



Salud y rendición de cuentas

Por qué en los países en desarrollo se está prestando más atención al financiamiento de los servicios de salud condicionado a los resultados

Robert Hecht, Amie Batson y Logan Brenzel

LOS PAÍSES en desarrollo y sus socios internacionales utilizan cada vez más los sistemas de financiamiento de la atención de la salud que condicionan el acceso a los recursos a resultados concretos y medibles en la práctica. En el *Informe sobre el Desarrollo Mundial*, publicado por el Banco Mundial en 1993, y en otros documentos de política de principios de los noventa, ya se promovía este tipo de financiamiento, aunque en la práctica la experiencia fuera escasa. Desde entonces se ha experimentado mucho y cada vez está más claro el enorme potencial, no exento de riesgos, que brinda esta modalidad de financiamiento para alcanzar las metas de salud, tanto a escala nacional como mundial.

A los gobiernos y a los organismos que colaboran con ellos les interesa el financiamiento basado en resultados por varios motivos. En primer lugar, cada vez interesa más que la asistencia para el desarrollo produzca resultados cuantificables y este tipo de financiamiento permite alcanzar ese objetivo. En lo que respecta a la atención de la salud, los resultados están relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre otros, la reducción de la mortalidad materno-infantil; la reducción de las tasas de infección por el VIH, la malaria y la tuberculosis, y la mejora de la nutrición infantil. Es evidente que a los gobiernos y a sus socios les atrae la idea de financiar programas que permitan alcanzar o progresar hacia los ODM del sector salud, o que al menos mejoren algunos servicios clave. Por ejemplo, en los casos en que la inmunización y el tratamiento rápido de la pulmonía son cruciales para frenar la mortalidad infantil, el financiamiento de la salud puede condicionarse a mejoras en la cobertura de estos servicios.

En segundo lugar, pese a que el financiamiento externo para la atención de la salud en los países en desarrollo sobrepasa los US\$8.000 millones al año (Michaud, 2003), se requiere un volumen mucho mayor de asistencia para alcanzar los ODM en este sector. Los políticos y los legisladores de los países donantes sufren presiones cada vez más intensas para demostrar que la asistencia para el desarrollo, tanto en el sector de la salud como en otros sectores, está produciendo resultados medibles. Por lo tanto, los organismos proveedores de asistencia están tratando de reforzar la eficacia de los recursos asignándolos a países y programas que, con resultados concretos, demuestren que están progresando.

En tercer lugar, condicionar el acceso al financiamiento a la obtención de resultados medibles —ya sea en forma de mejoras en el estado de salud o en la cobertura y la calidad de los servicios— es congruente con el objetivo de exigir más responsabilidad a los proveedores de esos servicios. Esa exigencia de que los proveedores rindan cuentas a los clientes en las comunidades de bajos ingresos y a las autoridades es el tema principal del *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004* del Banco Mundial, titulado: Hacer que los servicios funcionen para los pobres. Vincular los pagos financieros con una actividad —por ejemplo, la inmunización de lactantes, el tratamiento de tuberculosos, o la realización de un mayor número de análisis entre los jóvenes para detectar posibles infecciones por VIH y de la consiguiente labor de orientación— puede ser un enorme incentivo para los proveedores de estos servicios, sobre todo porque se pone de relieve su desempeño ante los clientes y los que pagan las cuentas. En el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993* se recomendaba hacer extensivo el financiamiento público a las clínicas y médicos privados, no gubernamentales y con fines de lucro, para que presten servicios básicos de salud a los pobres, lo que podría lograrse, principalmente, a través de contratos basados en el logro de resultados entre el gobierno y los proveedores privados.

Experiencia reciente

El financiamiento basado en los resultados se está experimentando con profusión e intensidad a varios niveles del sistema de atención de la salud. Al respecto, cabe señalar algunos ejemplos: 1) los gobiernos de los países en desarrollo pagan a los proveedores de salud de las ONG y del sector privado para que presten servicios esenciales de salud a los hogares pobres; 2) los gobiernos centrales determinan las transferencias de fondos a los gobiernos locales basándose en su capacidad efectiva para mejorar los servicios de salud, y 3) los donantes liberan fondos (desembolsos) para los beneficiarios de los países en desarrollo a medida que se alcanzan determinados objetivos clave.

Contratos con las ONG basados en el logro de resultados. Varios gobiernos de países de bajo ingreso están financiando a las ONG para que éstas presten servicios básicos de salud basándose en los resultados. Las primeras experiencias se han concentrado en América Latina y el Caribe. Por ejemplo, en Haití se contrató a las ONG para que prestaran servicios de salud infantil y planificación familiar (Banco Mundial, 2001). Cada año se les concedía un anticipo y, después, una suma trimestral basada en un presupuesto negociado. Al final del año, los resultados se medían en función de varios indicadores, como la cobertura de las campañas de inmunización, el porcentaje de familias que utilizaba la rehidratación oral para tratar la diarrea aguda, el número de mujeres embarazadas que recibían atención prenatal y el tiempo de espera promedio en las clínicas. En función de su desempeño, las ONG recibían una gratificación que podía ascender hasta un 10% del presupuesto original negociado con antelación. Como consecuencia, las ONG de Haití modificaron sus programas y mejoraron sus resultados, sobre todo en materia de inmunización y rehidratación oral. En Guatemala, el Gobierno ha implementado con las ONG un programa basado en resulta-

Recuadro 1

Guatemala a la vanguardia

Guatemala ha logrado implementar la contratación a gran escala de las ONG para la prestación de servicios básicos de salud. El Gobierno puso en marcha el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos (PECSB) en 1997, poco después del final de una larga guerra civil. El programa se ha mantenido con los sucesivos gobiernos, y en el año 2000, eran 89 las ONG que, en virtud de 137 contratos distintos, prestaban servicios de salud a 3,7 millones de guatemaltecos (de una población de 14 millones).

Los contratos cubren toda una gama de servicios de atención materno-infantil y de prevención y tratamiento de enfermedades, como la malaria. Las ONG reciben unos US\$8 por persona atendida, generalmente en efectivo pero también en especie, por ejemplo, vacunas y medicamentos. Los pagos se efectúan trimestralmente, una vez verificados los resultados.

Los resultados se miden en función de una serie de indicadores, como, la cobertura de la inmunización y de la atención prenatal, la distribución de sulfato de hierro a mujeres embarazadas y niños, y la frecuencia de las visitas de los trabajadores sociales a los hogares. El sistema de seguimiento se ha encargado a empresas privadas, que también analizan las prácticas contables de las ONG.

El sistema de contratación en el marco del PECSB parece haber dado resultados positivos. Las tasas de inmunización aumentaron del 69% al 87% entre 1997 y 2001 y se están realizando encuestas de los hogares para evaluar el impacto del programa sobre la salud materno-infantil.

Al principio, el PECSB tropezó con una serie de obstáculos. Los empleados públicos del sector de la salud temían que la contratación de las ONG constituyera una privatización oculta de los servicios públicos de salud. Las ONG tampoco querían participar porque consideraban que el Gobierno les exigía demasiado respecto a la mejora de los resultados y dudaban de que les pagara puntualmente. Dada la fragilidad financiera de muchas ONG locales, era fundamental que el Gobierno pagara por anticipado y desembolsara los pagos trimestrales inmediatamente para crear confianza en la relación entre los sectores público y privado del país.

dos que atiende a casi cuatro millones de personas, sobre todo indígenas (recuadro 1). También se han puesto en marcha programas en Argentina, El Salvador y Nicaragua.

Los países del sur de Asia también están adoptando programas de atención de la salud, basados en resultados, con la participación de las ONG. En el Estado Islámico del Afganistán, en el marco de un proyecto para la rehabilitación de los servicios de salud aprobado recientemente y financiado por el Banco Mundial, el Gobierno está encomendando a las ONG la dirección de centros de salud. Las ONG que alcanzan objetivos concretos pueden recibir pagos adicionales del Gobierno que pueden ascender hasta un máximo del 10% de la subvención básica.

En India, tanto el gobierno central como los gobiernos estatales reembolsan fondos a las ONG y proveedores privados en función de los resultados. En el marco del programa



Recuadro 2

La GAVI, pionera en las donaciones basadas en resultados

En el marco de un innovador programa de donaciones aprobado por el Directorio de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) en diciembre de 2003, ocho países en desarrollo —Azerbaiyán, Ghana, Malí, Pakistán, Rwanda, Tanzania, Tayikistán y Uganda— recibirán US\$15 millones por concepto de pagos en función de los resultados por haber aumentado sus tasas de inmunización. Los resultados de una auditoría externa indican que, en los tres últimos años, estos países han administrado vacunas vitales para la supervivencia a un mayor número de niños.

Para recibir donaciones en el marco del programa, los países presentan a la GAVI sus estrategias a largo plazo sobre cómo aumentar las tasas de vacunación infantil. El Directorio de la GAVI decidió que realizaría una inversión de tres años en los sistemas de inmunización de los países cuyas solicitudes fueron aprobadas. El único requisito respecto a la utilización de estos fondos es que se obtuvieran resultados positivos. En el cuarto año solo se proporciona financiamiento adicional a los países que efectivamente han atendido a más niños.

Cuando, en el año 2000, Tanzania solicitó fondos por primera vez, se inmunizaba a 950.000 niños al año —el 74% de los nacidos— con tres dosis de la vacuna trivalente (difteria/pertusis/tétano-DPT3), el indicador de cobertura básica. En 2002, se vacunó con DPT3 a 1,2 millones de niños (el 89% de los nacidos), lo que significa que, además de los US\$2,4 millones recibidos entre 2001 y 2003, Tanzania recibirá de la GAVI otros US\$3 millones en 2004.

Hasta la fecha, han recibido una inversión de GAVI para tres años de inmunización 16 países, diez de los cuales —Armenia, Burkina Faso, Camerún, Côte d'Ivoire, Haití, Kenia, Liberia, Madagascar, Mozambique y Santo Tomé y Príncipe— no podrán recibir pagos basados en los resultados, bien porque no pudieron aumentar sus tasas de inmunización en los tres últimos años o porque no se pudo verificar externamente la cobertura declarada. No obstante, tan pronto como puedan mejorar sus resultados, volverán a recibir fondos.

nacional contra la tuberculosis se reembolsa a los laboratorios privados que analizan muestras de esputos para detectar la enfermedad y se paga a las ONG y a los médicos privados una suma fija por cada paciente curado con la terapia de corto plazo observada directamente. En el distrito de Kannur (Estado de Kerala), en donde el programa se encuentra en una etapa avanzada, las ONG y los proveedores privados han aumentado la tasa de detección de casos en torno al 20% (Granich, 2003). En el Estado de Tamil Nadu, el Gobierno está probando otro programa en el marco del cual se paga a los médicos particulares que prestan servicios de planificación familiar y realizan cesáreas.

Transferencias del gobierno central a las autoridades locales. En Brasil, en el marco de un proyecto de salud familiar respaldado por el Banco Mundial, el gobierno central realiza

transferencias per cápita a los municipios locales en función del aumento previsto de ciertos servicios, por ejemplo, parto sin riesgo para las madres de bajos ingresos, control del estado de nutrición y crecimiento de los lactantes y tratamiento de niños pobres con diversas enfermedades. Por ejemplo, al menos un 40% de los bebés deben nacer en una maternidad administrada por el programa de salud familiar del gobierno, los trabajadores que participan en las actividades de extensión deben efectuar, en promedio, un mínimo de nueve visitas al año a ciertos hogares de familias de bajos ingresos y todos los médicos que participan en el programa deben recibir capacitación especial. Si los municipios alcanzan estas metas y algunas otras seguirán teniendo derecho a recibir transferencias en el futuro; de lo contrario, se reducirá la asistencia del gobierno central y se aplicarán otras medidas correctivas para mejorar la focalización y eficacia de las actividades en los municipios que no han alcanzado los resultados previstos.

Desembolsos de los donantes a los gobiernos nacionales y a otros beneficiarios. Se aplican varios enfoques innovadores, en virtud de los cuales el financiamiento de los donantes se condiciona a la obtención de buenos resultados en la práctica. Un ejemplo es el programa de crédito de “compras” del Banco Mundial para la erradicación de la polio. En el marco del programa, los países reciben préstamos a bajas tasas de interés para la compra de vacunas contra la polio, a fin de eliminar las últimas bolsas de la enfermedad que persisten en África y el sur de Asia. Si la vacuna se compró, entregó y administró oportuna y eficazmente, se obtienen fondos adicionales de un fideicomiso de la Fundación Bill and Melinda Gates, la Fundación de las Naciones Unidas y Rotary International para “comprar” el reembolso de los intereses y el capital del préstamo, convirtiéndolo así en una donación. Nigeria y Pakistán han iniciado proyectos de erradicación de la polio por un monto de alrededor de US\$50 millones. Si estos programas tienen éxito, se utilizarán unos US\$20 millones del fideicomiso Gates-Rotary para transformar los préstamos del Banco Mundial en donaciones propiamente dichas. Así pues, cada dólar de las fundaciones permite obtener entre US\$2 y US\$2,50 en asistencia externa para el programa contra la polio, lo que incentiva la participación de los donantes.

La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) ha sido pionera en la asistencia basada en resultados (recuadro 2). A través del Fondo para Vacunas, que recauda y desembolsa fondos para la Alianza, la GAVI ofrece a los países vacunas nuevas y subutilizadas (hepatitis B, haemophilus influenza tipo b, fiebre amarilla y nuevos productos contra rotavirus y neumococo). Además, proporciona donaciones a los países para que aumenten sus tasas de cobertura contra la difteria/pertusis/tétano (DPT3). Este año, la GAVI efectuará su primer pago basado en resultados, a ocho países que recibirán US\$15 millones por haber aumentado sus tasas de inmunización. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo también tiene previsto suministrar fondos para el control de enfermedades a docenas de países en función de las variaciones en los resultados de los programas y, a tal efecto, está perfeccionando los sistemas de seguimiento.

Un proceso de aprendizaje

La experiencia reciente con el financiamiento de los servicios de salud en función de los resultados ha sido alentadora. Cuando este tipo de “contratos” se diseñan bien, pueden ayudar a estimular a los proveedores individuales (médicos, enfermeras, comadronas y trabajadores comunitarios de la salud) a ampliar la cobertura, dar servicio a la población más pobre y mejorar la calidad de sus actividades. En los contratos entre el gobierno central y las autoridades locales, o entre un organismo internacional y el gobierno, también se promueven mejoras en los resultados. El financiamiento basado en resultados contribuye a que los interesados se concentren en los servicios y en su impacto sobre la salud y la nutrición, y no solo en contar insumos como las medicinas, los médicos, las ambulancias, los hospitales y el equipo.

Pero para que funcione, este tipo de financiamiento también ha de superarse una serie de obstáculos, por ejemplo, la dificultad de medir los resultados con rapidez y precisión. En muchos países no resulta fácil obtener datos sobre resultados clave tales como la mortalidad materna; además, los indicadores intermedios, como los partos con atención médica adecuada, pueden ser difíciles de controlar en las regiones y países más pobres. Pese a lo difícil que resulta aumentar la calidad y la integridad de los sistemas de seguimiento de los resultados en relación con la salud, países como Albania y Tanzania (Settles, 2002) han demostrado que es posible. Cuando se trata de evaluar el desempeño de un gobierno y existe una recompensa condicionada a los resultados, quizá no sea realista esperar que un sistema de control administrado por el propio gobierno sea totalmente objetivo. Por ello, a veces tiene sentido encargar el seguimiento a una institución independiente, como en el caso de Haití y en los programas de erradicación de la polio de Nigeria y Pakistán.

Otro problema es la falta de capacidad generalizada de los ministerios de salud para diseñar, negociar y hacer cumplir los contratos basados en el logro de resultados suscritos con las ONG y los proveedores de atención de la salud. En la mayoría de los países, el ministerio de salud ha considerado como funciones tradicionales la propiedad y la operación de sus hospitales y clínicas, pero, en muchos casos, se sienten desbordados al tener que administrar miles de contratos con proveedores de salud del sector privado y pagar servicios como una buena atención prenatal, o el tratamiento de niños con infecciones respiratorias agudas. Para implementar sistemas de gran escala basados en resultados se requiere un cambio fundamental en la misión del ministerio y sus operaciones.

Otro obstáculo es el riesgo de que haya quienes consideren que este tipo de financiamiento representa una imposición de condiciones duras e injustas de los donantes a los proveedores de

servicios de salud. Dado que, en muchos países, la relación entre los ministerios de salud y las ONG es tensa, los contratos de este tipo, para ser eficaces, tienden a ser flexibles y respetuosos, permiten que las ONG operen con cierta libertad y garantizan que, cuando el gobierno recompense el desempeño, los pagos se realicen puntualmente. De la misma manera, si un organismo donante financia a un gobierno en función de sus resultados, el acuerdo ha de beneficiar a ambas partes para evitar una “condicionalidad” inaceptable para el gobierno.

Perspectivas

Lo más probable es que el financiamiento de los servicios de salud en función de los resultados continúe en el futuro, e incluso cobre mayor importancia, debido a una serie de factores, como el interés de los gobiernos y los donantes en mejorar los resultados en esta materia y obtener una medida más exacta de esos resultados, el mayor hincapié en la rendición de cuentas frente a los clientes y los gobiernos por parte de los proveedores de atención de la salud, y también frente a los organismos donantes por parte de los gobiernos, y el convencimiento de que, a veces, las ONG y el sector privado prestan servicios de salud esenciales a los pobres con más eficiencia que sector

público. Es necesario que los interesados en el desarrollo sigan fiscalizando con suma atención estas experiencias de financiamiento basado en resultados y difundan y apliquen las enseñanzas extraídas con la mayor rapidez posible para maximizar los beneficios de la asistencia para el desarrollo y tratar de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. ■

Robert Hecht es director sectorial, y Amie Batson y Logan Brenzel son especialistas principales de salud, en el Departamento de salud, nutrición y población del Banco Mundial.

Referencias:

- Banco Mundial, 2003, Informe sobre el Desarrollo Mundial (Washington).
- , 2001, Output-based Health Care: Paying for Performance in Haiti (Washington).
- , 1993, Informe sobre el Desarrollo Mundial (Washington).
- Granich, Ruben, 2003, “The Private Sector and the Revised National Tuberculosis Control Program” (Delhi: Organización Mundial de la Salud).
- La Forgia, Gerard, Patricia Mintz y Carmen Cerezo (de próxima publicación), “Contracting for Basic Health Services: A Case Study of the Guatemalan Experience” (Washington: Banco Mundial).
- Michaud, Catherine, 2003, “Development Assistance for Health: Recent Trends and Resource Allocations” (Cambridge, Massachusetts: Harvard Center for Population and Development).
- Settles, Philip, 2002, “Improving Monitoring and Evaluation in the Tanzania Essential Health Investment Program” (Dar es Salaam: Gobierno de Tanzania).



Análisis de SIDA en Jaipur, India.