

# El premio inicial en la iniciativa de cooperación basada en resultados de Salud Mesoamérica

Fortalecimiento de sistemas de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño

Emma Iriarte  
Rena Eichler  
Susan Gigli  
Jennifer Nelson  
Paola Zúñiga Brenes  
Diego Ríos-Zertuche

División de  
Protección Social y Salud

NOTA TÉCNICA N°  
IDB-TN-1314

# El premio inicial en la iniciativa de cooperación basada en resultados de Salud Mesoamérica

Fortalecimiento de sistemas de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño

Emma Iriarte  
Rena Eichler  
Susan Gigli  
Jennifer Nelson  
Paola Zúñiga Brenes  
Diego Ríos-Zertuche

Octubre 2017

Catalogación en la fuente proporcionada por la  
Biblioteca Felipe Herrera del  
Banco Interamericano de Desarrollo  
El premio inicial en la iniciativa de cooperación basada en resultados de Salud  
Mesoamerica / Emma Iriarte, Rena Eichler, Susan Gigli, Jennifer Nelson, Paola Zúñiga  
Brenes, Diego Ríos-Zertuche.  
p. cm. — (Nota técnica del BID; 1314)  
Incluye referencias bibliográficas.  
1. Medical care-Central America-Finance. 2. Maternal health services-Central  
America. 3. Child health services-Central America. 4. Reproductive health-Central  
America. 5. Nutrition-Central America. 6. Public-private sector cooperation. I. Iriarte,  
Emma. II. Eichler, Rena. III. Gigli, Susan. IV. Nelson, Jennifer. V. Zúñiga Brenes,  
Paola. VI. Ríos-Zertuche, Diego. VII. Banco Interamericano de Desarrollo. División de  
Protección Social y Salud. VIII. Serie.  
IDB-TN-1314

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2017 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



[scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

[www.iadb.org/salud](http://www.iadb.org/salud)

# El premio inicial en la iniciativa de cooperación basada en resultados de Salud Mesoamérica

Fortalecimiento de sistemas de  
salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño

Emma Iriarte  
Rena Eichler  
Susan Gigli  
Jennifer Nelson  
Paola Zúñiga Brenes  
Diego Ríos-Zertuche





## Índice

|   |    |
|---|----|
| Introducción .....  | 1  |
| Métodos .....   | 2  |
| Resultados .....  | 2  |
| En su conjunto, el sistema es más que la suma de sus partes.....                      | 5  |
| Reflexiones y percepciones de participantes sobre el modelo basado en resultados..... | 9  |
| Conclusiones .....  | 11 |
| Financiamiento.....   | 12 |
| Referencias bibliográficas .....  | 13 |
| Anexos.....   | 15 |



## El premio inicial en la iniciativa de cooperación basada en resultados de Salud Mesoamérica

Fortalecimiento de sistemas de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño

Emma Iriarte<sup>i\*</sup>

Rena Eichler<sup>ii</sup>  
Paola Zúñiga-Brenes<sup>i</sup>

Susan Gigli<sup>iii</sup>  
Diego Ríos-Zertuche<sup>i</sup>

Jennifer Nelson<sup>i</sup>

### Resumen

La Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) es una asociación público-privada que ofrece financiamiento a los gobiernos nacionales de Mesoamérica (región que se compone de América central y del sur de México) condicionado al cumplimiento de resultados de salud en sus municipios más pobres. ISM ha puesto en marcha un dinámico proceso que está fortaleciendo los sistemas de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño. Los factores complementarios y que se refuerzan mutuamente que sustentan los cambios de dicho proceso de fortalecimiento incluyen incentivos financieros y reputacionales; competencia entre los países participantes; aprendizaje que trasciende las fronteras nacionales; seguimiento externo y uso de datos fiables para medir y premiar los resultados; asistencia técnica; y un sentido de urgencia que se origina en la fijación de metas de desempeño claras y con plazos definidos. Este enfoque basado en resultados a nivel de la población también ha generado cambios en los sistemas de salud, entre ellos el compromiso de los gobiernos; el mejoramiento de las prácticas de liderazgo y de gestión operativa; el mejoramiento de la coordinación y la colaboración entre equipos de los ministerios nacionales de salud y entre niveles nacionales y locales del sector de la salud; nuevas políticas y normas orientadas a la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño; recolección y análisis de datos de salud necesarios para la toma de decisiones y la rendición de cuentas; el mejoramiento de sistemas de gestión de productos básicos; el aumento de la demanda de servicios de salud en contextos comunitarios; y una mejor disponibilidad de la prestación de servicios. Estas medidas de fortalecimiento del sistema sientan los cimientos para el logro de mejores resultados de salud materna y del niño en las poblaciones más pobres de los ocho países de Mesoamérica durante las etapas de la ISM que tendrán lugar una vez que se premien los mejores resultados de salud obtenidos. Esta iniciativa de cooperación basada en resultados consta de características únicas que, por una parte, pueden inspirar el fortalecimiento de otras iniciativas de cooperación orientadas a resultados y, por otra, aporta información útil para futuras asociaciones de donantes con países o bien entre gobiernos nacionales y subnacionales.

**Palabras clave:** Cooperación basada en resultados; financiamiento basado en resultados; fortalecimiento del sistema de salud; salud materna y del niño; fortalecimiento de la cadena de suministro; salud reproductiva; nutrición; asociaciones público-privadas.

**Código JEL:** I140

<sup>i</sup> Iniciativa Salud Mesoamerica Initiative, Banco Interamericano de Desarrollo, Panamá, Panamá.

<sup>ii</sup> Broad Branch Associates, Washington, D.C., EE.UU.

\* Autor para correspondencia: Emma Iriarte, emmai@iadb.org



## Siglas y abreviaturas

|       |   |
|-------|---|
| FSS   | Fortalecimiento del sistema de salud                      |
| BID   | Banco Interamericano de Desarrollo                        |
| IHME  | Institute for Health Metrics and Evaluation               |
| SRO   | Sales de rehidratación oral                               |
| CBR   | Cooperación basada en resultados                          |
| SRMRN | Salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño |
| ISM   | Iniciativa Salud Mesoamérica                              |
| AT    | Asistencia técnica  |
| OMS   | Organización Mundial de la Salud                          |





## Introducción

Motivados por el objetivo común de identificar un mecanismo de cooperación altamente eficiente para ayudar a los países de América central y el estado de Chiapas en México a mejorar la salud de las mujeres y los niños más pobres de la región, la Fundación Bill & Melinda Gates, el Instituto Carlos Slim de la Salud (ICSS) y el Gobierno de España forjaron una asociación con esos países y con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a través de la cual ofrecer recompensas financieras a los países que alcanzaran metas de desempeño preestablecidas dentro de un plazo específico. Si bien los incentivos financieros forman parte de este modelo de cooperación basado en resultados y son esenciales para el logro de resultados sostenibles, centrarse exclusivamente en los incentivos financieros del programa pasa por alto el elemento de fortalecimiento del sistema catalizado y apoyado por el programa. Por otra parte, aun cuando la obtención del pago por desempeño puede ser el incentivo más visible, la verdadera recompensa es el logro de un sistema de salud fortalecido, capaz de entregar servicios a las poblaciones más pobres y de mejorar los resultados de salud.

Aunque existen experiencias de cooperación basada en resultados en el sector salud, ninguna de ellas consta de las características que destacan en la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM), es decir, donantes que participan como miembros activos de una asociación, un banco de desarrollo que opera como administrador, una unidad regional que supervisa y ofrece asistencia técnica a los países, recompensas por mediciones que fortalecen el sistema de salud, además de productos y resultados de salud, medición completamente independiente, incentivos coordinados por el lado de la oferta y de la demanda y un enfoque centrado en la equidad (Eichler y Glassman 2008). Una investigación realizada por Perakis y Savedoff en el Centro para el Desarrollo Global demuestra que prestar mayor atención a los resultados parece ser un elemento impulsor más importante para la ISM que otros factores (como los intereses económicos) que habitualmente se consideraban preponderantes en una iniciativa basada en resultados (Perakis y Savedoff 2015).

El mantra del mejoramiento de la calidad “todo sistema ha sido perfectamente concebido para conseguir los resultados que obtiene” (Carr 2008) resulta muy pertinente en el caso de la ISM. Comienza con los resultados deseados y luego retrocede para hacer las correcciones en los sistemas que le permitirán alcanzar tales resultados. Una vez negociadas las metas, se solicita a los equipos que analicen los sistemas y los procesos que deben ponerse en marcha para lograr mejoras en los plazos establecidos en sus acuerdos de desempeño. Por ejemplo, algunos países han convenido en reducir la anemia en niños menores de dos años. Para alcanzar esta meta, debieron comenzar por elaborar nuevas políticas de suplementos nutricionales para niños, luego aplicar directrices para los administradores de distrito, prestadores de salud y agentes comunitarios de salud y las correspondientes estrategias de comunicación para promover cambios de comportamiento. Fue necesario agregar productos a los listados de productos básicos esenciales de los países antes de realizar la adquisición y la distribución de los mismos. Esta revisión de procesos conlleva el examen y la revisión de sistemas de suministro a fin de garantizar la disponibilidad de productos básicos esenciales.

Cada vez está más demostrado que las inversiones en mejores sistemas de salud redundan en mejores resultados (Hatt et al. 2015). Es el sistema como un todo –la combinación de distintos componentes y subcomponentes y las interacciones entre ellos y al interior de los mismos– que determinará el cumplimiento de la cobertura, las metas asociadas a la calidad y los efectos de las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño y el impacto en los resultados (Ergo et al 2011). Hatt y sus colegas analizaron 161 revisiones sistemáticas sobre los efectos de





intervenciones de fortalecimiento de sistemas de salud en los resultados de salud en países de ingresos bajos y medios. Se identificaron trece categorías de intervenciones –todas ellas representadas en los programas nacionales de la ISM– que contribuyen a los resultados de salud. No obstante, ninguna de las revisiones incluyó estudios de casos en que se fortalecieran explícita y simultáneamente múltiples elementos de un sistema de salud.

La experiencia de la ISM permitirá subsanar esta brecha de conocimiento. La ISM ha puesto en marcha un dinámico proceso de fortalecimiento de sistemas de salud en Mesoamérica con el objetivo de entregar resultados en materia de salud materna, del recién nacido y del niño, planificación familiar y nutrición para las mujeres y niños más desfavorecidos de la región. Los factores complementarios que se refuerzan mutuamente y que son el motor de estos cambios incluyen incentivos financieros y reputacionales; competencia entre los países participantes; aprendizaje que trasciende las fronteras nacionales; seguimiento externo y uso de datos fiables para medir y premiar los resultados; asistencia técnica; y un sentido de urgencia que se origina en la fijación de metas de desempeño claras y con plazos definidos. Este enfoque basado en resultados a nivel de la población también ha generado cambios en los sistemas de salud, entre ellos el compromiso de los gobiernos; el mejoramiento de la coordinación y la colaboración entre equipos de los ministerios nacionales de salud y entre niveles nacionales y locales del sector de la salud; el mejoramiento del liderazgo y de la gestión en todos los niveles del sistema de salud; la actualización de políticas y normas orientadas a nutrición y a la salud materna, del recién nacido y del niño; el desarrollo y la utilización de información de salud para la toma de decisiones y la rendición de cuentas; el mejoramiento de sistemas de gestión de productos básicos; el aumento de la demanda de servicios de salud en hogares y comunidades; y una mejor disponibilidad de la prestación de servicios. Se espera que estas medidas de fortalecimiento del sistema sirvan de base para concretar mejoras en los resultados de salud materna y del niño durante las etapas posteriores de la ISM.

El foco geográfico de la iniciativa se centra en municipios de América central y del estado de Chiapas en México que registran el porcentaje más elevado de hogares en el quintil socioeconómico más bajo. De cumplirse las metas de salud fijadas al término de cada una de las tres etapas (cada una de las cuales tiene una duración entre 18 y 24 meses), la ISM reembolsa al gobierno un pago por desempeño equivalente a la mitad del monto aportado por el país. Dichos fondos pueden entonces usarse libremente en el sector de la salud. No obstante, si no consigue las metas preestablecidas para una etapa, el país no recibe el pago por desempeño correspondiente a dicha etapa. Las etapas han sido diseñadas para recompensar una evolución específica en el desempeño, desde disponibilidad del sistema hasta resultados medidos. Los arquitectos de la ISM comenzaron por los objetivos finales y trabajaron hacia atrás para determinar los indicadores y las metas de la segunda y la primera etapas que permitirían a los países desarrollar las capacidades necesarias para alcanzar los resultados deseados al concluir la tercera etapa. Por ejemplo, si la recompensa de la tercera etapa es la reducción de la anemia, la segunda etapa recompensa la utilización de micronutrientes en polvo y la primera premia cambios en políticas orientadas a promover el uso de tales micronutrientes y la mayor disponibilidad de los mismos en los centros de salud.

En cada una de las etapas, los países se comprometen a alcanzar metas negociadas para ocho a 12 indicadores que se seleccionan a partir de un listado de indicadores que son materia de seguimiento en todos los países.<sup>1</sup> El pago del tramo de desempeño está condicionado a la obtención de una puntuación igual o superior a 0,8. La puntuación de desempeño se determina

---

<sup>1</sup> El Marco General de la ISM compara la evolución de 40 indicadores en la región que reflejan la utilización y la calidad de la cobertura de los servicios de salud durante un periodo de 24 meses.



a través de una medición externa y completamente independiente realizada por el Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) (Mokdad et al. 2015) y por un grupo de expertos regionales. En la primera etapa, cinco países alcanzaron una puntuación igual o superior a 0,8, por lo cual recibieron el tramo de desempeño. Un país no alcanzó la puntuación requerida, sin embargo, se le autorizó continuar hacia la siguiente etapa y otros dos países iniciaron una etapa de recuperación durante la que alcanzaron las metas que anteriormente no habían cumplido, por lo tanto, se les permitió pasar a la segunda etapa sin recibir el pago de desempeño. Así todo, incluso los países que obtuvieron puntuaciones inferiores a 0,8 registraron mejoras sustanciales. El cumplimiento o incumplimiento de las metas de la primera etapa se determinó a través de pruebas Z unilaterales que analizaron si el resultado era significativamente menor que la meta. El cumplimiento se consideró aceptable cuando la prueba Z no fue significativa. En los anexos de este documento se detallan el desempeño por país, además de los indicadores y las metas de la segunda y tercera etapas. Asimismo, los detalles pormenorizados de los resultados de la primera etapa según encuestas independientes han sido materia de otras publicaciones (Mokdad et al., s.f.).

El financiamiento para la ejecución de estrategias de la ISM proviene de una combinación de recursos nacionales y de donación (USD 39 millones y USD 41 millones respectivamente) que se invierten directamente en las áreas más pobres de la región. Aproximadamente la mitad del financiamiento proviene de cooperación externa (donantes de la ISM) y el resto de recursos nacionales (financiamiento a través de préstamos del BID en algunos países y recursos nacionales existentes en otros). Los programas del BID se ajustan a un presupuesto, situación que mejora sus probabilidades de sostenibilidad. Los países que registran una puntuación igual o superior a 0.8 en cada una de las fases reciben un pago por desempeño equivalente a la mitad de los recursos nacionales asignados a las actividades de la ISM. Dado que dichos pagos por desempeño se reciben una vez que ya se ha incurrido en los costos, los países consideran los desembolsos como una recompensa flexible ya que la única condición que deben cumplir es la de utilizar los fondos en el sector de salud. En la primera etapa se desembolsaron cerca de USD 6.5 millones como parte del tramo de desempeño.

Siento que hemos demostrado que se pueden obtener grandes resultados con poco dinero, es decir, considerando todas las inversiones realizadas por los gobiernos, donantes y bancos de desarrollo, el monto invertido por la ISM es relativamente pequeño, en especial dados los resultados que obtenemos. Sería una pena si esto desapareciera [...] Creo que es un modelo que se debe estudiar y seguir.

**Líder de equipo del BID**

Los recursos de la iniciativa corresponden a menos del 1% del gasto total anual en salud (OMS 2014). Si bien podría parecer un monto relativamente bajo, demuestra el potencial del financiamiento catalítico. Por otra parte, deja en evidencia que elementos tales como los incentivos reputacionales y la asistencia técnica para obtener resultados cumplen una función más importante que la considerada inicialmente y que deben ser materia de un análisis más extenso.

Los programas nacionales han sido diseñados para estructurarse en torno a estrategias nacionales orientadas a mejorar la salud de sus mujeres y niños más pobres. En consecuencia, en cada país se han incluido diferentes elementos del sistema. Por ejemplo, dado que El Salvador ya se encontraba ejecutando un modelo de salud familiar y Nicaragua ya contaba con una plataforma comunitaria, su participación en la ISM fue diseñada de manera de apoyar y fortalecer tales medidas. Los países seleccionaron indicadores a partir de un listado que abarca SRMRN según sus prioridades.



## Métodos

El análisis del que da cuenta este informe se basa en la recopilación de documentos, revisiones de publicaciones y entrevistas cualitativas en profundidad. La revisión de numerosos documentos de planificación e informes de la ISM aportó información relativa a las decisiones de diseño y al avance registrado en cada uno de los países. Por otra parte, la revisión de informes de medición externa de IHME entregó información pormenorizada sobre los resultados de cada país una vez concluidas las primeras operaciones. Entre los meses de mayo y junio de 2015 se llevaron a cabo más de 40 entrevistas con informantes clave (5), jefes de equipo del BID (8), personal de la Unidad Coordinadora de la ISM (que ofrece apoyo a los países) (8), evaluadores externos (1), proveedores de asistencia técnica (AT) (2), funcionarios del Ministerio de Salud a nivel nacional y local (12) y administradores de servicios de salud en los distritos (6). Tales entrevistas permitieron conocer las áreas clave de interés a continuación: Experiencias positivas y negativas de los entrevistados con la ISM, su percepción de la medición independiente y de la AT proporcionada para fines de fortalecimiento de los sistemas, sus opiniones acerca de la ISM en su calidad de iniciativa regional, los efectos de la ISM en los sistemas de salud y sus opiniones sobre cómo se podría mejorar el modelo y la ejecución de la ISM. Por último, las publicaciones revisadas identificaron distintos enfoques para medir y verificar mecanismos de financiamiento basados en resultados y las compensaciones recíprocas asociadas a dichos enfoques. Posteriormente, los autores organizaron y presentaron los resultados como parte de los elementos estructurales del sistema de salud que, en el modelo de la ISM, incluyen una categoría por el lado de la demanda. En el caso de los indicadores que podrían caracterizarse en torno a múltiples elementos de sistema de salud, se tomó en consideración el principal impulsor del sistema para determinar la categorización. Con el objeto de garantizar la confidencialidad de los informantes claves y reducir al mínimo los sesgos, todas las entrevistas, transcripciones y el manejo de datos fueron llevados a cabo por un equipo independiente.

## Resultados

En un comienzo, los gobiernos nacionales no comprendieron a cabalidad cómo operaría el modelo de cooperación basada en resultados. En algunos casos, no prestaron la debida atención a los detalles de los indicadores compuestos y a los elementos que debían modificarse a fin de lograr resultados al cumplirse el plazo inicial de 18 meses. Algunos países perdieron puntos porque la ausencia de un elemento en un indicador compuesto redundó en una pérdida en el resultado final del indicador. Los entrevistados a nivel de país y de asistencia sugirieron la posibilidad de mejorar el modelo al introducir una estructura de pago por cada indicador cumplido y así dejar de lado el enfoque de "todo o nada" que exige que los países obtengan una puntuación global de 0.8.

La ISM nos ha permitido integrar las diferentes divisiones del Ministerio de Salud. Al comienzo, trabajábamos de manera aislada. Cada división cumplía con sus funciones sin interrelaciones de ningún tipo. Pero después de trabajar con la Iniciativa, las relaciones, cooperación e intercambio de experiencias que no teníamos antes se plasmaron... y eso, a mi juicio, es la experiencia más valorable que tuvimos con la Iniciativa.

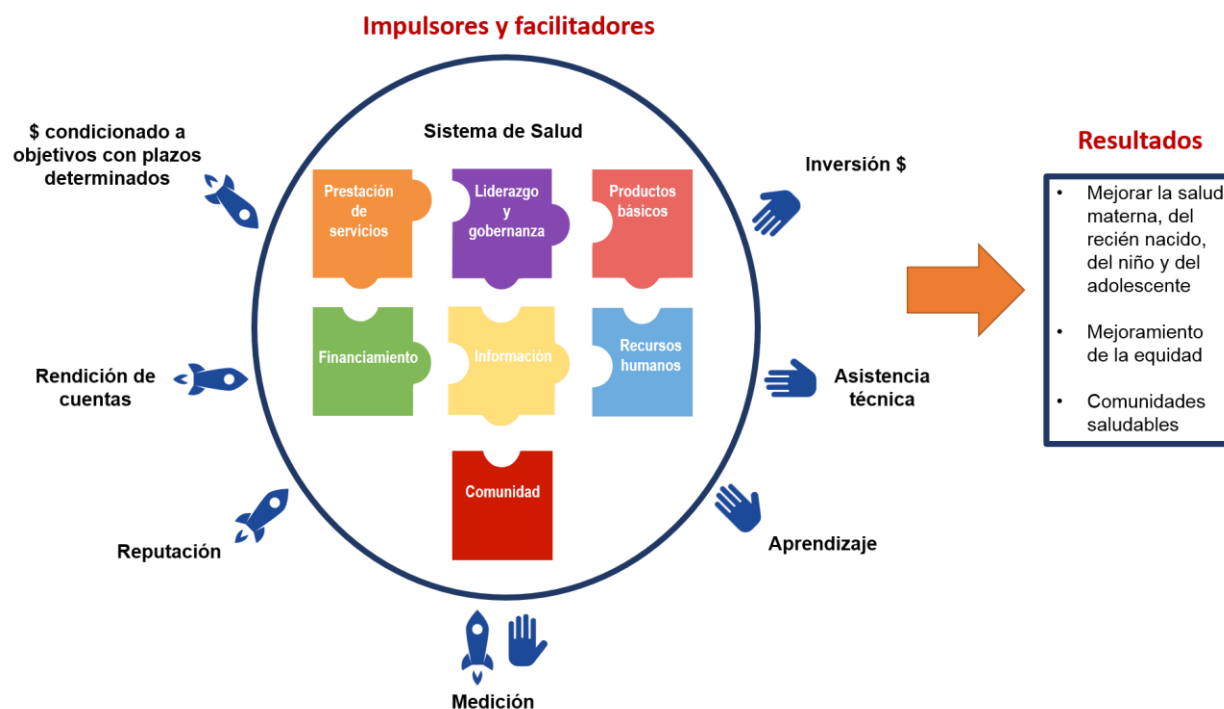
**– Funcionario del Ministerio de Salud**

Asimismo, si bien los entrevistados indicaron que el hecho de tener que cumplir plazos permite generar un sentido de urgencia, también manifestaron que 18 meses era un plazo muy breve para evaluar cuellos de botella, elaborar y ejecutar cambios destinados a fortalecer el sistema y



lograr resultados. Así, estimaron que un plazo de dos años resultaría más realista. Las mediciones independientes otorgan credibilidad a los resultados, tanto a nivel de país como de donantes.

**Figura 1: Marco de modificaciones al sistema de salud de ISM**

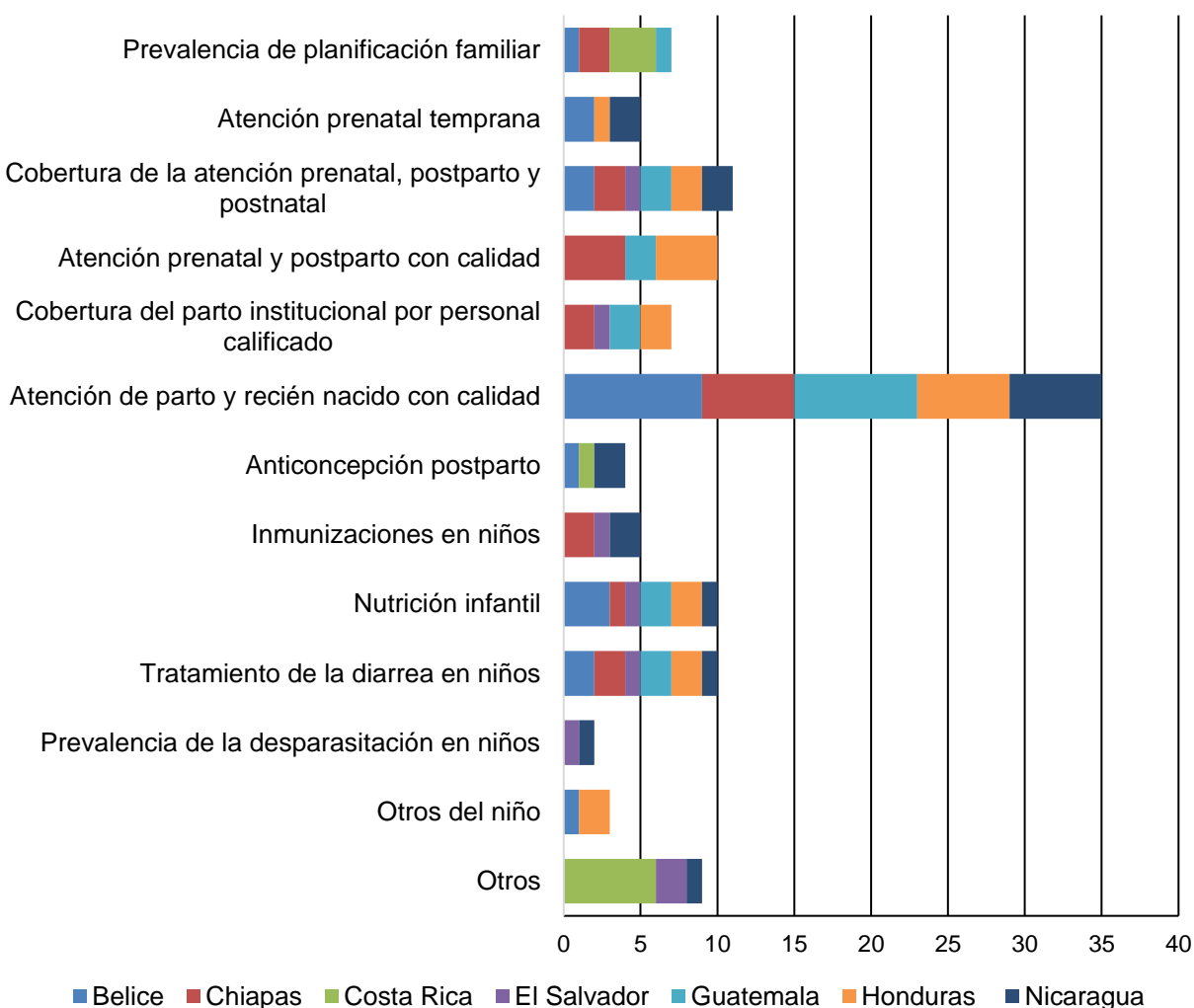


El marco de modificaciones al sistema de salud de la ISM ilustrado en la Figura 1 detalla los elementos que se combinan para permitir que los países alcancen las metas de desempeño. Entre tales elementos están la asistencia técnica, el aprendizaje entre países y al interior de los mismos, incentivos financieros y reputacionales, información fiable a través de evaluaciones independientes e inversiones destinadas a fortalecer elementos del sistema de salud. Para cumplir las metas de la ISM, los países modificaron los mecanismos que regulan el financiamiento, la organización, el liderazgo, los reglamentos y el comportamiento del sistema de salud (Roberts 2008). Estos ajustes simultáneos desencadenaron cambios que fortalecieron el desempeño de los pilares estructurales del sistema de salud e introdujeron el elemento adicional de comunidad/lado de la demanda aportado por la iniciativa (Kerr et al. 2007; Claeson et al. 2001). En primer lugar, los equipos seleccionaron los indicadores de resultados de la segunda y tercera operaciones (Figura 2) y luego trabajaron en sentido contrario para identificar los objetivos de FSS que sería necesario cumplir para obtener resultados (Anexo I).

La Figura 3 ilustra un análisis de los indicadores de la primera etapa de la ISM organizados según los elementos constitutivos del sistema de salud según la OMS, incluido el elemento adicional de “comunidad/lado de la demanda” que refleja las intervenciones comunitarias y por el lado de la demanda que son parte fundamental del modelo de fortalecimiento del sistema de salud de la ISM. No obstante, estos indicadores no capturan las acciones realizadas para impulsar cambios en el sistema que sí se reflejan en el desempeño de los indicadores estructurales del sistema de salud.



**Figura 2: Indicadores de las etapas 2 y 3 por tipo de servicio**



Nota: Algunos indicadores se repiten en las Etapas 2 y 3, si bien contienen objetivos más ambiguos. El gráfico presenta el total de los indicadores considerados para ambas Etapas.

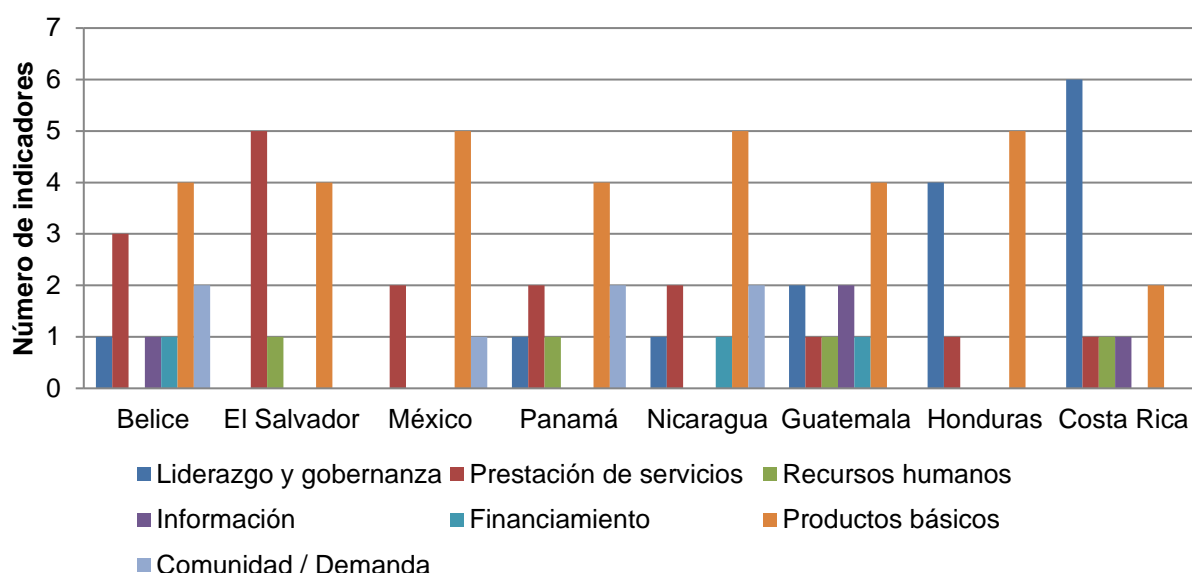
Los indicadores cuyo cumplimiento se recompensa son aquellos que reflejan la forma en que los países deben rendir cuentas por introducir cambios en estos elementos estructurales. En la primera etapa, la mayoría de los indicadores estaban vinculados a componentes estructurales como liderazgo y gobernanza, productos básicos y prestación de servicios.

Es lo que debimos haber hecho desde un principio, pero ahora lo hacemos de manera organizada. Por eso es innovador en términos de integración. No lo teníamos antes, pero ahora lo hemos logrado. No es más de lo mismo. Ahora nos estamos organizando.

– **Administrador del sector de la salud**



**Figura 3: Indicadores de la fase 1 de acuerdo con los elementos del sistema de salud**



## En su conjunto, el sistema es más que la suma de sus partes

La ISM primero reforzó los distintos elementos esenciales de los sistemas nacionales de salud, con lo cual allanó el camino para el logro de importantes metas de resultados de salud durante las etapas siguientes. La cantidad de indicadores varió de un país a otro.

### *Liderazgo y gobernanza:*

La prioridad atribuida al logro de resultados que serían recompensados se integró al proceso de cómo los países planificaban, presupuestaban, monitoreaban, supervisaban y exigían la rendición de cuentas del personal desde el ámbito nacional al local. Al definir indicadores y metas precisos que deben cumplirse en cada etapa, los administradores del sector de la salud tenían claridad y contaban con información completa acerca de su responsabilidad en el logro de resultados dentro de un plazo específico. Los indicadores que reflejaron cambios en el liderazgo y la gobernanza fueron la fijación de nuevas normas de nutrición y de atención de salud reproductiva y del niño, estrategias comunitarias y sistemas para informar y adoptar medidas sobre auditorías de muertes maternas en Guatemala, Honduras y México. Como se puede observar en la Figura 3, seis de los ocho países participantes tienen metas de desempeño vinculadas a este elemento.

Cuando logramos esa colaboración entre el equipo técnico, el gobierno local y las comunidades, realmente obtenemos resultados. Eso es lo que ha reforzado la Iniciativa: una colaboración tripartita que es clave para implementar una serie de programas con la Iniciativa ISM.

– Líder local

El enfoque en resultados de la ISM sirvió de catalizador para asociaciones indispensables entre unidades del Ministerio de Salud y entre actores nacionales y locales que les permitieron alcanzar objetivos comunes. En todos los países, funcionarios del Ministerio de Salud viajaron hacia comunidades pobres con el propósito de comprender los desafíos de ofrecer servicios en condiciones difíciles. Según las entrevistas realizadas a administradores de salud y líderes políticos locales, las demandas de estos últimos para solucionar problemas en sus comunidades





fueron objeto de mayor atención y compromiso en el nivel nacional. Prácticamente todos los países adoptaron nuevas estrategias y/o normas nacionales. Por ejemplo, Chiapas elaboró una Estrategia Estatal de Salud para Pueblos Indígenas a fin de impulsar la demanda mediante la incorporación de la sensibilidad cultural. Cinco países formularon nuevas normas para la distribución de micronutrientes con el objeto de prevenir la anemia en niños, algunas de las cuales incluían adaptaciones para las poblaciones indígenas. Por otro lado, dos países establecieron normas nacionales para la atención de adolescentes. Dos países aprobaron

La ISM demuestra que cuando se dan ciertos pasos, se obtienen resultados. Y esos resultados se están documentando cuidadosamente con datos. Los datos movilizan a la gente y convencen a los políticos sobre los resultados técnicos.

**– Funcionario del Ministerio de Salud**

plataformas de prestación de servicios de base comunitaria y establecieron formalmente las funciones de los agentes comunitarios de salud. En algunos casos, políticas y normas originalmente concebidas para comunidades específicas fueron replicadas a nivel nacional, lo que demuestra que algunos de los beneficios de fortalecer el sistema de salud se han extendido desde las regiones de cobertura de la ISM hacia todo el país.

Los incentivos reputacionales también fueron un importante impulsor del fortalecimiento de compromisos a nivel de altos funcionarios del Ministerio de Salud. Lo anterior se hizo evidente en el espíritu competitivo que se manifestó al comparar resultados en las reuniones regionales del Ministerio de Salud y en el evento de aprendizaje regional realizado por la ISM en Panamá en noviembre de 2014. La exigencia de que los países entregaran informes de avance trimestrales sobre el cumplimiento de sus metas llevó a los funcionarios de gobierno a concentrarse en la iniciativa. Tanto el personal del BID como los entrevistados de los distintos países manifestaron que la rotación de personal entre los altos funcionarios constituía un reto. No obstante, los entrevistados manifestaron que la iniciativa había actuado de manera estratégica al cultivar el compromiso de los altos funcionarios de América central, región en que el compromiso político es un elemento crucial del éxito.

### *Información*

La ISM ha fortalecido los mecanismos mediante los cuales los países participantes generan y utilizan la información. Sus compromisos de alcanzar los objetivos de desempeño planteados les exigían ser capaces de realizar un seguimiento de sus avances hacia dichos objetivos y de identificar cuellos de botella. Tal como se muestra en la Figura 3, tres países poseían indicadores de desempeño vinculados a información de salud durante la primera operación. El Salvador recibió asistencia técnica de la ISM para elaborar un tablero de control de desempeño nacional que pudiera combinar e integrar los datos provenientes de múltiples fuentes a fin de generar gráficos ilustrativos, cuadros dinámicos y un sistema de alerta para la toma de decisiones. Dicho tablero de control permitió a los funcionarios de salud comprender el estado de diversos componentes en diferentes niveles del sistema y proporcionar oportunamente datos que aportaran la información necesaria para posibles medidas correctivas. Chiapas, Honduras, Costa Rica y Guatemala modificaron el software original para crear sus propios tableros de control de desempeño, en tanto que Panamá y Belice ya iniciaron su aplicación. En Chiapas, el nuevo sistema ha acortado los tiempos entre la identificación de un problema y el desarrollo de una solución. Tanto en las entrevistas nacionales con informantes clave como en las de apoyo, los entrevistados señalaron un aumento en el uso de la información de salud para monitorear los avances, proporcionar retroalimentación, fiscalizar y adoptar medidas para subsanar brechas, todo ello motivado por el deseo de cumplir las metas establecidas.





### *Productos básicos:*

Todos los países reforzaron sus sistemas de suministro, dado que los medicamentos, los equipos y la cadena de frío de las vacunas constituyen requisitos fundamentales para lograr los objetivos de resultados de la segunda y tercera etapas. Como parte de la asistencia técnica, los países recibieron herramientas para monitorear las existencias en los establecimientos y reorganizaron los sistemas de suministro para una mejor planificación, adquisición y distribución de los productos básicos esenciales. Se incorporó una serie de nuevos productos a las listas de productos básicos esenciales tales como zinc, micronutrientes en polvo y productos de planificación familiar, los cuales fueron luego adquiridos y distribuidos. Con ello aumentó significativamente la disponibilidad de productos básicos esenciales y de equipos para los servicios de atención pre y postnatal, planificación familiar y salud del niño, así como para la atención de partos y emergencias obstétricas durante la primera etapa (y durante el periodo de mejoramiento del desempeño, el cual se extendió en los casos de Guatemala y Chiapas, tal como se aprecia en el Anexo I: Desempeño de indicadores de suministro de la Etapa 1). Los entrevistados de Guatemala y Chiapas indicaron que la burocracia imperante en los procesos de adquisiciones y distribución de sus respectivos países impidió el logro de las metas de suministro dentro del plazo establecido para la primera etapa; sin embargo, dichos objetivos se alcanzaron durante el periodo de mejoramiento del desempeño.

Ahora contamos con información en tiempo real sobre la situación del suministro, lo que nos permite planificar de manera proactiva en lugar de tan solo reaccionar.

– **Secretaría de Salud, Chiapas**

### *Prestación de servicios:*

La ISM respaldó y vigorizó las reformas a la estructura del sistema de prestación de servicios que ya estaban en marcha en algunos países e impulsó la creación de nuevos modelos de prestación de servicios en otros. Durante la primera etapa, todos los países vincularon sus metas de desempeño a este elemento. La Iniciativa hizo hincapié en la prevención y en la promoción del cuidado, incrementó el número de atenciones en comunidades remotas e incentivó a las comunidades a aumentar la demanda y a apoyar las prácticas de autocuidado. Asimismo, los países reforzaron sus sistemas para atender complicaciones obstétricas y neonatales, controlar enfermedades infantiles y llevar a los hogares suplementos nutricionales y educación con objeto de reducir la anemia en los niños.

La ISM nos ha dado la posibilidad de proponer un modelo de prevención del embarazo adolescente. Nos ha permitido reunir todas las pruebas disponibles, analizar todas las características y condiciones de Costa Rica, identificar los factores determinantes del embarazo en la población adolescente de Costa Rica y luego proponer un modelo. Por lo tanto, desde este punto de vista ha sido un buen espacio para experimentar.

– **Funcionario del Ministerio de Salud**

Se fortalecieron las reformas ya existentes en El Salvador, Honduras, Nicaragua y Belice, al tiempo que se crearon e implementaron nuevos modelos de prestación de servicios en Chiapas, Guatemala, Costa Rica y Panamá. Por ejemplo, se reforzó el modelo de Salud Familiar de El Salvador mediante la elaboración de planes operacionales anuales cuyos objetivos mensuales se alinearon con las metas de la ISM para el país. Honduras fortificó su actual reforma mediante el establecimiento de mecanismos de contratación basados en resultados entre la Secretaría de Salud y hospitales autónomos, así

como entre hospitales y obstetras y pediatras para atender complicaciones obstétricas y neonatales. En Chiapas, se redefinieron y fortalecieron las redes de prestación de servicios con el objeto de entregar servicios obstétricos y de atención materna y neonatal de emergencia.



Panamá mejoró su sistema de prestaciones para manejar la atención obstétrica y del recién nacido en los municipios de las comarcas indígenas. Costa Rica implementó un modelo innovador de prestación de servicios de salud reproductiva a adolescentes, el cual incorpora a múltiples instituciones nacionales que ahora fiscalizan a Unidades Locales de Coordinación multisectoriales que facilitan la prestación de servicios a adolescentes a nivel local.

#### *Recursos humanos:*

El Salvador, Guatemala, Panamá y Costa Rica seleccionaron indicadores de desempeño en relación con este elemento (Figura 3). Se capacitó a trabajadores y administradores de establecimientos de salud a nivel hospitalario, comunitario y de atención primaria sobre la forma de suministrar micronutrientes a los niños; orientar a las madres acerca de cómo tratar la

Las unidades de salud que atienden los partos entregan a las mujeres un vale de transporte para que controlen su embarazo... y otro al momento del parto (ya sea para dirigirse a una casa materna o directamente a la unidad de salud). Esta intervención puede ser altamente eficaz, pero a mi juicio crea demasiada dependencia, tiene un alto costo y es insostenible.

**– Administrador de establecimiento local de salud, Nicaragua**

diarrea con zinc y SRO; identificar embarazos en una etapa temprana con el fin de proporcionar atención prenatal oportuna y continua; atender partos y complicaciones y entregar servicios de atención postparto y asesoría en planificación familiar y salud del niño. También se procedió a aumentar la dotación de trabajadores de la salud. Según indicaron, los trabajadores de la salud se sienten más motivados ahora que los suministros se encuentran disponibles, la retroalimentación es oportuna y se abordan los cuellos de botella. Las entrevistas realizadas revelaron que en algunos países se redujo la rotación de personal al proporcionar alicientes que incentivarán a los trabajadores a permanecer en puestos de mayor complejidad.

#### *Financiamiento:*

Las actividades de la ISM se financiaron gracias a una combinación de recursos internos y de donantes que apoyaron elementos de los sistemas tales como sistemas de información, capacitación, productos básicos y mano de obra. Dos países (Belice y Nicaragua) presentaron indicadores de desempeño vinculados a este elemento. Chiapas y Nicaragua experimentaron con incentivos por el lado de la demanda a fin de cubrir costos de transporte hacia los establecimientos equipados para atención de partos. Si bien en Nicaragua la ISM se considera una instancia eficaz, el país ha manifestado su preocupación sobre la continuidad de la intervención. En diversos países se describió la gestión presupuestaria como un obstáculo, mientras que el financiamiento errático se percibió como un cuello de botella. Hubo confusión respecto de este obstáculo debido a la brecha en el tiempo transcurrido entre las mediciones independientes y la aprobación de los donantes para financiar el tramo de desempeño, lo que retrasó el pago.

Los contratos sociales para la salud y el bienestar de la comunidad son acuerdos entre la comunidad y el equipo de salud familiar que atiende a dicha comunidad. Contienen acciones para alcanzar los indicadores, los principales indicadores del equipo de salud y las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Los contratos sociales sistematizan y aglutinan las acciones de salud en una sola estrategia. Para mí, esta es la acción más prometedora de la Iniciativa. Creo que es sostenible. Empodera a la comunidad y los resultados se pueden ver en el corto y mediano plazo.

**– Administrador de establecimiento local de salud**



### *Comunidad:*

La ISM permitió a los países participantes realizar intervenciones a nivel de comunidades y de hogares, los cuales no estaban cubiertos por el sistema de servicios de salud; entre ellos, Panamá, Belice y Nicaragua seleccionaron indicadores de desempeño vinculados a este elemento. Por ejemplo, se recompensó a Panamá por cerciorarse de que el 100% de las comunidades objetivo tuvieran un plan en ejecución que especificara soluciones de corto y largo plazo para mejorar el saneamiento y la calidad del agua, y que el 87,5% de las comunidades contara con un plan de parto comunitario. Sobre la base de una estrategia comunitaria ya existente, se premió a Nicaragua por lograr que el 95% de las unidades de salud en municipios seleccionados por la ISM celebrara acuerdos sociales sobre salud y bienestar comunitarios con comités locales de salud. A medida que ingresan a la segunda etapa, los países centran sus esfuerzos en la educación familiar y el cambio de comportamiento, puesto que reconocen que la salud se ve afectada a nivel comunitario y que el autocuidado es un factor primordial en un sistema de salud eficaz, especialmente en las comunidades pobres y marginalizadas.

## **Reflexiones y percepciones de los participantes sobre el modelo basado en resultados de la ISM**

Las investigaciones cualitativas confirman que la aceptación de la ISM no solo se debió a la promesa de pagar fondos condicionados a los resultados, sino también a que existía un plazo para su consecución. Según entrevistas con informantes clave, la medición independiente fue un factor adicional que convenció a los países del gran potencial que posee el modelo de cooperación basado en resultados, a la vez que otorga certeza a los donantes de que su dinero se utiliza para financiar resultados verificados.

A fin de alcanzar los resultados a nivel de población, los países participantes debieron realizar ajustes a sus sistemas de salud. Si bien los países muestran resultados en común en la segunda y tercera etapa, durante la primera etapa cada uno de ellos centró su atención en elementos de FSS diferentes con el objeto de cumplir sus metas y adaptar las necesidades a sus propios sistemas.

En las entrevistas se describió a la gestión basada en resultados como un nuevo modelo considerado catalizador. Los objetivos materializan las metas; la exigencia de cumplir objetivos dentro de un tiempo específico permite concentrarse mejor; y el financiamiento condicionado al logro de metas –junto con la alta visibilidad inherente a una iniciativa multinacional de estas características– mantienen en alto la determinación de los actores del sector de salud. Las partes interesadas indican que la ISM ha generado nuevos diálogos

El primer desafío consistió en superar la apatía y despejar las dudas de que la ISM realmente podía cambiar los indicadores. A la larga, los indicadores son ambiciosos: reducir la mortalidad materna después de 20 o 30 años de intenso esfuerzo sin impactos significativos. Luego llega la ISM y te dice que en cinco años reduciremos la mortalidad materna, por lo que tu primera reacción es de incredulidad, ¿no? Nuestro primer desafío ha sido infundir fe en la gente, garantizar que la ISM, mediante sus propias acciones, realmente puede reducir esos indicadores. Creo que hemos cumplido este desafío y por eso ahora la gente nos cree.

**– Funcionario del Ministerio de Salud**

y asociaciones en todas las unidades del Ministerio de Salud a nivel nacional, así como entre los niveles nacional, local y comunitario. La capacidad de los países se ha incrementado gracias al apoyo técnico proporcionado por el BID, la Unidad de Coordinación de la ISM en Ciudad de



Panamá y dos empresas internacionales contratadas para estos fines. Las nuevas estrategias basadas en información concreta y las intervenciones orientadas a resultados exigen a los actores del sector de salud rendir cuentas. Por otra parte, los sistemas de suministro se han visto fortalecidos como consecuencia de un análisis más profundo del proceso y de las acciones que ellos informan.

En otros programas, la asistencia es más unilateral. Vienen y te ofrecen lo que creen que es importante para ti. Creo que en este caso en particular fue todo lo contrario. Detectamos algunas necesidades y se nos ofreció la oportunidad de acceder a asistencia técnica. Creo que eso funciona mucho mejor. Con otros proyectos, el organismo externo viene y dice: "Bueno, tú sabes que te daremos este tipo de asistencia técnica", y los países tienden a aceptarlo nada más que porque está disponible.

**– Funcionario del Ministerio de Salud**

Si bien los entrevistados de los países participantes perciben sus experiencias con la ISM como positivas, también describen obstáculos que surgen de la estructura del modelo y de cómo éste se entrecruza con sus propios sistemas de salud. Los entrevistados consideraron que el periodo de 18 meses asignado para la primera etapa era demasiado corto y que no coincidía con los procesos anuales de elaboración del presupuesto. En un principio, el hecho de no entender a cabalidad cuáles mejoras eran factibles impidió a los líderes negociar las

metas de una manera informada. Los países lanzaron la Iniciativa solo con una comprensión parcial de lo que debía ocurrir a fin de cumplir los objetivos de la primera etapa, lo cual se agravó por la falta de dinamismo de Ministerios de Salud con escasas capacidades y personal de salud poco motivado y desacostumbrado a trabajar en equipos y a rendir cuentas por los resultados. Los sistemas de suministro no funcionaban adecuadamente y los países participantes a menudo carecían del conocimiento o la voluntad de arreglarlos. Si bien los países señalaron como desafío el cumplimiento de los objetivos de la primera etapa, también manifestaron que el hecho de ceñir la Iniciativa a un plazo límite los impulsó a solucionar cuellos de botella y a exigir una rendición de cuentas por la obtención de resultados. Además de ser un motor de desempeño, la medición en la ISM también actuó como mecanismo de apoyo, puesto que los países recibieron asistencia técnica para crear sistemas de monitoreo (denominados tableros de control de desempeño) que permitieran dar seguimiento al desempeño en tiempo real mediante el uso de sistemas de información de salud de rutina. Tal información resulta invaluable a la hora de solucionar problemas que impiden el logro de las metas. Se proporcionó asistencia técnica mediante la Unidad de Coordinación de la ISM, dos contratos con empresas externas y líderes de equipo del

Creo que eran varios los factores en juego; las reglas eran claras, pero había algunas variaciones en la forma en que se negociaban los indicadores y las metas. No creo que las partes comprendieran todo totalmente. Creo que hubo un poco de negociación a ciegas.

**– Líder de equipo del BID**

Al principio, la gente veía la Iniciativa como una carga. Pensaban que era una obligación más a su trabajo. Poco a poco comenzaron a darse cuenta de que era parte de lo que ya tenían que hacer todos los días, pero con un sistema de planificación diferente. Así es que ahora ven la Iniciativa con otros ojos. La idea de reconocer y premiar el desempeño de los equipos locales de atención de salud es muy importante, ha aumentado la motivación del equipo y ha ayudado a la ISM a cumplir sus metas públicas.

**– Funcionario del Ministerio de Salud**

BID. La asistencia técnica abarca áreas tales como planificación, logística, sistemas de información, normas basadas en información concreta y creación de capacidades de los trabajadores del sector de salud. Lo que diferencia el modelo de asistencia técnica de la ISM del modelo estándar financiado por donantes es que está impulsado principalmente por la demanda. Los países solicitaron asistencia luego de darse cuenta de que necesitaban cooperación para fortalecer sus sistemas a fin de lograr aquellos resultados que serían premiados.





## Conclusiones

La ISM es un modelo de CBR que ha servido como catalizador del cambio de sistemas al concentrarse en resultados basados en la población. Si bien en las primeras operaciones cada país hizo hincapié en diferentes elementos del sistema de salud tal y como se reflejaban en los indicadores premiados, estas mejoras del sistema eran necesarias para preparar a los países para la segunda y tercera operación. Dado el punto de partida de los sistemas de salud, los cambios en ellos constituían un precursor necesario para lograr cambios en los resultados de salud. Sin embargo, el dinero por sí solo no era suficiente para materializar estos cambios; los equipos valoran la asistencia técnica que acompañó a estos cambios en los sistemas. La decisión

de premiar los indicadores de disponibilidad del sistema en la primera etapa se tomó porque los expertos del BID que trabajan en estrecha colaboración con estos países y los donantes que apoyan la Iniciativa consideraban necesario comenzar con las metas de los sistemas para fortalecer los sistemas de salud a fin de mejorar los resultados en las etapas posteriores. También se podría haber comenzado la primera etapa con los indicadores de utilización, de contenido de la atención y de resultados en lugar de los indicadores de disponibilidad del servicio que predominan hoy en día. Si los incentivos fueron un elemento motivador bastante poderoso, el deseo de lograr los resultados podría haber servido de catalizador para fortalecer los sistemas de fondo, incluso sin incentivos directos vinculados a criterios de medición de fortalecimiento de sistemas.

En un comienzo, la ISM parecía una estructura controlada para desembolsar donaciones. Pero después empezamos a descubrir todas las cosas positivas que entrega la Iniciativa. Nos acostumbramos a la rendición de cuentas, porque a menudo tenemos inversiones o donaciones y no vemos ningún resultado. Sin embargo, acá en la ISM trabajamos monitoreando indicadores y verificando el logro de metas y el rendimiento sobre las inversiones y donaciones. El resultado en este caso era para el bienestar de la población.

– **Funcionario del Ministerio de Salud**

Una prueba contundente de que los países valoran el modelo de cooperación basado en resultados de la ISM es que los tres países que no alcanzaron el tramo de desempeño de la primera etapa continuaron participando en la ISM. Estos países aprecian los cambios que se han producido y la oportunidad de aprender de otros países de la región.

La mayoría de los entrevistados estima que al menos aquellas modificaciones del sistema de salud que no dependen del financiamiento interno permanente se mantendrán en el tiempo. Tales modificaciones incluyen cambios en las políticas y las directrices, gestión basada en resultados, uso de la información para la toma de decisiones y una mejor atención obstétrica, del recién nacido y de nutrición. En algunos países, estos cambios han trascendido los municipios seleccionados por la ISM. Si bien la mayoría de los entrevistados expresó su optimismo acerca del fortalecimiento de los sistemas de suministro, algunos no están convencidos de que sus gobiernos continuarán abasteciendo suficientes productos básicos y expresaron sus dudas respecto de si se mantendrá el respaldo a los vales para transporte del lado de la demanda. Un potencial factor compensatorio sería que las comunidades presionaran a sus gobiernos para continuar prestando los servicios de mayor calidad que han recibido gracias a la Iniciativa.

La cooperación basada en resultados es mucho más que un incentivo financiero. De hecho, los incentivos reputacionales pueden ser incluso más importantes, puesto que los países se preocupan de su desempeño frente a los demás países y a los donantes de alto perfil. Los



criterios de medición, los incentivos financieros, la medición independiente, la asistencia técnica impulsada por la demanda y la exigencia de lograr resultados alineados con las prioridades estratégicas nacionales parecen proporcionar el “pegamento” que impulsa la cada vez mayor coordinación de los sistemas. En periodos futuros, la comunidad mundial verá si estos cambios en los sistemas se traducen en mejores resultados de salud en el tiempo asignado.

El enfoque en los resultados del modelo de CBR de la ISM impulsa a los países de Mesoamérica a fortalecer de manera integral sus sistemas de salud. Un enfoque miope en cada componente estructural pasará por alto los beneficios de este método integral y su influencia en las actitudes y comportamientos de las personas que componen el sistema de salud y las formas en que colaboran para resolver problemas y entregar servicios. A medida que los cambios del sistema se van asimilando, los actores del sistema de salud irán considerando la orientación hacia los resultados como algo normal, lo que contribuirá a su perfeccionamiento y sostenibilidad.

## **Financiamiento**

Este estudio fue realizado como parte de la Iniciativa Salud Mesoamérica, un programa que apoya a los países a mejorar la salud materna y del niño. La Iniciativa está financiada por la Fundación Bill & Melinda Gates, la Fundación Carlos Slim y la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo, y es administrada por el Banco Interamericano de Desarrollo. Los financiadores no participaron en el diseño del estudio, la recolección de datos y análisis, la decisión de publicar o en la preparación de este artículo. Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



## Referencias bibliográficas

- Carr, Susan. 2008. "Editor's Notebook: A Quotation with a Life of Its Own." *Patient Safety and Quality Healthcare*. August. <https://www.psqh.com/julaug08/editor.html>.
- Claeson, Mariam, Charles C Griffin, Timothy A Johnston, Milla McLachlan, Agnes L.B. Soucat, Adam Wagstaff y Abdo S Yazbeck. 2001. "The Health, Nutrition and Population Network's Chapter in the World Bank's Poverty Reduction Strategy Sourcebook." HNP Discussion Paper. Poverty-Reduction and the Health Sector. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Claeson-PovertyReduction-whole.pdf>.
- Eichler, Rena y Amanda Glassman. 2008. "Health Systems Strengthening via Performance-Based Aid: Creating Incentives to Perform and to Measure Results." Global Health Financing Initiative. Washington, D.C.: Brookings Global Economy and Development. [https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/09\\_global\\_health\\_glassman.pdf](https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/09_global_health_glassman.pdf).
- Ergo, Alex, Rena Eichler, Marge Koblinksky y Nirali Shah. 2011. "Strengthening Health Systems to Improve Maternal, Neonatal and Child Health Outcomes: A Framework." Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP). Washington, D.C.: Joint publication of the United States Agency for International Development (USAID). [www.mchip.net/sites/default/files/HSS%20and%20MNCH%20Framework\\_final.pdf](http://www.mchip.net/sites/default/files/HSS%20and%20MNCH%20Framework_final.pdf).
- Hatt, Laurel, Ben Johns, Catherine Connor, Megan Meline, Matt Kukla y Kaelan Moat. 2015. "Impact of Health Systems Strengthening on Health." Health Finance & Governance Project. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2016/03/Impact-of-Health-Systems-Strengthening-on-Health-7-24-1.pdf>.
- Kerr, Eve A., Timothy P. Hofer, Rodney A. Hayward, John L. Adams, Mary M. Hogan, Elizabeth A. McGlynn y Steven M. Asch. 2007. "Quality by Any Other Name?: A Comparison of Three Profiling Systems for Assessing Health Care Quality: Quality by Any Other Name." *Health Services Research* 42 (5): 2070–87. doi:10.1111/j.1475-6773.2007.00730.x.
- Mokdad, Ali H, Katherine Ellicott Colson, Paola Zúñiga-Brenes, Diego Ríos-Zertuche, Erin B Palmisano, Eyleen Alfaro-Porras, Brent W Anderson, et al. 2015. "Salud Mesoamérica 2015 Initiative: Design, Implementation, and Baseline Findings." *Population Health Metrics* 13 (1). doi:10.1186/s12963-015-0034-4.
- Mokdad, Ali H, Erin B Palmisano, María Paola Zúñiga-Brenes, Diego Ríos-Zertuche, Casey K. Johanns, Alexandra Schaefer, Sima S. Desai, et al. n.d. "Results-Based Financing to Improve Health: Findings from the Salud Mesoamérica Initiative." *Unpublished Manuscript*.





Perakis, Rita y William Savedoff. 2015. "Does Results Based Aid Change Anything? Pecuniary Interests, Attention, Accountability, and Discretion in Four Case Studies." CGD Policy Paper 052. Washington, D.C.: Center for Global Development. [www.cgdev.org/sites/default/files/CGD-Policy-Paper-52-Perakis-Savedoff-Does-Results-Based-Aid-Change-Anything.pdf](http://www.cgdev.org/sites/default/files/CGD-Policy-Paper-52-Perakis-Savedoff-Does-Results-Based-Aid-Change-Anything.pdf).

Roberts, Marc J., ed. 2008. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford; New York: Oxford University Press.

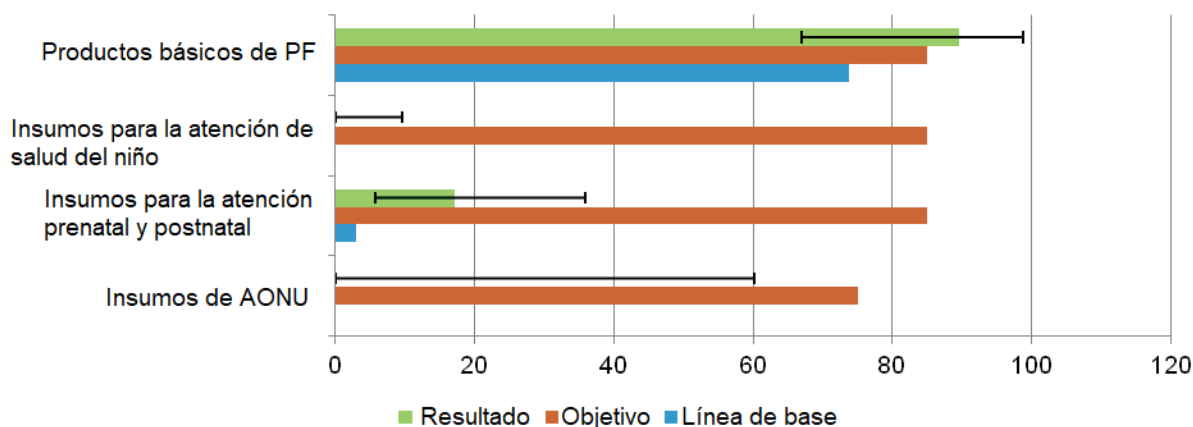
OMS. 2014. *WHO Global Health Expenditure Atlas*. Geneva, Switzerland: Department of Health Systems Financing, World Health Organization. <http://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf>.



## Anexos

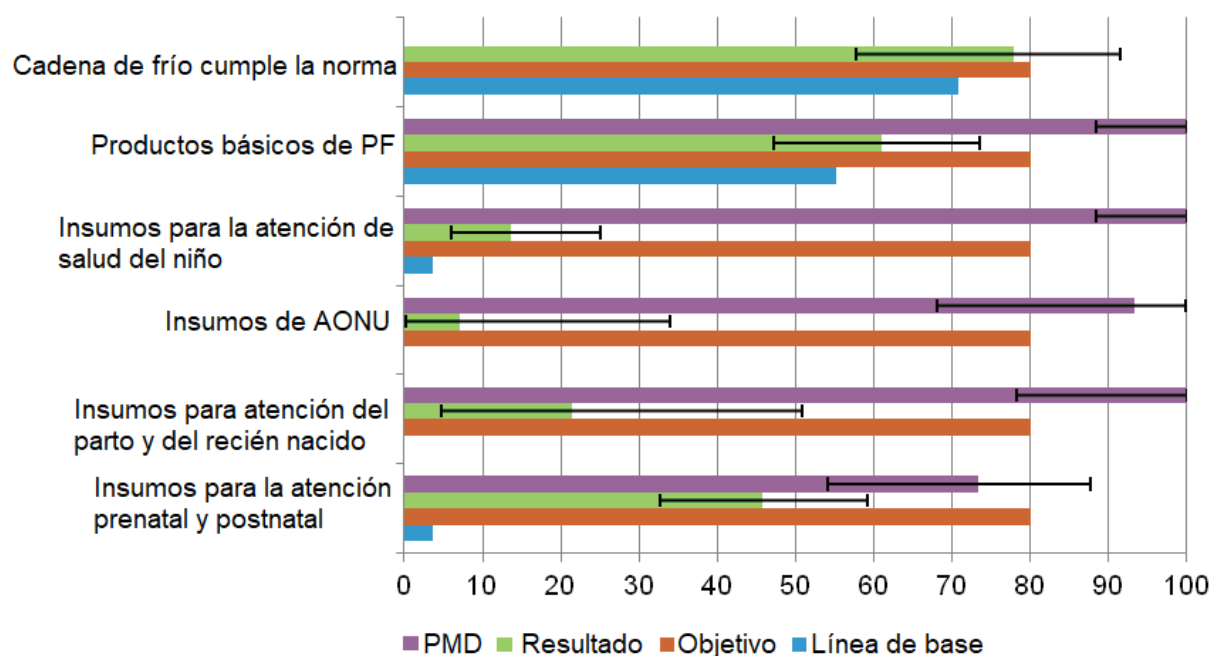
### Anexo I: Indicadores de desempeño y metas por país

#### Etapa 1 en Belice - Desempeño de los indicadores de suministro



Nota: los paréntesis muestran los Intervalos de confianza para los resultados de la Etapa 1.

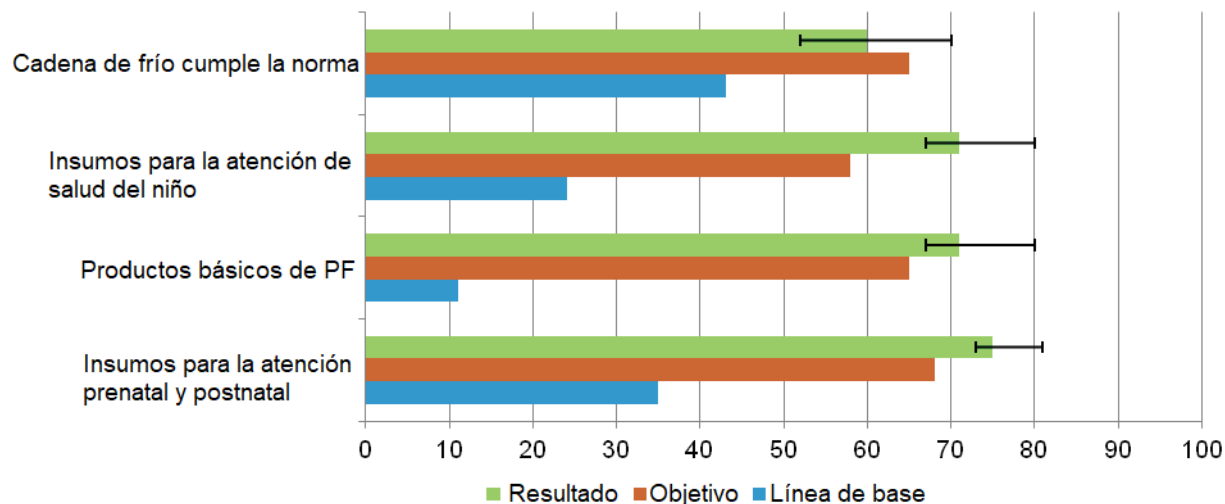
#### Etapa 1 en Chiapas - Desempeño de los indicadores de suministro durante el periodo suplementario



Nota: los paréntesis muestran los Intervalos de confianza para la Etapa 1 y resultados del Plan de Mejoramiento del Desempeño (PMD). Se consideraron alcanzadas las metas si el resultado era menor que el objetivo después de realizar una prueba de importancia estadística (prueba Z unilateral). Los indicadores que se alcanzaron en la Etapa 1 no se volvieron a medir en el periodo suplementario. Por esta razón, en Chiapas se cumplió la meta del indicador *Cadena de frío cumple las normas* y no se volvió a medir en el periodo suplementario.

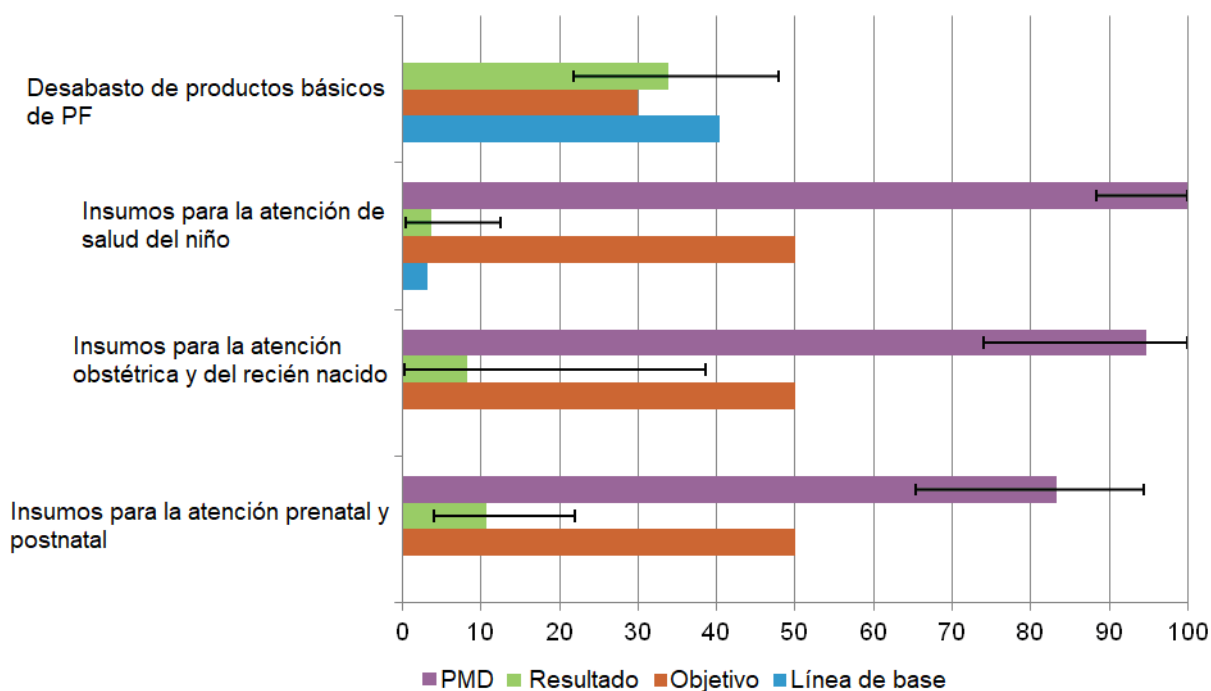


### Etapa 1 en El Salvador - Desempeño de los indicadores de suministro



Nota: los paréntesis muestran los Intervalos de confianza para los resultados de la Etapa 1.

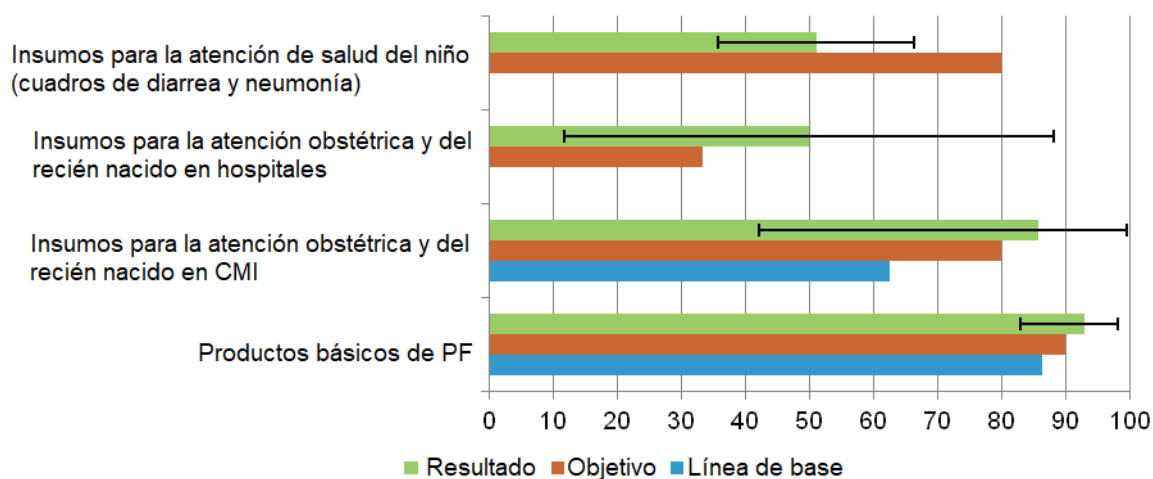
### Etapa 1 en Guatemala - Desempeño de los indicadores de suministro durante el periodo suplementario



Nota: los paréntesis muestran los Intervalos de confianza para la Etapa 1 y resultados del Plan de Mejoramiento del Desempeño (PMD). Se consideraron alcanzadas las metas si el resultado era menor que el objetivo después de realizar una prueba de importancia estadística (prueba Z unilateral). Los indicadores que se alcanzaron en la Etapa 1 no se volvieron a medir en el periodo suplementario. Por esta razón, en Guatemala se cumplió la meta del indicador *Desabasto de productos básicos de PF* y no se volvió a medir en el periodo suplementario.

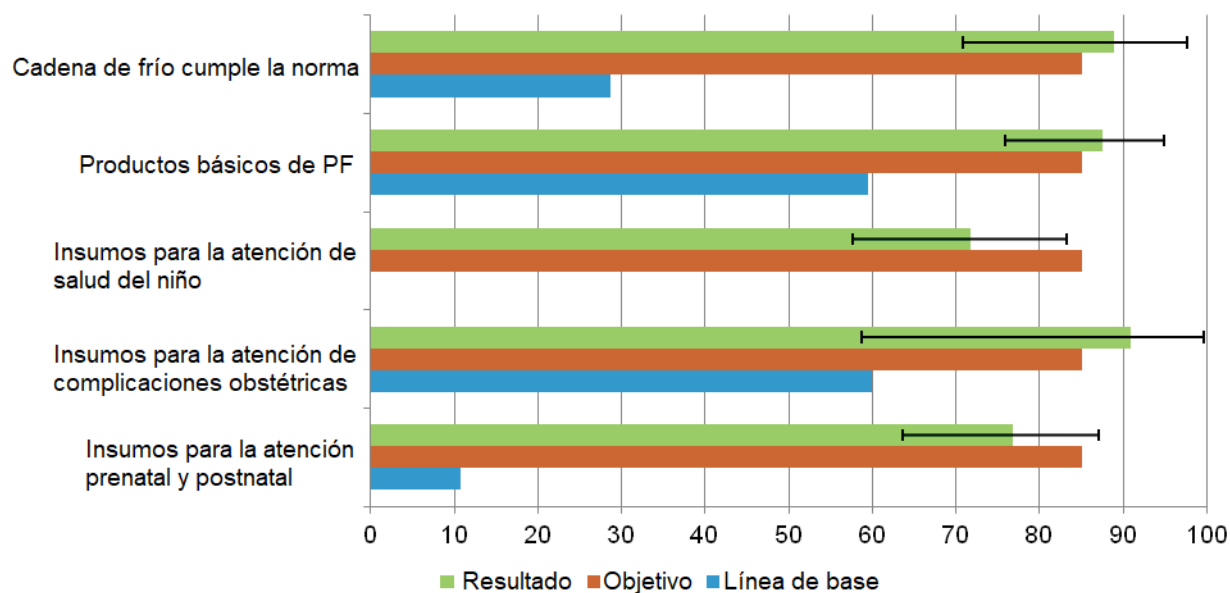


### Etapa 1 en Honduras - Desempeño de los indicadores de suministro durante el periodo suplementario



Nota: Los paréntesis muestran los Intervalos de confianza para la Etapa 1. Se consideraron alcanzadas las metas si el resultado era menor que el objetivo después de realizar una prueba de importancia estadística (prueba Z unilateral).

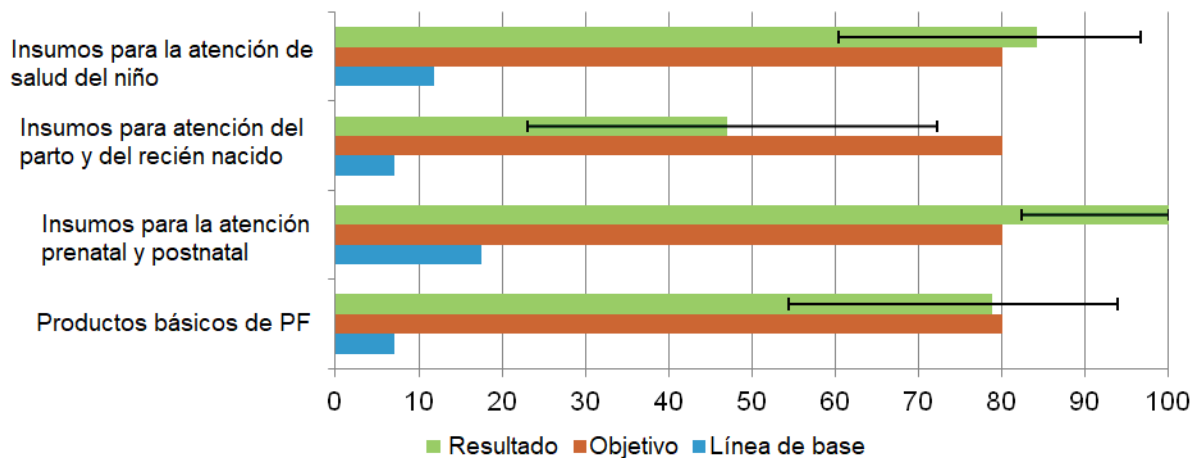
### Etapa 1 en Nicaragua - Indicadores de suministro



Nota: Los paréntesis muestran los Intervalos de confianza para la Etapa 1. Se consideraron alcanzadas las metas si el resultado era menor que el objetivo después de realizar una prueba de importancia estadística (prueba Z unilateral).



### Etapa 1 en Panamá - Desempeño de los indicadores de suministro



Nota: los paréntesis muestran los Intervalos de confianza para los resultados de la Etapa 1. Se consideraron alcanzadas las metas si el resultado era menor que el objetivo después de realizar una prueba de importancia estadística (prueba Z unilateral). Los indicadores que se alcanzaron en la Etapa 1 no se volvieron a medir en el periodo suplementario. Por esta razón, en Panamá se cumplió la meta del indicador *Productos básicos de PF*.



## Anexo II: Indicadores de desempeño por país

### Indicadores de desempeño Belice

| Indicador de desempeño  | Unidad de medición | Línea de base  | Meta 1ª etapa | 1ª medición | Meta 2ª etapa | Meta 3ª etapa | FV <sup>1</sup>  |
|---|--------------------|----------------|---------------|-------------|---------------|---------------|------------------|
| Establecimientos de salud que disponen de los insumos necesarios para ofrecer atención obstétrica y del recién nacido de acuerdo a las normas   | %                  | 0              | 75            | 0           |               |               | EES <sub>1</sub> |
| Establecimientos de salud que disponen de los insumos necesarios para ofrecer atención prenatal y postnatal de acuerdo a las normas   | %                  | 2.9            | 85            | 17.2        |               |               | EES              |
| Establecimientos de salud que han presentado una propuesta de financiamiento de mejora de la calidad al equipo nacional de auditoría de la calidad  | %                  | 0 <sup>2</sup> | 75            | 95          |               |               | EES              |
| Establecimientos de salud que disponen de los insumos necesarios para ofrecer atención de salud del niño según las normas   | %                  | 0 <sup>2</sup> | 85            | 0           |               |               | EES              |
| Establecimientos de salud que han implementado herramientas de apoyo a la calidad de la atención en materia de salud reproductiva   | %                  | 0 <sup>2</sup> | 85            | 55.3        |               |               | EES              |
| Establecimientos de salud que pueden enviar y recibir datos del Sistema de Información de Salud de Belice (BHIS)  | %                  | 0 <sup>2</sup> | 85            | 30          |               |               | EES              |
| Establecimientos de salud que tienen existencias permanentes de los cinco métodos modernos de planificación familiar (inyectable, de barrera, orales, DIU, permanentes) de acuerdo a las normas | %                  | 73.7           | 85            | 89.5        |               |               | EES              |
| Establecimientos de salud que disponen de materiales educativos sobre salud sexual y reproductiva (SSR) específicamente orientados a adolescentes   | %                  | 0 <sup>2</sup> | 85            | 63.9        |               |               | EES              |
| Normas adoptadas para mejorar la atención de salud reproductiva, del niño y de nutrición y para la creación de una plataforma   | Sí/No              | No             | Sí            | Sí          |               |               | RE               |



|   |   |                |    |      |      |      |     |
|---|---|----------------|----|------|------|------|-----|
| comunitaria para la prestación de servicios   |   |                |    |      |      |      |     |
| Agentes comunitarios de salud (ACS) con capacitación en la plataforma comunitaria   | % | 0 <sup>2</sup> | 85 | 58   |      |      | RE  |
| Funcionarios de la Oficina del Distrito para la Educación sobre la Salud y la Participación Comunitaria (HECOPAB) que supervisan permanentemente a los Agentes comunitarios de salud (ACS)                        | % | 0 <sup>2</sup> | 85 | 100  |      |      | RE  |
| Establecimientos de salud que disponen de un mecanismo para llevar a cabo encuestas sobre la satisfacción de los pacientes  | % | 0 <sup>2</sup> | 85 | 55.3 |      |      | EES |
| Partos institucionales en los que se administró oxitocina inmediatamente después del alumbramiento según la norma de Manejo activo de la tercera etapa del parto en el parto más reciente de los últimos dos años | % | 34.1           |    |      | 49.1 | 49.1 | EES |
| Embarazos en los que las mujeres asistieron por lo menos a un control de atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo más reciente de los dos últimos años  | % | 22.8           |    |      | 29.8 | 36.8 | EES |
| Partos institucionales en los que se ofreció atención neonatal inmediata (dentro de 24 horas) al recién nacido según las normas en los últimos dos años   | % | 19.4           |    |      | 39.4 | 59.4 | EES |
| Complicaciones neonatales (prematuridad, bajo peso al nacer, asfixia y sepsis) tratadas según las normas en los últimos dos años  | % | 7.5            |    |      | 37.5 | 82.5 | EES |
| Complicaciones obstétricas (sepsis, hemorragia, preeclampsia severa y eclampsia) tratadas según las normas en los últimos dos años  | % | 2.6            |    |      | 37.6 | 72.6 | EES |
| Niños entre 0 y 23 meses con bajo peso al nacer tratados conforme a la norma en los últimos dos años  | % | 2.7            |    |      | 37.5 | 75   | EES |
| Anticoncepción postparto en los últimos dos años  | % | 7              |    |      | 17   |      | EES |
| Cuadros de diarrea en niños entre 0 y 59 meses que concurrieron a establecimientos de salud y que fueron tratados con sales de  | % | 20             |    |      | 80   |      | EES |





|  |   |      |      |  |      |      |      |
|--|---|------|------|--|------|------|------|
| rehidratación oral (SRO) y zinc durante su último control  |   |      |      |  |      |      |      |
| Recién nacidos inscritos para servicios de atención de salud dentro de los primeros 7 días de vida en partos registrados en los últimos dos años         | % | 25.3 |      |  | 35.3 |      | EES  |
| Partos de niños nacidos vivos en que la mujer recibió atención postparto en los 7 días posteriores al alumbramiento más reciente en los dos últimos años | % | 22.8 |      |  | 37.8 |      | EES  |
| Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) que no estaban usando/no pudieron conseguir anticonceptivos durante el último año                            | % | 47.4 | -{-} |  |      | 42.4 | LQAS |
| Madres de niños entre 0 y 23 meses que pueden reconocer tres de cinco signos de peligro  | % | 15.8 |      |  |      | 55.8 | LQAS |
| Porcentaje de niños entre 6 y 23 meses que consumieron 60 paquetes de micronutrientes en los últimos 6 meses   | % | 0    |      |  |      | 30   | LQAS |
| Madres que administraron SRO y suplementos de zinc a sus hijos (0-59 meses) durante el cuadro de diarrea más reciente de las últimas dos semanas         | % | 5.3  |      |  |      | 45.3 | LQAS |

<sup>1</sup>FV: Fuente de verificación; EES: Encuesta en establecimientos de salud; LQAS: Encuesta de aseguramiento de la calidad por lotes basada en la población; RE: Revisión realizada por expertos

<sup>2</sup> Nueva intervención; línea de base = 0.



## Indicadores de desempeño Costa Rica

| Indicadores de desempeño <sup>4</sup>  | Unidad de medición | Línea de base  | Meta 1ª etapa | 1ª medición | Meta 2ª etapa | FV <sup>7</sup> |
|--|--------------------|----------------|---------------|-------------|---------------|-----------------|
| Sensibilización de funcionarios de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) a fin de que ofrezcan una atención integral, de calidad, amable y diferenciada a adolescentes   | %                  | 0              | 75% de 496    | 114.1       |               | EES             |
| Líderes comunitarios capacitados para promover la salud, identificar casos de alto riesgo y llevar servicios de salud a sus comunidades  | %                  | 0              | 95% de 110    | 133.6       |               | EES             |
| Centros de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que cuentan con instalaciones que garantizan la confidencialidad y la privacidad necesaria para atender a adolescentes según la norma mínima definida en el Manual de operaciones                           | %                  | 0              | 80            | 100         |               | EES             |
| Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) con existencias permanentes de métodos modernos de planificación familiar (inyectable, de barrera, orales, DIU, según corresponda) de acuerdo con la norma   | %                  | --2            | 90            | 90.6        |               | EES             |
| Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que cumplen las normas relativas a asesoría en materia de salud sexual y reproductiva (SSR) y disponen de los asistentes educativos necesarios para ofrecer asesoría, educación y atención diferenciada a adolescentes | %                  | 0 <sup>3</sup> | 80            | 96.9        |               | EES             |
| Unidades de Coordinación Local (UCL) creadas y que ponen en marcha planes locales según lo prescrito en el Manual de operaciones   | %                  | 0              | 90            | 100         |               | EES             |
| Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que cuentan con normas para la atención integral de adolescentes con una perspectiva intercultural que se ajusta al marco filosófico del proyecto según se establece en el Manual de operaciones                       | %                  | 0              | 80            | 100         |               | EES             |
| Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que tienen establecido un horario específicamente para la atención de adolescentes   | %                  | 0              | 70            | 93.8        |               | EES             |



|   |   |                 |    |      |                 |           |
|---|---|-----------------|----|------|-----------------|-----------|
| Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que disponen de todas las herramientas para la detección temprana de riesgos asociados al comportamiento reproductivo de adolescentes         | % | 0               | 85 | 56.3 |                 | EES       |
| Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que cuentan con mecanismos para hacer el seguimiento de adolescentes en riesgo según las normas técnicas del Manual de operaciones            | % | 0               | 85 | 71.9 |                 | EES       |
| Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que disponen de registros y emiten informes estadísticos relativos a adolescentes para las UCL según se establece en el Manual de operaciones | % | 0               | 85 | 88.7 |                 | EES       |
| Partos de madres adolescentes entre 10 y 19 años durante el año pasado / Número total de mujeres adolescentes entre 10 y 19 años durante el año pasado  | % | 4.87            |    |      | 3.5             | INEC      |
| Mujeres con dos o más hijos antes de los 19 años durante el último año <sup>3</sup>   | % | 20.67           |    |      | 15              | INEC      |
| Madres adolescentes o adolescentes embarazadas que continuaron en el sistema educacional durante el año pasado  | % | -- <sup>4</sup> |    |      | 60              | SINA-MEP  |
| Adolescentes que informan haber solicitado y recibido algún método anticonceptivo y protección en los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)                          | % | 75              |    |      | 90 <sup>5</sup> | EI        |
| Adolescentes con vida sexual activa (y/o pareja) que usaron un método anticonceptivo moderno y protección durante la última relación sexual en los tres meses anteriores                            | % | 74              |    |      | 82              | EI        |
| Adolescentes que adoptaron un método anticonceptivo moderno dentro de los siete días siguientes a un parto o aborto durante el año pasado   | % | 6               |    |      | 80              | SINA      |
| Adolescentes en riesgo que han recibido seguimiento (intervención intra e interinstitucional, referencia y monitoreo) durante el año pasado   | % | 6               |    |      | 80              | SINA      |
| Promotores adolescentes y juveniles activos que entregaron información y referencia a adolescentes durante el año pasado  | % | 6               |    |      | 80              | SINA-PANI |

<sup>1</sup> Los indicadores se describirán en detalle en el Manual de indicadores que es parte del Manual de operaciones del programa que debe ser aprobado por el Banco como condición previa al desembolso correspondiente a la primera operación.

<sup>2</sup> Valor no medido en el estudio de línea de base.



<sup>3</sup> Número total de adolescentes embarazadas con dos o más hijos / total de mujeres con al menos un hijo.

<sup>4</sup> Se encuentra pendiente el cálculo de línea de base.

<sup>5</sup> Esta meta se calcula en porcentajes, no en puntos porcentuales.

<sup>6</sup> Dado que se trata de una nueva intervención, se considera que la línea de base es igual a cero.

<sup>7</sup> EI: encuesta independiente; SINA: Sistema Integral Nominalizado de Adolescentes; MEP: Ministerio de Educación Pública de Costa Rica; INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica; PANI: Patronato Nacional de la Infancia; EES: Encuesta de establecimientos de salud

**Indicadores de desempeño: El Salvador**

| Indicador de desempeño   | Unidad de medición | Línea de base | Meta 1ª etapa | 1ª medición | Meta 2ª etapa | FV <sup>1</sup> |
|--|--------------------|---------------|---------------|-------------|---------------|-----------------|
| Equipos Comunitarios de Salud Familiares y Especializados (ECOS) creados   | Número             | 37            | 68            | 59          |               | EES             |
| Familias adscritas a Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) Familiares   | Número             | 14,681        | 38,661        | 59,495      |               | RE              |
| Unidades de salud comunitaria que disponen de los insumos necesarios para prestar atención prenatal  | Número             | 35            | 68            | 75          |               | EES             |
| Unidades de salud comunitaria que disponen de existencias de métodos de planificación familiar (anticonceptivos orales e inyectables, de barrera, DIU)                                     | Número             | 11            | 65            | 71          |               | EES             |
| Unidades de salud comunitaria que disponen de los insumos necesarios para prestar atención a lactantes   | Número             | 24            | 58            | 71          |               | EES             |
| Unidades de salud comunitaria familiar que disponen de refrigerador o caja fría donde conservar adecuadamente las vacunas  | Número             | 43            | 65            | 60          |               | EES             |
| Revisión de la política nacional para la distribución de micronutrientes en polvo a niños entre 6 y 23 meses   | Sí/No              | No            | Sí            | Sí          |               | RE              |
| Inclusión en la norma de la dosis adecuada de zinc terapéutico para el tratamiento de la diarrea en niños menores de 5 años (20 mg de zinc durante 10 a 14 días en cada cuadro de diarrea) | Sí/No              | No            | Sí            | Sí          |               | RE              |
| Mujeres embarazadas inscritas en el registro prenatal que tuvieron controles prenatales con un médico o enfermero o enfermera antes de las 12 semanas de gestación                         | %                  | 67            | 77            | 64.9        |               | EES             |
| Niños menores de un año inscritos en el sistema y cuya información fue registrada dentro de los primeros ocho días de vida   | %                  | 51            | 61            | 90.1        |               | EES             |
| Mujeres en edad fértil (15-49 años) que actualmente utilizan (o cuya pareja utiliza) un método moderno de planificación familiar   | %                  | 53.5          |               |             | 60.5          | EH              |
| Mujeres en edad fértil (15-49 años) que recibieron su primera atención prenatal de un médico o enfermero o enfermera antes de las 12 semanas de gestación                                  | %                  | 62.1          |               |             | 72.1          | EH              |



|   |     |           |  |  |           |     |
|---|-----|-----------|--|--|-----------|-----|
| durante el embarazo más reciente en los últimos dos años  |     |           |  |  |           |     |
| Mujeres en edad fértil (15-49 años) que tuvieron cuatro controles prenatales según las mejores prácticas con un médico o enfermero o enfermera durante el embarazo más reciente en los últimos dos años | %   | 46.2      |  |  | 61.2      | EES |
| Mujeres en edad fértil (15-49 años) que durante su embarazo más reciente recibieron la visita de personal de salud, incluido personal médico y promotores de salud, una semana después del parto        | %   | 81.6      |  |  | 91.6      | EH  |
| Niños entre 6 y 23 meses con nivel de hemoglobina <110 g/l  | %   | 46.5      |  |  | 36.5      | EH  |
| Niños entre 12 y 24 meses que fueron vacunados contra sarampión, rubéola y paperas (vacuna SRP)   | %   | 66.6      |  |  | 73.6      | EH  |
| Niños entre 12 y 59 meses que recibieron dos dosis del tratamiento antiparasitario durante el último año  | %   | 35.4      |  |  | 56.4      | EH  |
| Mujeres que administraron a sus hijos entre 0 y 59 meses sales de rehidratación oral y zinc durante el último cuadro de diarrea   | %   | 4.4       |  |  | 24.4      | EH  |
| Mujeres en edad fértil (15-49 años) que durante su parto más reciente fueron atendidas por personal calificado en una institución de salud durante los últimos dos años                                 | %   | 86.2      |  |  | 94.2      | EH  |
| Gasto del Ministerio de Salud en el Primer Nivel de Atención de Salud   | USD | 6,291,814 |  |  | 8,020,000 | RE  |
| Mujeres embarazadas con parto institucional referidas por los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) como parte de las actividades del plan de parto  | %   | 0         |  |  | 70        | EES |

<sup>1</sup> FV: Fuente de verificación; EES: Encuesta en establecimientos de salud; EH: Encuesta de hogares; RE: Revisión realizada por expertos



## Indicadores de desempeño: Guatemala

| Indicadores de desempeño en Guatemala <sup>1</sup>   | Unidad de medición | Línea de base   | Meta 1ª etapa | 1ª medición | MID  | Meta 2ª etapa | Meta 3ª etapa | FV <sup>4</sup> |
|--|--------------------|-----------------|---------------|-------------|------|---------------|---------------|-----------------|
| Servicios de salud con los equipos necesarios para ofrecer atención prenatal (los insumos y los equipos se determinan según el nivel de atención)  | %                  | 14.1            | 50            | 10.7        | 83.3 |               |               | EE<br>S         |
| Servicios de salud con equipos necesarios para la atención de partos, incluidos los insumos y el equipamiento requerido para atender urgencias obstétricas y neonatales, atención postnatal y del recién nacido (definidos según el nivel de atención)                     | %                  | 0               | 50            | 8.3         | 94.7 |               |               | EE<br>S         |
| Servicios de salud con equipos y los insumos necesarios para la atención pediátrica (equipos antropométricos, sales de rehidratación oral, zinc, medicamentos antihelmínticos y micronutrientes en polvo)  | %                  | 3.2             | 50            | 3.6         | 100  |               |               | EE<br>S         |
| Servicios de salud que informan de desabasto de suministros de uno de los cuatro métodos de planificación familiar (inyectables, orales, de barrera y DIU) al momento de la entrevista, situación que se confirma mediante observación y conforme con el nivel de atención | %                  | 40.3            | 30            | 33.9        |      |               |               | EE<br>S         |
| Niños entre 0 y 23 meses cuyo crecimiento conforme a la edad queda consignado en los registros sobre niños del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS)  | %                  | -- <sup>3</sup> | 6             | 81.3        |      |               |               | EE<br>S         |
| Lineamientos estratégicos actualizados sobre suplementos de micronutrientes en niños menores de 5 años a nivel nacional, según la evidencia científica internacional   |                    | n.d.            | sí            | sí          |      |               |               | EE<br>S         |
| Servicios de salud con personal capacitado en la atención de urgencias obstétricas y neonatales según su nivel operativo y nivel de atención   | %                  | 0 <sup>2</sup>  | 70            | 93.3        |      |               |               | VI              |
| Distritos municipales de salud con acceso a datos y capaces de generar informes periódicos de vacunación, atención materna, del recién nacido y del lactante en el contexto de la Ley para la Maternidad Saludable   | %                  | 0 <sup>2</sup>  | 70            | 92.9        |      |               |               | VI              |





|  |   |                |    |    |  |      |      |         |
|--|---|----------------|----|----|--|------|------|---------|
| Áreas de salud con experiencia piloto de tablero de control sujeta a lineamientos de supervisión y monitoreo   | % | 0 <sup>2</sup> | 2  | 2  |  |      |      | VI      |
| Muertes maternas informadas e investigadas de acuerdo con el protocolo de vigilancia de la mortalidad materna  | % | 0 <sup>2</sup> | 90 | 15 |  |      |      | VI      |
| Comunidades elegibles con comités de emergencia establecidos y operativos (que reciben un avance del fondo rotatorio)  | % | 0 <sup>2</sup> | 20 | 27 |  |      |      | VI      |
| Niños ente 6 y 23 meses inscritos en el programa que recibieron 60 paquetes de micronutrientes en polvo durante los últimos 6 meses  | % | 1.5            |    |    |  | 37.5 |      | EH      |
| Partos atendidos en Centros de Atención Permanente (CAP) y Centros de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI) que cumplieron con los protocolos de atención establecidos en el Manual de operaciones, según capacidad de resolución durante el último año | % | 52             |    |    |  | 70   | 80   | EE<br>S |
| Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) cuyo parto más reciente en los dos últimos años se registró en un establecimiento de salud equipado para atender partos  | % | 16.7           |    |    |  | 23.7 | 29.7 | EH      |
| Recién nacidos que recibieron atención neonatal de personal calificado en un establecimiento de salud durante las 48 horas posteriores al parto en los últimos dos años  | % | 8.6            |    |    |  | 13.6 | 16.6 | EH      |
| Mujeres que informan haber recibido asesoría sobre métodos de planificación familiar de parte de personal de salud o agentes comunitarios de salud durante los últimos 12 meses  | % | 17.4           |    |    |  | 32.4 |      | EH      |
| Madres que administraron SRO y zinc a sus hijos entre 0-59 meses durante el cuadro de diarrea más reciente de las últimas dos semanas  | % | 0.4            |    |    |  | 10.4 | 15.4 | EH      |
| Mujeres que dieron a luz en los últimos dos años y presentaron complicaciones obstétricas (hemorragia, sepsis, preeclampsia severa o eclampsia) que fueron tratadas conforme a las normas actuales de atención de salud                                      | % | 7.4            |    |    |  | 27.4 | 47.4 | EE<br>S |
| Mujeres que dieron a luz en una institución de salud y que recibieron una atención con al menos dos aspectos de pertinencia cultural (elección de posición para  | % | 36.1           |    |    |  | 56.1 | 66.1 | EH      |



|   |   |      |  |  |  |    |      |         |
|---|---|------|--|--|--|----|------|---------|
| alumbramiento, bebidas, idioma, vestimenta, acompañamiento) según la definición del Manual de operaciones   |   |      |  |  |  |    |      |         |
| Neonatos nacidos en los últimos dos años con complicaciones (prematuridad, bajo peso al nacer, asfixia y sepsis) que fueron tratados conforme a las normas actuales de atención de salud  | % | 1    |  |  |  | 16 | 36   | EE<br>S |
| Mujeres puérperas (incluidos partos vaginales y cesáreas) cuyos antecedentes quedaron consignados en registros clínicos perinatales donde consta que fueron objeto de seguimiento respecto de criterios seleccionados al menos cada 15 minutos durante la primera hora después del parto, luego cada 30 minutos hasta completar dos horas y al momento de ser dadas de alta del hospital, según los lineamientos, en su parto más reciente de los dos últimos años atendidos en CAP, CAIMI y hospitales | % | 13   |  |  |  | 28 | 53   | EE<br>S |
| Niños entre 0 y 23 meses con nivel de hemoglobina inferior a 110 g/l  | % | 68.8 |  |  |  |    | 53.8 | EH      |
| Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) que no deseaban un embarazo pero que no utilizaban o no tenían acceso a métodos de planificación familiar   | % | 74.9 |  |  |  |    | 67.9 | EH      |

<sup>1</sup> El Reglamento operativo del programa incluye un anexo que contiene un manual de indicadores donde se establecen los criterios de medición.

<sup>2</sup> Dado que se trata de una nueva intervención, se considera que la línea de base es igual a cero.

<sup>3</sup> Valor no medido en el estudio de línea de base.

<sup>4</sup> EES: Encuesta en establecimientos de salud; EH: Encuesta de hogares; VI: Verificación independiente



## Indicadores de desempeño: Nicaragua

| Indicador <sup>1</sup>  | Unidad de medición | Línea de base  | Meta 1ª etapa | 1ª medición | Meta 2ª etapa | Meta 3ª etapa | FV      |
|---|--------------------|----------------|---------------|-------------|---------------|---------------|---------|
| Unidades de salud (puestos de salud, centros de atención primaria, hospitales primarios) que mantienen existencias de métodos de planificación familiar según las normas (inyectables, de barrera, orales, DIU, permanentes, según sea el caso) | %                  | 59.5           | 0.85          | 87.5        |               |               | EE<br>S |
| Hospitales y establecimientos de atención primaria (ex centros de salud con camas) que ofrecen AOE básica y que disponen de los insumos necesarios para atender partos según las normas de COE disponibles desde marzo de 2012                  | %                  | 60             | 0.85          | 90.9        |               |               | EE<br>S |
| Unidades de salud que cumplen con el nivel de equipamiento básico especificado en las normas de salud en diciembre de 2011 para atención prenatal y postparto   | %                  | 10.8           | 0.85          | 76.8        |               |               | EE<br>S |
| Unidades de salud que cumplen con el equipamiento y los insumos descritos en el manual de operaciones para la atención de niños menores de 5 años según la norma en vigor a diciembre de 2011   | %                  | 0              | 0.85          | 71.7        |               |               | EE<br>S |
| Unidades de salud que cumplen con el reglamento de gestión de la cadena de frío para las vacunas según las normas en vigor desde diciembre de 2011  | %                  | 28.6           | 0.85          | 88.9        |               |               | EE<br>S |
| Normas y lineamientos actualizados para la plataforma comunitaria de nutrición sobre la base de información objetiva  |                    | N/D            | SÍ            | SÍ          |               |               | VI      |
| Unidades de salud municipales que suscribieron acuerdos sociales para salud y bienestar comunitarios con Comités de salud locales que preparan datos de seguimiento según el Manual de operaciones  | %                  | 0 <sup>3</sup> | 0.85          | 94.7        |               |               | VI      |
| Personal de salud y voluntarios capacitados y certificados en ECMAC, cuya capacitación es corroborada por MINSA según el programa y al momento de la encuesta   | %                  | 0 <sup>3</sup> | 95% de 950    | 146.8       |               |               | VI      |
| Agentes comunitarios de salud capacitados y certificados en el manejo de neonatos enfermos de la comunidad,   | %                  | 0 <sup>3</sup> | 95% de 120    | 100         |               |               | VI      |



|  |   |                |      |      |      |      |      |
|--|---|----------------|------|------|------|------|------|
| según la programación al momento de la encuesta  |   |                |      |      |      |      |      |
| Mujeres que permanecieron en casas maternas y tuvieron acceso a materiales educativos y actividades de capacitación en temas definidos en el Manual de operaciones para mujeres embarazadas cuya información fue enviada al establecimiento de salud | % | 0 <sup>3</sup> | 0.85 | 92.4 |      |      | VI   |
| Centro de salud del distrito con mecanismos para distribuir vales de transporte y alojamiento para mujeres embarazadas según las normas del Manual de operación  | % | 0 <sup>3</sup> | 100  | 100  |      |      | VI   |
| Mujeres que reportaron haber recibido información sobre planificación familiar en los últimos 12 meses de parte de personal de salud o agentes comunitarios de salud   | % | 39.1           |      |      | 49.1 |      | EH   |
| Mujeres puérperas dadas de alta con un método anticonceptivo (esterilización, DIU, condones, método inyectable de tres meses) durante el último año  | % | 2              |      |      | 57   | 67   | EE S |
| Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) que tuvieron su primer control prenatal con personal calificado antes de las 12 semanas de gestación en su embarazo más reciente en los dos últimos años   | % | 24.4           |      |      | 32.4 | 39.4 | EE S |
| Mujeres con complicaciones obstétricas (sepsis, hemorragia, preeclampsia severa y eclampsia) tratadas según las normas en los últimos dos años   | % | 4.4            |      |      | 15   | 40   | EE S |
| Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) que recibieron atención postparto de parte de personal calificado dentro de los 10 días posteriores al parto en su embarazo más reciente en los dos últimos años.  | % | 59.5           |      |      | 68.5 | 74.5 | EH   |
| Neonatos nacidos con complicaciones (prematuridad, bajo peso al nacer, asfixia y sepsis) que fueron tratados conforme a la norma en los últimos dos años   | % | 0              |      |      | 10   | 25   | EE S |
| Neonatos que recibieron atención del recién nacido de calidad en un establecimiento de salud durante las 24 horas posteriores a su nacimiento en los últimos dos años  | % | 7              |      |      | 22   | 37   | EE S |
| Niños entre 12 y 59 meses que recibieron dos dosis del tratamiento antiparasitario durante el año anterior   | % | 32             |      |      | 40   |      | EH   |
| Lactantes entre 12 y 23 meses que fueron vacunados contra el sarampión,  | % | 70.9           |      |      | 78.9 |      | EH   |



|   |   |                |  |  |    |      |         |
|---|---|----------------|--|--|----|------|---------|
| la rubéola y las paperas (vacuna SRP) según su tarjeta de vacunación  |   |                |  |  |    |      |         |
| Localidades con acuerdo comunitario de atención de salud y bienestar social que cumplieron con sus metas y recibieron capital semilla y fondos de innovación de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Manual de operaciones | % | 0 <sup>3</sup> |  |  | 80 |      | EE<br>S |
| Mujeres en edad fértil (15-49 años) que actualmente utilizan (o cuya pareja utiliza) un método moderno de planificación familiar  | % | 81.6           |  |  |    | 89.1 | EH      |
| Niños entre 12 y 23 meses con vacunación completa para la edad según el esquema oficial del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)   | % | 48             |  |  |    | 58   | EH      |
| Niños entre 6 y 23 meses con nivel de hemoglobina inferior a 110 g/l  | % | 53.5           |  |  |    | 43.5 | EH      |
| Madres que administraron a sus hijos de edades entre 0 y 59 meses sales de rehidratación oral (SRO) y zinc para tratar el cuadro de diarrea más reciente de las dos últimas semanas (medido a los 54 meses solamente)               | % | 1.4            |  |  |    | 16.4 | EH      |

<sup>1</sup> El Reglamento operativo del programa incluye un anexo que contiene un manual de indicadores donde se establecen los criterios de medición.

<sup>2</sup> Para la línea de base, se midió el porcentaje de mujeres que recibió un método de planificación familiar (esterilización, DIU, condones, inyecciones) luego de dar a luz en los últimos dos años: Valor = 47.3.

<sup>3</sup> Dado que se trata de una nueva intervención, se considera que la línea de base es igual a cero.

<sup>4</sup> EES: Encuesta en establecimientos de salud; EH: Encuesta de hogares; VI: Verificación independiente



## Indicadores de desempeño: Panamá

| Indicador de desempeño   | Unidad de medición | Línea de base | Meta 1ª etapa | 1ª medición | Meta 2ª etapa | FV <sup>1</sup> |
|--|--------------------|---------------|---------------|-------------|---------------|-----------------|
| Unidades de atención básica (TI, red de establecimientos) que tienen existencias de métodos modernos de planificación familiar (inyectable, de barrera, orales, DIU) de acuerdo con la programación (población cubierta, época del año, rotación)                        | %                  | 7.1%          | 80%           | 78.9%       |               | EES             |
| Unidades de atención básica que disponen de los insumos necesarios para ofrecer atención prenatal según el protocolo y la capacidad de respuesta   | %                  | 17.6%         | 80%           | 100%        |               | EES             |
| Unidades de atención básica que cuentan con planes de parto para las comunidades por las que son responsables (acuerdo inicial entre servicios de salud y autoridades comunitarias y lineamientos definidos en el plan de parto comunitario) verificados en la comunidad | %                  | N/D           | 80%           | 87.5%       |               | EES             |
| Unidades de atención básica que cuentan con personal calificado para atender partos las 24 horas, 7 días por semana, según la norma  | %                  | 60.0%         | 78%           | 76.5%       |               | EES             |
| Unidades de atención básica que disponen de los insumos necesarios para prestar atención adecuada en el evento de complicaciones en el parto, según la norma   | %                  | 7.1%          | 80%           | 47.1%       |               | EES             |
| Inclusión de zinc en la norma relativa al tratamiento de la diarrea (sí o no)  | Sí/No              | No            | Sí            | Sí          |               | RE              |
| Unidades de atención básica que disponen de los insumos necesarios para ofrecer atención de salud del niño (micronutrientes, zinc, medicamentos antiparasitarios, sales de rehidratación oral (SRO))   | %                  | 11.8%         | 80%           | 84.2%       |               | EES             |
| Unidades de atención básica que entregan informes mensuales sobre atención integral de la niñez en la comunidad (AIN-C) donde se encuentra registrado un 80% de los niños menores de 24 meses incluidos en el estudio  | %                  | N/D*          | 80%           | 53.3%       |               | EES             |
| Población de comunidades que cuentan con un plan para mejorar el   | %                  | N/D*          | 80%           | 100%        |               | EES             |



|   |       |       |    |    |       |     |
|---|-------|-------|----|----|-------|-----|
| saneamiento y la calidad del agua de la comunidad (identificación de problemas y soluciones a corto y largo plazo)  |       |       |    |    |       |     |
| Establecimiento de mecanismos de entrega y supervisión de incentivos a promotores, monitores de atención integral de la niñez en la comunidad (AIN-C), mujeres y parejas (para fines de parto) y comités comunitarios en el reglamento operativo para la provisión del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud + Nutrición (PAISS+N) | Sí/No | No    | Sí | Sí |       | RE  |
| Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) que no desean un embarazo pero que no utilizan o no tienen acceso a métodos de planificación familiar   | %     | 90.3% |    |    | 84.3% | EH  |
| Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) que tuvieron su primer control prenatal con un médico o enfermero o enfermera antes de las 12 semanas de gestación en su embarazo más reciente en los dos últimos años  | %     | 25.5% |    |    | 40.5% | EES |
| Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) que tuvieron al menos 4 controles prenatales con un médico o enfermero o enfermera durante el embarazo más reciente de los últimos dos años   | %     | 38.8% |    |    | 53.8% | EH  |
| Partos con manejo activo de la tercera etapa del parto: administración de 10 UI de oxitocina intramuscular un minuto después del parto, en el parto más reciente de los últimos dos años  | %     | 78.3% |    |    | 85.0% | EES |
| Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) que recibieron atención postnatal de parte de un profesional calificado dentro de las 48 horas (dos días) posteriores a su parto más reciente de los dos últimos años, desagregado por ubicación  | %     | 14.1% |    |    | 29.1% | EH  |
| Neonatos que recibieron atención postnatal de parte de personal calificado dentro de las 48 horas posteriores al parto durante los últimos dos años   | %     | 10.8% |    |    | 20.8% | EH  |
| Niños entre 12 y 59 meses que recibieron dos dosis del tratamiento antiparasitario durante el año anterior  | %     | 8.7%  |    |    | 38.7% | EH  |
| Madres administraron a sus hijos entre 0 y 59 meses sales de rehidratación oral (SRO) y zinc para tratar el cuadro  | %     | 0.6%  |    |    | 20.6% | EH  |





|   |   |       |  |  |       |    |
|---|---|-------|--|--|-------|----|
| de diarrea más reciente en el mes anterior  |   |       |  |  |       |    |
| Niños entre 12 y 23 meses que recibieron al menos una dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas (SRP) según su tarjeta de vacunación | % | 69.1% |  |  | 76.1% | EH |
| Hogares en el área objetivo que consumen agua de calidad adecuada   | % | 1.0%  |  |  | 16.0% | EH |

<sup>1</sup> FV: Fuente de verificación; EES: Encuesta en establecimientos de salud; EH: Encuesta de hogares; RE: Revisión realizada por expertos