas que buscan reducir duplicidades y mejorar la eficiencia del gasto. La institucionalización de la EEC contribuye a la sostenibilidad de los resultados al fortalecer el primer nivel de atención, particularmente en áreas rurales e indígenas, y asegura su sostenibilidad financiera, tanto en la entrega de la cartera de servicios, como en el mantenimiento de instalaciones. No obstante, persisten riesgos técnicos y financieros sobre la capacidad institucional y la continuidad presupuestaria más allá del cierre, mitigados mediante reformas normativas y la incorporación de las inversiones en los presupuestos ordinarios del MINSA y la CSS.
- 4.3 **Riesgos ambientales y sociales.** El proyecto tiene una clasificación de Impacto Ambiental y Social (ESIC) de Categoría B y una Clasificación de Riesgo Ambiental y Social (ESRR) Substancial. Durante la etapa de construcción se han identificado impactos temporales sobre la calidad del agua y el suelo, y generación de material particulado, considerando que los sitios se localizan en áreas remotas y en condiciones de accesibilidad por medios fluviales. Durante la operación, se identifican potenciales riesgos de contaminación por la generación de residuos peligrosos/hospitalarios; así como también, potenciales reclamos de la población, incluyendo la presencia de población indígena. Se ha asignado una Clasificación de Riesgo de Desastre y Cambio Climático (DCCRC) Alta, debido a la identificación de amenazas de inundación fluvial y elevación de niveles del mar.

B. Resumen de los arreglos de ejecución.

- 4.4 **Mecanismo de ejecución.** El organismo ejecutor será el MINSA, a través de las Direcciones Nacionales de Salud y la Unidad de Gestión Administrativa y Financiera (UGAF), con un equipo dedicado exclusivamente a proyectos financiados por el BID. La CSS será beneficiaria y se firmará un acuerdo de responsabilidades MINSA-CSS para la ejecución del proyecto.

- 4.5 **Contrataciones directas, contrataciones anticipadas.** Se contempla adquisiciones anticipadas para la infraestructura de ocho centros de salud⁵. La contratación directa para el desarrollo del SEIS se evaluará conforme se avance en el diseño del proyecto y se confirmará en la Propuesta de Desarrollo de la Operación (POD).

V. RECURSOS Y CRONOGRAMA DE PREPARACIÓN

- 5.1 El Anexo II detalla el cronograma de preparación. Se estima la distribución del POD a Revisión de Calidad y Riesgo (QRR) el 22 de mayo de 2026; que el Comité de Políticas Operativas (OPC) apruebe el Borrador de la Propuesta de Préstamo el 18 de junio de 2026; y la aprobación del Directorio el 22 de julio de 2026. El costo estimado de preparación es US\$146.659.

⁵ [Descripción técnica de obras.](#)

CONFIDENCIAL

¹ De conformidad con la sección 4 de la Política de Acceso a la Información del Banco, específicamente la excepción indicada en la sección 4.1.d 'Información deliberativa', y la sección 4.2, la información contenida en este anexo no será divulgada.