

Las mediciones independientes como elemento catalizador del cambio en una iniciativa regional de cooperación basada en resultados – La experiencia de la Iniciativa Salud Mesoamérica

División de
Protección Social y Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-1312

Rena Eichler
Ferdinando Regalia
Susan Gigli
Roberto Tapia Conyer
Daniel Kress
Ethan Wong
Ricardo Mujica
Miguel Betancourt Cravioto
María Cruz Ciria Matilla
María Cristina Álvarez
Emma Iriarte
Jennifer Nelson
Diego Ríos-Zertuche
Paola Zúñiga Brenes

Las mediciones independientes como elemento catalizador del cambio en una iniciativa regional de cooperación basada en resultados – La experiencia de la Iniciativa Salud Mesoamérica

Rena Eichler
Ferdinando Regalia
Susan Gigli
Roberto Tapia Conyer
Daniel Kress
Ethan Wong
Ricardo Mujica
Miguel Betancourt Cravioto
María Cruz Ciria Matilla
María Cristina Álvarez
Emma Iriarte
Jennifer Nelson
Diego Ríos-Zertuche
Paola Zúñiga Brenes

Octubre 2017

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo

Medición externa como catalizador del cambio en una iniciativa regional de cooperación basada en resultados- la experiencia de Salud Mesoamérica / Rena Eichler, Ferdinando Regalia, Susan Gigli, Roberto Tapia Conyer, Daniel Kress, Ethan Wong, Ricardo Mujica, Miguel Betancourt Cravioto, María Cruz Ciria Matilla, María Cristina Álvarez, Emma Iriarte, Jennifer Nelson, Diego Ríos-Zertuche, Paola Zúñiga Brenes.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1312)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Medical care-Central America-Finance. 2. Evidence-based medicine. 3. Medical care-Decision making. 4. Maternal health services-Central America. 5. Child health services-Central America. 6. Reproductive health-Central America. 7. Public-private sector cooperation. I. Eichler, Rena. II. Regalia, Ferdinando. III. Gigli, Susan. IV. Tapia Conyer, Roberto. V. Kress, Daniel. VI. Wong, Ethan. VII. Mujica, Ricardo. VIII. Betancourt Cravioto, Miguel. IX. Ciria Matilla, María Cruz. X. Álvarez, María Cristina. XI. Iriarte, Emma. XII. Nelson, Jennifer. XIII. Ríos-Zertuche, Diego. XIV. Zúñiga Brenes, Paola. XV. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. XVI. Serie.

IDB-TN-1312

<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

www.iadb.org/Salud

Las mediciones independientes como elemento catalizador del cambio en una iniciativa regional de cooperación basada en resultados – La experiencia de la Iniciativa Salud Mesoamérica

Rena Eichler
Ferdinando Regalia
Susan Gigli
Roberto Tapia Conyer
Daniel Kress
Ethan Wong
Ricardo Mujica
Miguel Betancourt Cravioto
María Cruz Ciria Matilla
María Cristina Álvarez
Emma Iriarte
Jennifer Nelson
Diego Ríos-Zertuche
Paola Zúñiga Brenes





Índice

Introducción	1
¿En qué consiste la ISM?	1
Métodos	2
El papel central de la información en la ISM.....	3
Análisis	4
Por qué confiar en evaluaciones independientes	4
Escasa información respecto de la salud de los pobres	5
Datos de rutina inapropiados.....	6
Aceptación a nivel de país.....	7
Confianza de los donantes	7
Apoyo a la función fiduciaria del BID	7
Diseño y ejecución a nivel de país	8
Creación de un foco regional para la ISM.....	8
Resultados	8
Mediciones independientes para fortalecer el monitoreo en el país.....	8
Tableros de control para reforzar los sistemas rutinarios de información	10
Mejor monitoreo y fiscalización	11
Conclusión	13
Hacia un enfoque sostenido en la salud de los más pobres basado en evidencia.....	13
Financiamiento.....	17
Referencias bibliográficas	18



Las mediciones independientes como elemento catalizador del cambio en una iniciativa regional de cooperación basada en resultados – La experiencia de la Iniciativa Salud Mesoamérica

Rena Eichlerⁱ
Roberto Tapia Conyerⁱⁱⁱ
Ricardo Mujicaⁱⁱⁱ
María Cristina Álvarez^v
Diego Ríos-Zertuche^{vi}

Ferdinando Regaliaⁱⁱ
Daniel Kress^{iv}
Miguel Betancourt Craviotoⁱⁱⁱ
Emma Iriarte^{vi*}
Paola Zúñiga Brenes^{vi}

Susan Gigliⁱ
Ethan Wong^{iv}
María Cruz Ciria Matilla^v
Jennifer Nelson^{vi}

Resumen

La Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) es un ambicioso esfuerzo regional de cooperación basada en resultados que busca vincular una parte de los aportes efectuados por los donantes con la obtención de determinados resultados en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño – tanto a nivel micro/prestación de servicios como a nivel macro/población – en los municipios más pobres de los países participantes. La ISM recurre únicamente a equipos independientes (externos) para medir aquellos resultados que determinan la aprobación del financiamiento. En contraste, otras iniciativas de financiamiento basado en resultados generalmente determinan el pago mediante resultados autoinformados que son posteriormente verificados. Los países se han beneficiado con este sistema ya que la medición independiente y el apoyo de la ISM han ayudado a aumentar la capacidad local de recolectar y analizar datos con el fin de monitorear el desempeño, identificar cuellos de botella y pedir cuentas por los resultados. La razón principal de confiar en mediciones independientes obedeció a la exigencia de los donantes de condicionar los pagos por desempeño a los países participantes a la obtención de resultados reales y al requisito planteado por el Banco Interamericano de Desarrollo de minimizar el riesgo fiduciario asociado con la administración de los fondos de los donantes. Otra de las razones de preferir las mediciones independientes fue la necesidad de contar con datos comparables en todos los países para así monitorear el impacto general y contribuir al aprendizaje global.

Palabras clave: Cooperación basada en resultados; financiamiento basado en resultados; verificación; medición independiente; sistemas de información de salud; decisiones basadas en información concreta; asociación público-privada; salud materna y del niño; salud reproductiva

Código JEL: I150

ⁱ Broad Branch Associates, Washington, DC, EE.UU.

ⁱⁱ Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, DC, EE.UU.

ⁱⁱⁱ Fundación Carlos Slim, Ciudad de México, México.

^{iv} Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA, EE.UU.

^v Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Madrid, España.

^{vi} Iniciativa Salud Mesoamérica, Banco Interamericano de Desarrollo, Ciudad de Panamá, Panamá.

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



Siglas y abreviaturas

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
SRP	Sarampión, rubéola y paperas
CBR	Cooperación basada en resultados
FBR	Financiamiento basado en resultados
SRIS	Sistemas rutinarios de información de salud
SRMRN	Salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño
ISM	Iniciativa Salud Mesoamérica
AT	Asistencia técnica
OMS	Organización Mundial de la Salud



Introducción

La Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) es un ambicioso esfuerzo regional de cooperación basada en resultados (CBR) que busca vincular una parte de los aportes efectuados por los donantes con la obtención de determinados resultados en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño (SRMRN) medidos de manera independiente en los municipios más pobres de los países participantes. Una de las características que distinguen a la ISM es la importancia central que se asigna a las mediciones independientes (en especial mediante encuestas rigurosas aplicadas a los hogares y a los establecimientos de salud) que se complementan con pruebas biométricas a fin de establecer líneas de base, diseñar marcos de resultados, medir el desempeño, tomar decisiones respecto de los pagos y fomentar el aprendizaje y el diálogo sobre políticas tanto al interior de los países como entre ellos. La medición independiente ha mejorado la forma de entender las condiciones de salud y las brechas existentes en la prestación de servicios en los municipios pobres de cada país de la región, a la vez que ha encauzado las acciones de las autoridades y los administradores de salud hacia la eliminación de aquellos obstáculos que impiden llegar hasta los grupos más pobres. Entre los mayores beneficios del modelo de CBR puesto en práctica por la ISM se cuenta su efecto catalizador, el cual ha ayudado a reforzar la capacidad de los países de establecer sistemas de monitoreo y gestión para resultados y, de paso, optimizar el desempeño de los sistemas nacionales de salud.

El modelo de CBR implementado por la ISM utiliza únicamente mediciones independientes para determinar la efectiva consecución de los resultados esperados, lo cual lo diferencia de otros modelos utilizados en salud que premian dichos resultados luego de verificar su cumplimiento. Los mecanismos de financiamiento basado en resultados (FBR) – ya sea que involucren pagos de los donantes a los gobiernos (CBR) o a los prestadores de servicios – generalmente supeditan el pago a la obtención de resultados autoreportados por los propios sistemas del gobierno o las instituciones, los cuales son posteriormente verificados por terceros (ya sea de manera interna o externa) (Ergo y Paina 2012; Naimoli y Vergeer 2010; Banco Mundial 2015; Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido 2014; GAVI 2014; Loening y Tineo 2012; Proyecto AIDSTAR-Two 2011). Este uso exclusivo de mediciones independientes permite contar con información fiable para canalizar los aportes de los donantes, incentiva a los países a reforzar la recolección y el uso de información a nivel nacional y contribuye a generar procesos de aprendizaje comunes tanto en la región como en otros países del mundo.

¿En qué consiste la ISM?

La ISM es una iniciativa regional de CBR que opera en siete países de Mesoamérica y en el estado mexicano de Chiapas. Su objetivo es incentivar y apoyar a los países en sus esfuerzos por mejorar la salud de sus habitantes más pobres. La ISM se financia mediante una asociación público-privada entre los ocho gobiernos participantes, la Fundación Bill & Melinda Gates, la Fundación Carlos Slim y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. La gestión financiera y el apoyo a la implementación es realizada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y su red de representantes de país. La coordinación, la asistencia técnica (AT) y los enlaces entre países y donantes están en manos de una unidad de coordinación del BID con sede en Panamá.

La ISM condiciona una parte del financiamiento recibido de los donantes a la obtención de resultados de SRMRN dentro de un plazo determinado en los municipios más pobres de los países participantes. Los diferentes gobiernos establecen indicadores de desempeño y objetivos



congruentes con sus prioridades de SRMRN que deberán alcanzarse en un periodo de dos o tres etapas (cuya duración oscila entre 18 y 24 meses). El financiamiento proviene de tres fuentes: un “tramo de inversión” financiado por los donantes, un “tramo de contrapartida” financiado por los países y un “tramo de desempeño” equivalente a la mitad del financiamiento de contrapartida entregado por los países. El tramo de desempeño se usa únicamente en el sector salud y se paga solamente si se alcanzan los objetivos *previamente validados por mediciones independientes*. En la primera etapa, cinco países recibieron el tramo de desempeño. Un país no alcanzó la puntuación requerida, sin embargo, se le autorizó a continuar hacia la siguiente etapa, en tanto que otros dos países iniciaron una etapa de mejora del desempeño durante la cual lograron las metas que anteriormente no habían cumplido, por lo tanto, se les permitió pasar a la segunda etapa sin recibir el pago de desempeño.

La ISM monitorea y premia los indicadores de procesos, de resultados y de impacto. Los indicadores y las metas correspondientes a la primera etapa generalmente reflejan el grado de preparación para entregar servicios y las condiciones previas que permiten otorgar servicios esenciales a los grupos más pobres (p. ej. si se cuenta con existencias de medicamentos, si existe una política establecida para incluir zinc en las SRO utilizadas para el tratamiento de la diarrea, etc.). Los indicadores de las etapas posteriores dan cuenta de los productos, los resultados y el impacto.

A fin de crear líneas de base confiables y realizar mediciones periódicas del desempeño tanto a nivel de población como de prestación de servicios, la ISM se asoció con el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) de la Universidad de Washington. El costo de las mediciones independientes, incluidos el diseño de métodos de medición, la capacitación de investigadores locales y la supervisión, corresponde al 13,8% de los USD 115 millones donados a la ISM. Por su parte, el gobierno de Corea del Sur entregó un monto adicional de USD 1 millón para la creación de tableros de control que aumentaron la capacidad de los países de usar los sistemas rutinarios de información de salud con el fin de medir los avances logrados.

Métodos

La información utilizada en la elaboración del presente documento proviene de entrevistas realizadas durante los meses de mayo y junio de 2015 entre informantes clave y donantes, jefes de equipo del BID, personal de la Unidad de Coordinación de la ISM (que ofrece apoyo a los países), proveedores de asistencia técnica contratados por la ISM para apoyar a los países, funcionarios del Ministerio de Salud a nivel nacional y local y autoridades de salud en los distritos. Las entrevistas se centraron en las experiencias tanto positivas como negativas de los entrevistados con la ISM, su percepción de las medidas de fortalecimiento del sistema puestas en práctica por los países para alcanzar los resultados que serán recompensados, sus opiniones acerca de los efectos indirectos que benefician incluso a las regiones no abarcadas por la ISM, su visión respecto del valor de la AT entregada y de la medición independiente, su apreciación de la ISM como iniciativa regional y cualquier sugerencia que pudiera ayudar a perfeccionar tanto el modelo como su implementación. Estos datos cualitativos se complementaron con un análisis de la información contenida en numerosos documentos de la ISM y una revisión de las publicaciones sobre medición y verificación en esquemas de financiamiento basado en resultados.

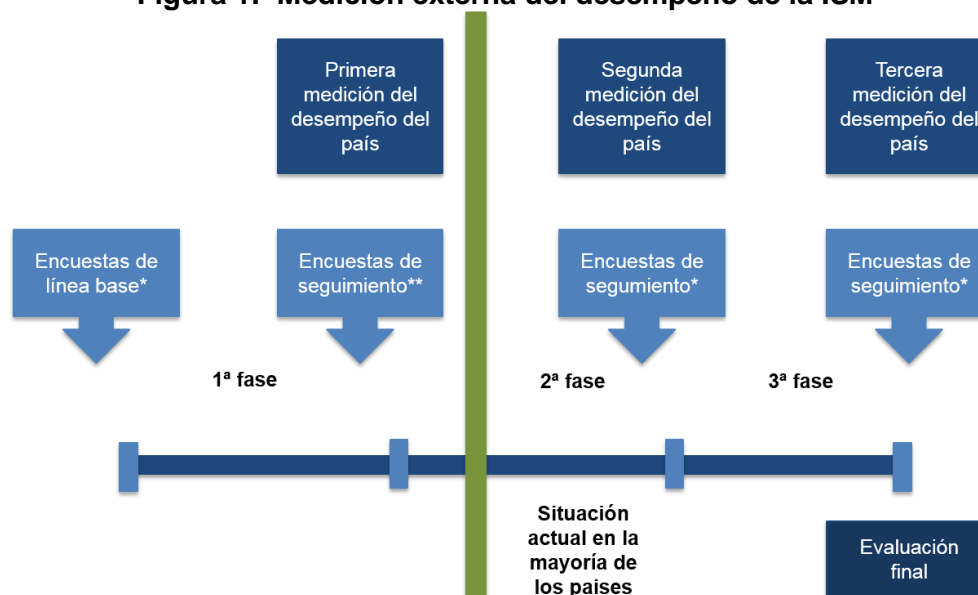


El papel central de la información en la ISM

La obtención de datos fidedignos sobre la salud ocupa un lugar privilegiado en la ISM. Los datos han puesto en manifiesto la necesidad de contar con sistemas que mejoren la salud de los sectores más pobres de Mesoamérica, a la vez que han revelado grandes inequidades. Asimismo, los datos han confirmado que los promedios nacionales no dejan ver los verdaderos indicadores de salud de los más pobres y que las desigualdades de salud entre los grupos más acomodados y los más desposeídos en Mesoamérica son considerables (The Economist 2014; Mokdad et al. 2015). Los datos proporcionan una guía que permite determinar las prioridades necesarias para mejorar los resultados de salud de los más pobres, decidir si las metas son factibles y acotar las expectativas de conseguir financiamiento para los pagos basados en el desempeño. La información recolectada ha ayudado a identificar debilidades en la prestación de servicios de salud a los más pobres, así como deficiencias en sistemas tales como las cadenas de abastecimiento o un escaso cumplimiento de las normas clínicas existentes. Contar con datos fiables sobre la salud de los más pobres y el desempeño de los sistemas de salud crea una base sobre la cual se pueden establecer vínculos entre partes interesadas de los sistemas de salud al interior y entre niveles tanto subnacionales como nacionales que permitan aunar sus esfuerzos por resolver las inequidades de salud en sus respectivos países.

Los donantes invierten en datos confiables como forma de garantizar que sus fondos efectivamente contribuyan a mejorar la salud de los más necesitados. Estos fondos se utilizan para pagar las mediciones, incluidas las encuestas de base en los municipios seleccionados en cada país, las encuestas aplicadas a los establecimientos de salud al final de cada etapa y las encuestas poblacionales realizadas luego de las etapas 2 y 3 (Véase la Figura 1). Las encuestas ayudan a identificar las prioridades de salud más urgentes en los municipios más pobres, diseñar intervenciones específicas, determinar si las metas del modelo de CBR de la ISM se están cumpliendo, establecer comparaciones y referencias a nivel regional y evaluar el impacto de la ISM durante el programa y al final de éste.

Figura 1: Medición externa del desempeño de la ISM



*Encuestas en establecimientos de salud y poblacionales

**Encuestas en establecimientos de salud

Fuente: Presentación de la ISM 2013.



Invertir en mediciones permite la creación de una agenda de aprendizaje que forma parte integral del diseño de la ISM y que consta de una evaluación de la iniciativa público-privada en sí, de evaluaciones del impacto de las intervenciones específicas y de evaluaciones de los procesos utilizados en los países para instaurar el modelo de CBR de la ISM. También comprende instancias para compartir el conocimiento de forma sistemática, oportunidades para un aprendizaje reflexivo, promoción de las mejores prácticas al interior de los países y entre ellos y asistencia técnica para apoyar la adopción y el uso de datos de forma tal que se incentive un presupuesto, políticas y decisiones de intervención en salud centrados en los pobres a nivel nacional.

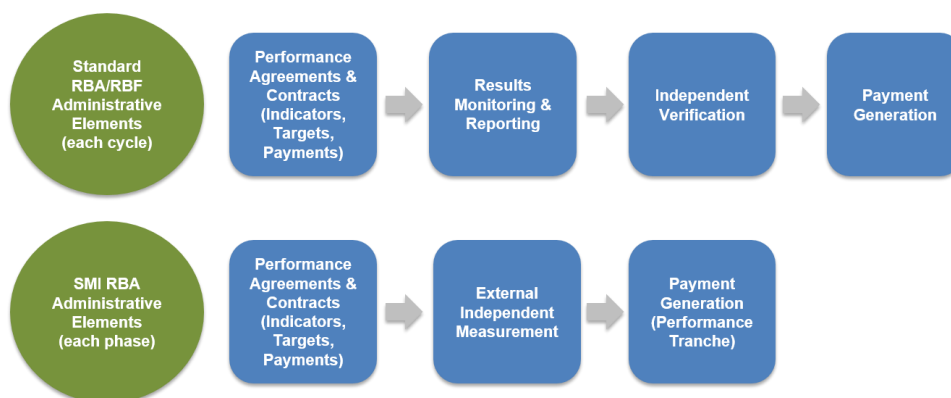
Análisis

Por qué confiar en evaluaciones independientes

En los esquemas de financiamiento basado en resultados (FBR) – entre ellos los de CBR – resulta indispensable que quienes aportan los fondos reciban información fiable, toda vez que el pago se encuentra condicionado a la obtención de resultados. La ISM se apoya en encuestas poblacionales y de establecimientos de salud para construir indicadores de línea base y medir el desempeño. Por el contrario, la mayoría de los esquemas de FBR/CBR se basan en indicadores ya existentes en los sistemas rutinarios de información de salud (SRIS) y en auditorías a los resultados con el fin de comprobar que lo que se informó se ajusta a la realidad. Si bien los SRIS entregan información sobre los servicios prestados, normalmente no dan cuenta de aquellos grupos que no han sido atendidos, la calidad de los servicios prestados o la disponibilidad de insumos clave tales como productos básicos y/o equipos que funcionen adecuadamente. Por otra parte, los SRIS a menudo no son fiables.

Un gran número de guías y marcos conceptuales pensados para esquemas de FBR evalúan las ventajas relativas de la fiabilidad de la información y la sostenibilidad de las funciones de medición y verificación y todos reconocen el potencial de los esquemas de FBR para reforzar los sistemas nacionales de información y los mecanismos de monitoreo y fiscalización (Ergo y Paina 2012; Naimoli y Vergeer 2010; Banco Mundial 2015; Departamento de Desarrollo Internacional 2014; GAVI 2014; Loening y Tineo 2012; Proyecto AIDSTAR-Two 2011). Dichas fuentes sugieren que basarse en sistemas nacionales internos para analizar los datos sobre desempeño (complementados con auditorías) ofrece mejores posibilidades de fortalecer los sistemas nacionales de información que apoyarse únicamente en mediciones independientes. Por el contrario, la experiencia de la ISM sugiere que la medición independiente puede constituir una característica importante de un esquema de CBR gracias a su fiabilidad y neutralidad a los ojos de todas las partes interesadas, su énfasis en los indicadores poblacionales y de establecimientos de salud y su efecto catalizador en el perfeccionamiento de los sistemas nacionales de información y monitoreo y en el uso de datos para informar acciones que pueden llevar a mejores resultados en salud.

Como se muestra en la Figura 2, la administración de los esquemas de FBR generalmente incluye la determinación de acuerdos de desempeño que contienen indicadores, metas y reglas de pago, especificaciones acerca de la manera de informar el desempeño respecto de los indicadores acordados y la forma de verificar los resultados informados de manera independiente, y sistemas para la generación del pago (Eichler 2009). En contraste, la ISM utiliza únicamente las mediciones independientes para determinar si aquellas metas que determinan el pago del tramo de desempeño han sido alcanzadas.

**Figura 2: Administración de la ISM comparada con los esquemas típicos de FBR**

Fuente: Visualización de los autores

Escasa información respecto de la salud de los pobres

La ISM decidió utilizar mediciones independientes dada la falta de información fidedigna acerca de la salud de los sectores más pobres de Mesoamérica. En su afán por fortalecer los sistemas de salud, alcanzar sus metas en pro de los pobres y cumplir con sus ambiciosos plazos, se hacía necesario contar con datos fiables tanto a nivel poblacional como de los establecimientos de salud en los municipios más pobres de cada país.

Al momento de lanzar la Iniciativa en 2010, sólo se había realizado un número limitado de encuestas que representaran las condiciones de salud de la población a nivel nacional durante el decenio anterior (véase el Cuadro 1). De ellas, ninguna ponía en evidencia las grandes diferencias presentes tanto al interior de los países como entre ellos respecto del acceso y la utilización de los sistemas de salud, el comportamiento de las personas en cuanto a su salud y los factores de riesgo entre los grupos menos favorecidos. Del mismo modo, las encuestas nacionales anteriores carecían de muestras suficientemente amplias o de enfoques que permitieran elaborar estimaciones precisas respecto de las poblaciones que residen en los municipios más pobres, los cuales a menudo son los más remotos y difícilmente accesibles (Mokdad et al. 2015).

Las encuestas de línea base de la ISM intentaron llenar este vacío de datos mediante la aplicación de censos en 90,000 hogares, entrevistas en 20,225 hogares y encuestas en 479 establecimientos de salud en los sectores más pobres de los ocho países participantes de la iniciativa. Los censos ayudaron a construir un marco de encuestas preciso para la adopción de medidas enfocadas en la población. Las encuestas de hogares se centraron en las características de los hogares, el estado de salud, el conocimiento y las prácticas de las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) y de los cuidadores de niños menores de 5 años, así como en la evaluación de los menores de 5 años, incluida una medición antropométrica y muestras de sangre. Las encuestas a los establecimientos de salud consistieron en entrevistas con los administradores de dichos centros, una lista de chequeo de observación y una revisión de los registros médicos para recolectar datos sobre las condiciones de los establecimientos, las existencias y los equipos, la prestación y el uso de los servicios de salud y la calidad de la atención (Mokdad et al. 2015).



Las encuestas de línea base proporcionaron una visión clara de las condiciones de salud de los más pobres de la región mesoamericana o, en palabras de un funcionario de la ISM, “hicieron visible lo invisible”. Al revelar las incongruencias con los datos existentes, proporcionar nueva información acerca de la prestación de servicios de salud y del comportamiento de la población en materia de salud y vincular las prácticas de salud de los hogares con la prestación de servicios, las encuestas de línea base de la ISM subrayaron la necesidad de ir más allá de los datos SRIS y de los promedios nacionales.

Cuadro 1. Encuestas nacionales de salud de la población en los países ISM (2006-2016)

País	Encuesta
Belice	Encuesta agrupada de indicadores múltiples 5, 2016 Encuesta agrupada de indicadores múltiples 4, 2011 Encuesta agrupada de indicadores múltiples 3, 2006
Costa Rica	Encuesta agrupada de indicadores múltiples 5, 2016 Encuesta agrupada de indicadores múltiples 4, 2011
El Salvador	Encuesta agrupada de indicadores múltiples 5, 2014 Encuesta nacional sobre salud familiar, 2008
Guatemala	Encuesta sobre demografía y salud, 2015 Encuesta sobre salud reproductiva, 2008-9
Honduras	Encuesta sobre demografía y salud, 2005-06, 2011-12
México	Encuesta agrupada de indicadores múltiples 5, 2015 Encuesta nacional sobre salud y nutrición, 2005-06, 2011-12 Encuesta nacional sobre dinámica demográfica, 2006, 2009, 2014
Nicaragua	
Panamá	Encuesta agrupada de indicadores múltiples 5, 2013 Encuesta nacional sobre salud y calidad de vida, 2007

Fuentes: <http://ghdx.healthdata.org/>; <http://mics.unicef.org/surveys>; <http://dhsprogram.com/What-We-Do/survey-search.cfm?pgtype=main&SrvyTp=country>

Por ejemplo, los conteos de población realizados por la ISM difirieron fuertemente de los datos registrados en los censos nacionales (Mokdad et al. 2015). Este elemento más preciso confirmó la urgencia de proporcionar servicios de salud en las áreas objetivo. Las encuestas de hogares también revelaron que las condiciones de salud de la población en los municipios más pobres eran aun más precarias que lo se pensaba: en Panamá, el 82% de los niños menores de 1 año sufría de anemia, en tanto que en Guatemala solo el 23% de las mujeres daba a luz en establecimientos de salud. En comparación con las estimaciones nacionales, las encuestas de la ISM mostraron diferencias de -32% en el caso de la vacunación contra SPR en los menores de 2 años en Chiapas (49% versus 81%), 34 puntos porcentuales en cuanto al inicio temprano de la lactancia materna en todos los partos registrados en El Salvador en los últimos 5 años (67% versus 33%) y 61 puntos porcentuales respecto de la necesidad insatisfecha de usar anticonceptivos en Panamá (88% versus 27%) (Mokdad et al. 2015).

Datos de rutina inapropiados

Del mismo modo, resultó evidente desde el inicio de la iniciativa que no sería factible basarse en los datos SRIS a nivel de establecimiento para obtener información precisa que permitiera informar las prioridades o determinar los pagos por desempeño. Los datos relativos a los establecimientos de salud no reflejaban aquella proporción de la población que no estaba siendo atendida, ya que simplemente no había datos exactos sobre la población. Los ministerios no



contaban con sistemas confiables para cerciorarse de que había existencias de insumos esenciales (p. ej. medicamentos, productos básicos) y de que los equipos funcionaban adecuadamente. Rara vez se revisaban los expedientes médicos para verificar el cumplimiento de las directrices médicas y los supervisores casi no prestaban apoyo para reforzar la calidad de la atención clínica. Ninguno de los países poseía sistemas de seguimiento de los indicadores comunitarios que no estuvieran vinculados con los establecimientos públicos.

Si bien los funcionarios nacionales reconocieron las debilidades y la falta de integración de los sistemas rutinarios de información, las encuestas de línea base de los establecimientos revelaron hallazgos insospechados. Entre ellos, que la falta de anticonceptivos y de vacunas era más grave que lo que los datos administrativos normales dejaban entrever (Mokdad et al. 2015). Esta información subrayó la necesidad de aumentar la disponibilidad de productos básicos de salud como componente esencial de una estrategia dirigida a mejorar los resultados de salud.

Aceptación a nivel de país

Si bien en un comienzo algunos de los países manifestaron su preferencia por seguir utilizando sus propios datos para informar el desempeño, luego de algunos debates y negociaciones aceptaron el hecho de que para embarcarse en tan ambiciosa iniciativa necesitarían datos rigurosos, oportunos e imparciales. A fin de convencer a los gobiernos de aceptar las estrictas exigencias de la ISM, acatar decisiones relativas a metas de desempeño regidas por plazos e introducir cambios en los sistemas de salud, no podría haber lugar a dudas sobre la calidad de la información concerniente al desempeño del sistema de salud.

Las entrevistas con funcionarios del BID y con autoridades distritales de salud mostraron que existía consenso en cuanto a la importancia de la medición independiente para que los países aceptaran los resultados.

Las mediciones independientes dotaron a la información de imparcialidad y credibilidad... se creó el sentimiento de que esto es algo realmente serio. Se hace necesario estar más pendiente de ciertos elementos que el país no tenía en cuenta. Ello requiere mucho más esfuerzo y por supuesto la aceptación por parte del país, dado el estado de salud de los sectores pobres. — Funcionario del Ministerio de Salud de Honduras

Confianza de los donantes

Las mediciones independientes dieron a los donantes la certeza de que los resultados que estaban premiando eran reales. La Fundación Bill & Melinda Gates, la Fundación Carlos Slim y el gobierno de España insistieron en el uso de mediciones independientes como forma de ayudar a los países a implementar intervenciones basadas en un conocimiento cabal de la realidad de los municipios pobres. Los donantes también querían saber si la ISM estaba ayudando a materializar los cambios en los sistemas nacionales y de qué forma. Por último, estas entidades eran responsables ante sus directorios de demostrar los resultados por los cuales estaban pagando sin caer en cuestionamientos acerca de su validez.

Apoyo a la función fiduciaria del BID

El BID adoptó las mediciones independientes como forma de reforzar su función de administrador de los fondos donados con responsabilidad fiduciaria. Los administradores legales y financieros del BID requerían contar con mediciones independientes como condición para poder avanzar con la ISM.



Diseño y ejecución a nivel de país

Las encuestas independientes de la ISM también cumplieron un papel decisivo en establecer líneas de base, informar las estrategias de intervención y monitorear la eficacia de las intervenciones a nivel de país.

Las encuestas de línea base para los hogares y los establecimientos de salud sirvieron para determinar líneas base para los indicadores recompensados, a la vez que ampliaron la visión sobre los desafíos e intervenciones que podían mejorar el desempeño. Los resultados obtenidos durante la primera etapa de aplicación de encuestas a los establecimientos de salud, los cuales aportaron indicadores de proceso tales como la existencia de suministros o si la cadena de frío de vacunación operaba normalmente, apuntaron a áreas que era preciso mejorar si se pretendía alcanzar las metas relativas a productos y resultados de salud durante la segunda y tercera etapas. Contar con datos fidedignos e independientes era un factor fundamental para reforzar el compromiso político de superar las barreras que impedían mejorar los resultados de salud de los sectores pobres.

Los datos duros reforzarán los argumentos en pro de un mejoramiento en la infraestructura y la prestación de servicios... La Iniciativa nos dio una visión clara de las brechas... Los datos aumentaron la voluntad política de abordar estas brechas. — Funcionario del BID

Creación de un foco regional para la ISM

La obtención de datos comparables a partir de encuestas de hogares y de establecimientos de salud aplicadas en todos los países de Mesoamérica fue un factor determinante en promover la agenda regional de monitoreo, aprendizaje y evaluación de la ISM. Al mismo tiempo, incentivó la competencia entre países ya que los representantes de los diferentes ministerios de salud presentaban sus resultados en encuentros regionales. El grado de transparencia alcanzado ha reforzado la importancia de alcanzar los resultados tanto en lo relativo a la política como a la reputación.

Si lo que se pretende es hacer comparaciones entre países y dejar algunos al final de la lista, y además al momento del diseño no existía claridad acerca de si todos podrían alcanzar las metas o de qué pasaría con aquellos que no logran las suyas ... por todo ello sentíamos que era riesgoso utilizar los sistemas nacionales para recolectar los datos. ... Debía ser una instancia externa, independiente y objetiva. — Líder de equipo del BID

Resultados

Mediciones independientes para fortalecer el monitoreo en el país

Como ya se ha visto, las mediciones independientes han producido una serie de efectos positivos en la ISM, entre los que cabe destacar el cierre de importantes brechas de información sobre el uso de los servicios de salud y la capacidad de prestar dichos servicios en los municipios más pobres, la creación de una base de información que guíe las intervenciones por el lado de la oferta y de la demanda, la creciente aceptación por parte de los gobiernos, la medición de resultados para los pagos por desempeño, la certeza para los donantes respecto al valor de sus inversiones y la facilitación de un aprendizaje regional acerca de cómo mejorar la salud de los más pobres. Sin embargo, al considerar el potencial de impacto de la ISM a largo plazo, uno de



los principales beneficios de las mediciones independientes es su efecto catalizador del fortalecimiento de la capacidad de los países de monitorear y gestionar su propio desempeño.

De hecho, los sistemas nacionales de monitoreo se vieron fortalecidos como resultado del proceso de entendimiento y aceptación de cómo funcionaría el mecanismo de CBR de la ISM. En un principio, los países en su mayoría creyeron que el hecho de participar en la ISM significaba formar parte de una iniciativa regional centrada en el 20% más pobre de la población, elegir intervenciones congruentes con sus prioridades nacionales, negociar aquellas metas consideradas factibles y permitir el uso de mediciones independientes de su desempeño como base para un pago por desempeño. Las entrevistas preliminares entre funcionarios de la ISM y autoridades de salud de los países indicaron que los países no pensaban encontrar dificultades para lograr las metas y que veían la posibilidad de un pago por desempeño con gran entusiasmo.

No obstante, los hallazgos de las encuestas de línea base fueron un llamado de alerta. Las diferencias entre lo que consideraban desempeño de los sistemas de salud en los municipios seleccionados y los resultados de línea base sirvieron para que los gobiernos se dieran cuenta de los enormes esfuerzos que sería necesario desplegar para alcanzar las metas relativas a procesos durante los 18 a 24 meses que duraría la primera etapa, así como las metas relativas a los productos y resultados correspondientes a la segunda y tercera etapas.

Muchas de las medidas a las que se da seguimiento, así como aquellas que son recompensadas, no han sido integradas al monitoreo regular de los ministerios de salud de la región. Por ejemplo, los sistemas rutinarios de información de salud (SRIS) generalmente no dan cuenta de la disponibilidad de medicamentos esenciales a nivel de establecimientos de salud, de si los servicios entregados se apegan a las normativas nacionales, o de si cada servicio registrado representa un servicio único entregado a múltiples pacientes o si se trata de servicios reiterados a un mismo paciente. Asimismo, los SRIS carecen de información acerca del estado de salud y la utilización de los servicios por parte de la población que no accede a los establecimientos públicos. Los SRIS no muestran las interrupciones de la cadena de frío que pueden afectar la calidad de las vacunas o la prevalencia de anemia en la población infantil, ni tampoco aquellas acciones de salud que ocurren en la comunidad y que son emprendidas por la comunidad misma. Por ello, si bien existen fuentes distintas de los SRIS en los países, éstas no se encuentran integradas en una herramienta de gestión universal.

Los resultados de las encuestas sobre la cobertura de las vacunaciones y la atención de las complicaciones nos sorprendieron... En un comienzo la respuesta automática fue de negación. Pero luego fue de “Veamos qué pasa”. ... [La ISM] ha cambiado la forma de proporcionar atención en lo que respecta a esos indicadores. — Funcionario distrital de salud, Nicaragua

En vista de la mejor apreciación de los desafíos y con riesgos evidentes para su reputación y los pagos por incentivo, los países debieron reconocer la necesidad de mejorar su capacidad de monitorear y ajustar su desempeño para poder alcanzar los resultados deseados. Los países han respondido a este reto, aunque los enfoques y los plazos varían entre ellos, mediante un reforzamiento de sus sistemas de información de salud y un mejoramiento de sus prácticas de monitoreo y supervisión con ayuda de la ISM (Véase el Cuadro 2).



Cuadro 2. Ayuda de la ISM al mejoramiento de la gestión regular de datos y del monitoreo y la supervisión

	BE	CR	ES	GU	HO	CH	NI	PA
Se reforzó la forma de informar y registrar los datos locales para los indicadores de desempeño de la primera etapa	X	X	X	X	X	X	X	
Se implementó y utilizó un tablero de control por país a nivel nacional		En curso	X	X	X	X		En curso
Se realizaron pilotos para el uso de herramientas digitales (<i>tablets</i>) para la recolección de datos	X		En curso	En curso	X	En curso		
Se utilizó tableros de control a nivel subnacional	X	En curso	X	X	X	X		En curso
Se creó un diccionario de datos con el fin de definir claramente los indicadores de los SIS pertinentes para la ISM	X	X	X	X	X	X		X
Se incorporó nuevas formas de monitoreo a los SIS (p.ej. registros de visitas a los hogares, registros de pacientes, listas de chequeo de supervisión, listas de chequeo de apoyo a la supervisión, nuevos indicadores tales como zinc y micronutrientes)	X	X	X	X	X	X		En curso
Se reforzó la supervisión (p. ej. supervisión regular, visitas a los establecimientos para monitorear el desempeño, elaboración de nuevas normas y directrices)	X	En curso	X	X		X		

Tableros de control para reforzar los sistemas rutinarios de información

La AT proporcionada por la ISM ayudó a elaborar tableros de control que permitieron a los países monitorear sus avances (mediante el uso de variables sustitutivas para los indicadores de la ISM) con datos provenientes de sus propios sistemas de información. El propósito inicial de los tableros de control fue servir como “sistema de alerta temprana” para identificar aquellos lugares donde se requerían acciones para alcanzar los resultados y al mismo tiempo impulsar una cultura de decisiones basadas en información concreta. Para asegurarse de que los países aceptaran los tableros de control, la ISM insistió en dos reglas: 1) La ISM no crearía un sistema de información paralelo y 2) los tableros de control deberían existir en los servidores de los países.



El Salvador fue el primero en elaborar un tablero de control de código abierto, el cual fue posteriormente adaptado por los demás países participantes. Los tableros de control recogen información clave desde diferentes bases de datos y la muestran en una pantalla accesible con cuadros codificados por color que ayudan a destacar los avances (o la falta de ellos). Siete de los ocho países ya han creado versiones adaptadas del tablero de control que responden a sus necesidades, lo que sugiere que el sistema perdurará en el tiempo (véanse las ilustraciones de la Figura 3).

La herramienta virtual (Etab) comenzó modestamente, con información proveniente de algunas intervenciones clave tales como cobertura del parto, vacunación, etc. Cuando nos dimos cuenta de que se podía acceder a la información de forma rápida, comenzamos a identificar información adicional de interés para el sistema de salud en general, más allá de los indicadores de la ISM. Ahora se propone el uso de la Etab como herramienta de aplicación nacional con el fin de que el Ministerio de Salud realice referencias cruzadas a los indicadores del estado de la salud en diferentes zonas. — Ministerio de Salud de El Salvador

Los tableros de control que permiten seguir los avances de la ISM también han producido beneficios en otras áreas. En primer lugar, la herramienta cuyo fin inicial era visualizar los indicadores de desempeño de la ISM es fácilmente adaptable a otros contextos. Varios países (El Salvador, Chiapas) ya han ampliado su uso para incluir nuevos indicadores, en tanto diversos países (Belice, Costa Rica, Honduras, Chiapas, Guatemala y El Salvador) se encuentran en proceso de compartir información sobre el desempeño del sistema de salud tanto a nivel central como local. En segundo lugar, se ha formado una “comunidad de expertos” desarrolladores en torno a esta herramienta de código abierto, lo que constituye una red regional de características únicas. Por último, el tablero de control ha impulsado mejoras en el registro y en la calidad de los datos. Mientras más funcionarios de salud utilicen la información, mayor será su capacidad de identificar datos que no cuadran, de solicitar el seguimiento de nuevas variables y de exigir que los datos se ingresen correctamente.

Mejor monitoreo y fiscalización

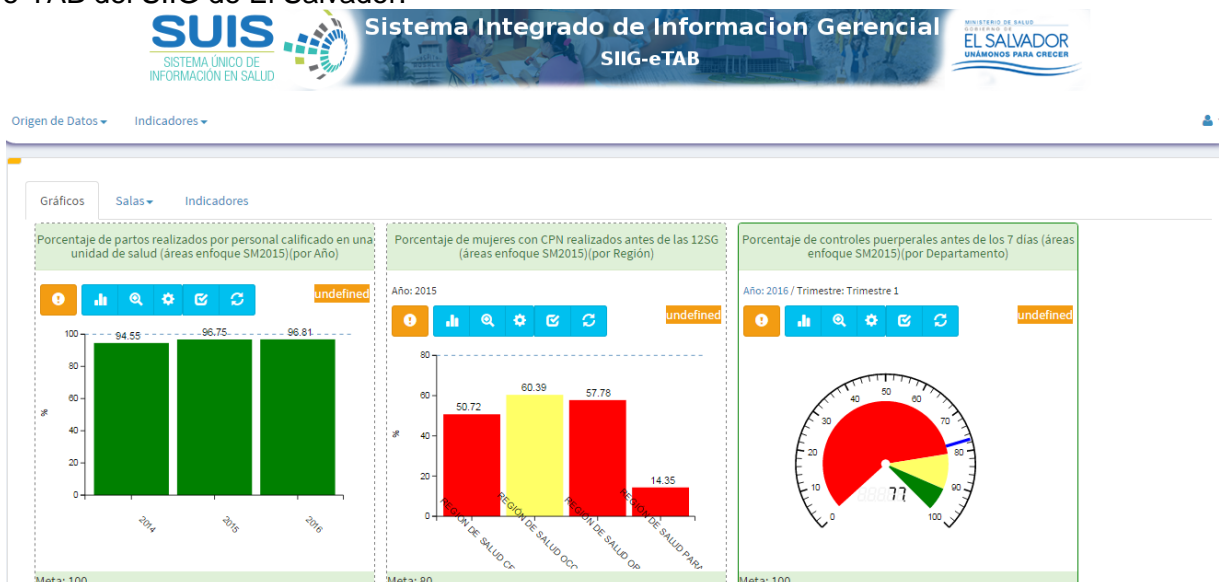
Las mediciones independientes han ayudado a reforzar la supervisión en la prestación de servicios gracias a que resaltan los problemas. Por su parte, los tableros de control ofrecen instantáneas periódicas del desempeño. Lo anterior ha fomentado el uso de datos para el monitoreo, la supervisión y la rendición de cuentas por parte de quienes se desempeñan en el sistema de salud. Así, países como El Salvador, México, Guatemala y Belice han participado de la AT de la ISM para fortalecer el monitoreo y la supervisión. Para todos los países, ello ha significado una mayor cantidad de visitas por parte de funcionarios del nivel central para asistir a reuniones con administradores municipales de salud donde se debaten los desafíos y se toman acciones al respecto. Tales visitas han permitido transformar la supervisión de un ejercicio de escritorio a un monitoreo activo de las personas y las comunidades que dan origen a los datos.

Gracias a las experiencias de la vida real en nuestras comunidades, los datos se transforman en pacientes, niños y mujeres cuyas vidas han cambiado. Cada mes, llevamos a cabo un análisis de cada indicador especificado por la iniciativa. Determinamos cuáles cumplen con la meta y cuáles deben ser mejorados. — Funcionario distrital de salud, El Salvador

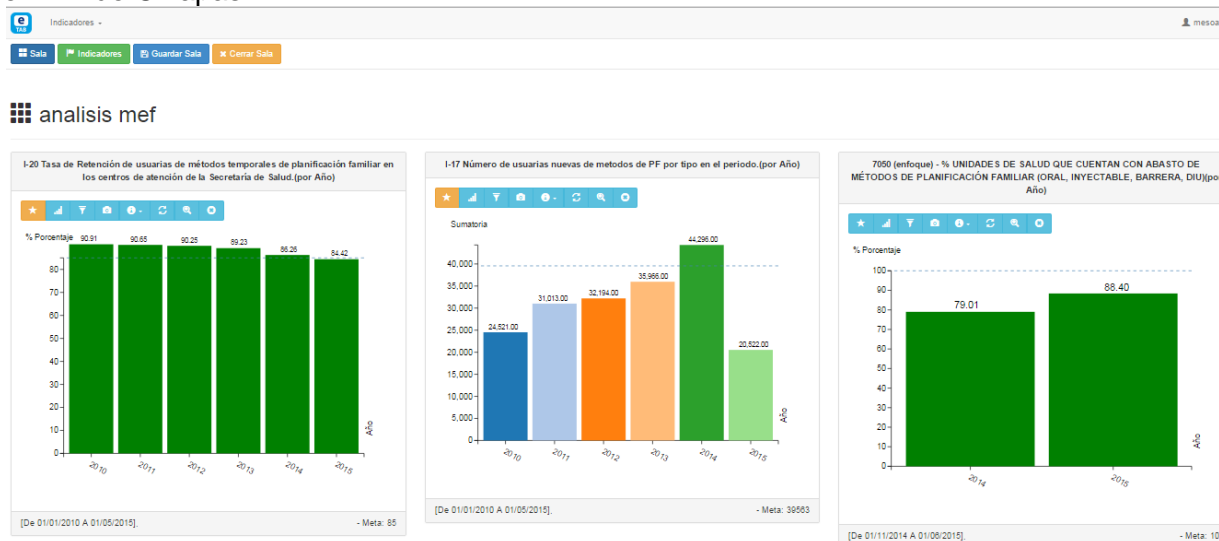


Figura 3: Ejemplos del tablero de control de la ISM para El Salvador y Chiapas

e-TAB del SIIG de El Salvador:



e-TAB de Chiapas:



Algunos países están incorporando herramientas tecnológicas para monitorear la disponibilidad de suministros y equipos. Por ejemplo, Belice ha puesto en práctica una aplicación basada en el sistema *Android* para monitorear la disponibilidad de suministros y equipos, así como la calidad de la atención en hospitales y establecimientos de salud. Los encargados locales del monitoreo registran los suministros y equipos en *tablets* en los establecimientos de salud primaria y con los trabajadores de salud de la comunidad. Estos datos, los cuales no están disponibles en el sistema SRIS, se comparten rápidamente en formato visual con los funcionarios de salud en los niveles de establecimiento, distrital y central.



El tablero de control nos ha permitido comenzar a tomar decisiones. Todo está en su fase piloto, pero aun así estamos comenzando a ver resultados. Ahora trabajamos con mecanismos de medición de forma sistemática, analizamos la información con mayor detalle, usamos la información para tomar acciones, para responder a las demandas de la población. Hemos establecido instancias de comunicación diaria y cercana con las localidades, incluso llevando el sistema local al sistema estatal, lo cual ha sido fantástico. — Secretaría de Salud de Chiapas

Del mismo modo, en Chiapas se han creado equipos de aseguramiento de la calidad con el fin de monitorear el desempeño y resolver problemas mediante el uso de herramientas electrónicas. Todo ello forma parte de una estrategia mayor de gestión de la información de salud mediante el uso de un tablero de control virtual que permite monitorear todos los niveles de la atención de salud.

Conclusión

Hacia un enfoque sostenido en la salud de los más pobres basado en evidencia

El uso de información concreta para centrar la atención e impulsar acciones destinadas a mejorar la salud de las poblaciones más pobres de Mesoamérica ha sido uno de los logros de la ISM durante su primera etapa de operación. Las mediciones independientes fiables han sido el elemento catalizador que ha permitido a los países fortalecer sus sistemas de monitoreo del desempeño y utilizar la información para destrabar los cuellos de botella y reforzar los sistemas para mejorar el desempeño de la salud para los más pobres.

Tal y como se reconoció en entrevistas con funcionarios tanto del BID como de los diferentes países, el gasto en mediciones independientes no es sostenible. Sin embargo, junto con las mediciones independientes, la ISM ha incentivado a los países a fortalecer sus propios sistemas de monitoreo. Los tableros de control nacionales, la capacidad de cada país de realizar encuestas de hogares y de establecimientos de salud y el uso de información de salud para monitorear los sistemas de salud y tomar decisiones que los refuercen forman parte del legado de la ISM.

El cuadro 3 presenta las fuentes de información de rutina de los países para ilustrar los avances en las mediciones de insumos, productos y resultados antes de la ISM, como resultado del apoyo de la ISM para reforzar los sistemas nacionales de información. Se contrastan estas fuentes de datos con el enfoque utilizado para medir los resultados de manera independiente.

El uso de tableros de control y el aprender a trabajar con toda la información para poder tomar decisiones será una opción sostenible. Estamos seguros de ello. — Secretaría de Salud de Chiapas



Cuadro 3: Monitoreo del desempeño antes de la ISM, luego del apoyo de la ISM, y comparación con la medición independiente

Tipo de indicador	Fuentes de monitoreo de rutina al interior del país	Fuentes de monitoreo de rutina al interior del país mejoradas gracias al apoyo de la ISM	Fuentes de medición independiente de la ISM
Cambios en las políticas o normativas nacionales Ejemplo: Actualización de la política para incluir zinc como tratamiento de la diarrea	Reglamento, decreto o política por escrito		Reglamento, política o decreto escrito revisado de manera independiente por un experto internacional con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios acordados
Disponibilidad de insumos (equipos, medicamentos, otros productos básicos y suministros) Ejemplo: Establecimientos de salud que disponen de los insumos necesarios para ofrecer atención de salud del niño según las normas	Algunos países cuentan con sistemas en papel para dar seguimiento a la disponibilidad de insumos, aunque su fiabilidad no es uniforme. Algunos países cuentan con sistemas electrónicos. No obstante, algunos dan seguimiento al consumo y a la disponibilidad, en tanto que otros solamente dan seguimiento a los niveles regionales. La mayoría de los países experimentó dificultades para obtener datos precisos.	La ISM proporcionó asistencia técnica para la creación de herramientas de autoinforme para los establecimientos de salud y verificación mediante fiscalización para confirmar la disponibilidad de insumos. Algunos países utilizaron planillas Excel, en tanto que otros crearon sistemas electrónicos que fueron luego incorporados al tablero de control del país correspondiente.	Encuesta del establecimiento con observación directa de los equipos, los suministros y los medicamentos, así como revisión de las tarjetas de existencias para comprobar la disponibilidad permanente de suministros y medicamentos.
Recursos humanos: Ejemplo: Cantidad de cada tipo de trabajador de salud asignado a cada establecimiento y desempeñándose en él.	Los sistemas de gestión de recursos humanos en cada país dan seguimiento a la cantidad y al tipo de trabajador de salud asignado a cada establecimiento de salud y que recibe un sueldo del estado. En su mayoría se basan en planillas Excel. No obstante, estos sistemas no dan seguimiento al ausentismo y no dan cuenta de aquellos trabajadores no incluidos en la nómina tales como trabajadores comunitarios de salud o matronas en algunos países.	La lista de chequeo de supervisión mejorada incluyó la presencia de recursos humanos en algunos países. Algunos países elaboraron herramientas de fiscalización para ayudar en la tarea de monitorear a los trabajadores comunitarios de salud de manera más sistemática. Lo anterior se verificó también haciendo uso de indicadores de mejoramiento de la calidad como criterio para calificar la atención entregada por el personal.	Las encuestas a los establecimientos verifican la cantidad de trabajadores presentes.



Tipo de indicador	Fuentes de monitoreo de rutina al interior del país	Fuentes de monitoreo de rutina al interior del país mejoradas gracias al apoyo de la ISM	Fuentes de medición independiente de la ISM
<p>Producción (productos) por establecimiento</p> <p>Ejemplo: Número de usuarios de planificación familiar, número de cuidadores de niños de 6 a 23 meses que recibieron un paquete (60 sobres) de micronutrientes</p>	<p>Todos los países contaban con Sistemas rutinarios de información de salud (SRIS) encargados de capturar la producción de servicios.</p> <p>La información proporcionada por los SRIS no siempre es fidedigna u oportuna. Todos los países llevan registros médicos pero la fiabilidad de la información es irregular y no se cuenta con sistemas que permitan analizar o tomar acciones sobre dichos registros.</p>	<p>Se mejoraron los SRIS mediante la adición de nuevos indicadores que permitieran dar cuenta de nuevas intervenciones. La calidad y oportunidad de los datos aumentaron gracias al apoyo proporcionado por la ISM, el cual incluyó herramientas para el análisis y la toma de decisiones.</p>	<p>Las encuestas de hogares permitieron dar cuenta de la población cubierta por las intervenciones clave en salud.</p>
<p>Utilización por la población</p> <p>Ejemplo: % de partos institucionales, tasa de prevalencia de anticonceptivos</p>	<p>Se puede estimar usando los datos de los censos más recientes para elaborar denominadores y la producción de los establecimientos de SRIS como numerador. Los denominadores basados en información censal pueden estar obsoletos y también se puede cuestionar la calidad y oportunidad de los datos de SRIS.</p> <p>Las encuestas nacionales de hogares como las DHS (encuestas demográficas de salud) ayudan a determinar la cobertura, pero no se realizan con frecuencia. Algunos países han formado equipos para la elaboración de mapas de hogares a fin de definir a la población objetivo. A menudo ello no coincide con las proyecciones de los censos, por lo que intentar estandarizar estas fuentes puede constituir un gran desafío.</p>	<p>La ISM revisó y comparó denominadores obtenidos de estimaciones censales y censos locales con las metas locales estimadas. La ISM ayudó a los países a ajustar sus metas locales sobre la base de los objetivos de población negociados con la ISM. La ISM proporcionó a los equipos locales herramientas para incluir censos locales en los tableros de control para fines comparativos.</p>	<p>Las encuestas de hogares mostraron la utilización de los servicios por parte de la población.</p>



Tipo de indicador	Fuentes de monitoreo de rutina al interior del país	Fuentes de monitoreo de rutina al interior del país mejoradas gracias al apoyo de la ISM	Fuentes de medición independiente de la ISM
<p>Cumplimiento de las directrices clínicas (calidad clínica)</p> <p>Ejemplo: Partos institucionales en los cuales se administró oxitocina inmediatamente después del nacimiento como parte del Manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP).</p>	<p>Revisión/auditoría de la calidad de los registros médicos, observación directa por los supervisores.</p> <p>Pocos países contaban con herramientas (en Excel) que permitieran recolectar datos limitados relativos al cumplimiento de las directrices clínicas.</p>	<p>La ISM proporcionó AT, herramientas y, en algunos casos, <i>tablets</i> para recopilar datos relativos al cumplimiento de las directrices clínicas que pudieran incorporarse a los tableros de control nacionales.</p>	<p>Revisión de registros médicos</p>
<p>Resultados</p> <p>Ejemplos: % de reducción de la anemia en niños de 6 a 23 meses; (cobertura efectiva)</p>	<p>Ninguno de los países contaba con estos datos en muestras grandes para la población en estudio.</p> <p>Algunas encuestas DHS daban cuenta de la anemia para el 20% más pobre o para el promedio nacional.</p>	<p>La ISM ayudó a los países a identificar indicadores “indirectos” a nivel de producción a fin de darles una idea de cómo se comportaban los indicadores. Por ejemplo, no era recomendable que los países midieran los cambios en la anemia o la seroprevalencia cada 1 o 3 meses, por lo que incluyó indicadores relacionados tales como la distribución y el uso de micronutrientes.</p>	<p>Pruebas biométricas mediante la aplicación de encuestas de hogares.</p>
<p>Indicadores comunitarios (no relacionados con los servicios producidos en los establecimientos de salud).</p> <p>Ejemplos: % de comunidades que cuenta con un plan de mejora del saneamiento y de la calidad del agua; % de centros de salud que han implementado un mecanismo de certificación de los vales de transporte y de las casas maternas.</p>	<p>Ninguno de los países había establecido sistemas para dar seguimiento a indicadores comunitarios tales como la existencia de un plan comunitario escrito. Los países necesitaron informes elaborados luego de visitas de inspección oficiales del Ministerio de Salud para capturar este aspecto.</p>	<p>En el marco de las intervenciones de país, la ISM proporcionó asistencia técnica con el fin de crear sistemas básicos de monitoreo de ciertas intervenciones (p. ej. contrastar el número de vales entregados con el número de vales utilizados).</p>	<p>Verificación de un plan comunitario escrito por parte de expertos.</p> <p>Se examina el agua mediante pruebas de cloración y de coliformes fecales mediante encuestas de hogares.</p> <p>Se verifica el número de vales entregados y efectivamente usados durante la aplicación de encuestas de hogares y de establecimientos de salud en países que cuentan con programas de vales.</p>



Al concluir la primera etapa de la ISM, se percibe a los datos como una herramienta de gran poder. Los datos obtenidos por medio de las encuestas han permitido a los países tener una visión de los pobres que antes no era posible. Ello ha ayudado a catalizar los cambios que han llevado a un mejor desempeño. Mejorar los sistemas de información refuerza las metas que buscan fortalecer los sistemas de salud y que constituyen la preocupación central de la ISM.

Los procesos de monitoreo, evaluación, rendición de cuentas, definición de metas claras, etc. se sostendrán a sí mismos una vez que se institucionalicen al interior del sistema. — Ministerio de Salud de Belice

Tal y como se sugiere en la guía 2009 de la OMS *Systems Thinking for Health System Strengthening*, los sistemas de información pueden ser una de las piezas del sistema de salud con mayor potencial de inclinar la balanza hacia un cambio mayor que abarque todo el sistema, ya que “la ausencia de flujos de información a menudo se identifica como la causa más común de fallas en los sistemas” (Savigny y Adam 2009). El apoyo dado a los países mediante la ISM constituye un paso en la dirección correcta, aunque aún resta mucho por hacer para mejorar la calidad de la información de rutina y el uso de información de salud con el fin de fortalecer el desempeño de los sistemas de salud. Aumentar el flujo de información de calidad a fin de permitir un énfasis sostenido en las políticas y los programas dirigidos a los pobres es la mayor recompensa de la ISM. Tanto los sistemas nacionales como las mediciones independientes han contribuido al mejoramiento del desempeño.

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

Department for International Development. 2014. "Sharpening Incentives to Perform: DFID's Strategy for Payment by Results." London, UK: Department for International Development. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/323868/Sharpening_incentives_to_perform_DFIDs_Strategy_on_Payment_by_Results.pdf.

Eichler, Rena. 2009. *Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls*. Washington, D.C: Center for Global Development.

Ergo, Alex, and Ligia Paina. 2012. "Verification in Performance-Based Incentive Schemes." Health Systems 20/20. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/Verification-in-Performance-Based-Incentive-Schemes1.pdf>.

GAVI. 2014. "Supporting the Introduction of Life-Saving Vaccines Is Not Enough If the Vaccines Cannot Reach the Children Who Need Them." *Health System Strengthening Support*. <http://www.gavi.org/support/hss/>.

Loening, Esther, and Luis Tineo. 2012. "Independent Verification in Results-Based Financing." *OBA Approaches*, May. https://www.gpoba.org/sites/gpoba/files/OBAApproachesNo43RBF_WB_0.pdf.

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.

Naimoli, Joseph F., and Petra Vergeer. 2010. "A Series of Snapshots of Experiences in Verifying Performance Linked to Financial Incentives for Results-Based Financing (RBF) Programs from Selected Countries." Results-Based Financing for Health (RBF). Washington, D.C.: The World Bank. http://www.rbfhealth.org/sites/rbf/files/RBFVerification_at_a_glance.pdf.

Savigny, Don de, and Taghreed Adam, eds. 2009. *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*. Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva, Switzerland: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44204/1/9789241563895_eng.pdf?ua=1.

The AIDSTAR-Two Project. 2011. "The PBF Handbook: Designing and Implementing Effective Performance-Based Financing Programs." Version 1.0. Cambridge, MA: Management Sciences for Health. <http://www.msh.org/sites/msh.org/files/AS-Two-handbook.pdf>.

The Economist. 2014. "Misleading Means: An Alliance of Billionaires and Bureaucrats Makes a Difference." *The Economist*, November 20. <https://www.economist.com/news/americas/21633944-alliance-billionaires-and-bureaucrats-makes-difference-misleading-means?fsrc=rss%7Came>.

The World Bank. 2015. "Program-for-Results: Two-Year Review." 95123. Washington, D.C.: Operations Policy and Country Services, The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/624411468140040506/pdf/951230BR0R2015020Box385454B00OUO090.pdf>.