

No es una iniciativa de cooperación basada en resultados hecha con molde

La experiencia de la Iniciativa Salud
Mesoamérica en el mejoramiento de la
salud de las poblaciones más pobres de
Mesoamérica

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

División de
Protección Social y Salud

NOTA TÉCNICA Nº
IDB-TN-1313

No es una iniciativa de cooperación basada en resultados hecha con molde

La experiencia de la Iniciativa Salud Mesoamérica en el mejoramiento de la salud de las poblaciones más pobres de Mesoamérica

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

Octubre 2017

No es una iniciativa de cooperación basada en resultados hecha con molde /
Ferdinando Regalia, Rena Eichler, Susan Gigli, Mariam Cleason, Roberto Tapia
Conyer, Francisco Javier Gavilanes Hernandez, Daniel Kress, Ethan Wong, Ricardo
Mujica, Miguel Betancourt Cravioto, María Cruz Ciria Matilla, María Cristina Álvarez,
Emma Iriarte, Jennifer Nelson, Paola Zúñiga Brenes, Diego Ríos-Zertuche.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1313)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Medical care-Central America-Finance. 2. Merit pay. 3. Public-private sector
cooperation. I. Regalia, Ferdinando. II. Eichler, Rena. III. Gigli, Susan. IV. Cleason,
Mariam. V. Tapia Conyer, Roberto. VI. Gavilanes Hernandez, Francisco Javier. VII.
Kress, Daniel. VIII. Wong, Ethan. IX. Mujica, Ricardo. X. Betancourt Cravioto, Miguel.
XI. Ciria Matilla, María Cruz. XII. Álvarez, María Cristina. XIII. Iriarte, Emma. XIV.
Nelson, Jennifer. XV. Zúñiga Brenes, Paola. XVI. Ríos-Zertuche, Diego. XVII. Banco
Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. XVIII. Serie.
IDB-TN-1313

<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

No es una iniciativa de cooperación basada en resultados hecha con molde

La experiencia de la Iniciativa Salud Mesoamérica en el mejoramiento de la salud de las poblaciones más pobres de Mesoamérica

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





Índice

Introducción	1
Métodos	2
Perspectiva general sobre la Iniciativa Salud Mesoamérica	2
Un nuevo modelo de cooperación que condiciona el financiamiento al logro de resultados y permite a fundaciones y filántropos privados participar activamente en la dirección del proyecto.....	3
¿Qué acciones concretas pone en práctica la ISM para cumplir su objetivo de mejorar la salud de la población más pobre?	6
Lecciones de los primeros años de ejecución	8
Conclusión	11
Financiamiento.....	11
Referencias bibliográficas	12



No es una iniciativa de cooperación basada en resultados hecha con molde

La experiencia de la Iniciativa Salud Mesoamérica en el mejoramiento de la salud de las poblaciones más pobres de Mesoamérica

Ferdinando Regalia¹
Mariam Cleason³
Daniel Kressⁱⁱⁱ
Miguel Betancourt Cravioto^{iv}
Emma Iriarte^{6*}

Rena Eichler²
Roberto Tapia Conyer⁴
Ethan Wongⁱⁱⁱ
María Cruz Ciria Matilla^v
Jennifer Nelson^{vi}
Diego Ríos-Zertuche^{vi}

Susan Gigliⁱ
F. J. Gavilanes Hernández⁵
Ricardo Mujica^{iv}
María Cristina Álvarez^v
Paola Zúñiga Brenes^{vi}

Resumen

La Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) es una iniciativa única de cooperación basada en resultados que recompensa a los países por el cumplimiento de objetivos de salud en los municipios más pobres de Mesoamérica. Constituida sobre la base de una asociación entre gobiernos y donantes tanto públicos como privados, la iniciativa es un ejemplo a seguir para los filántropos, los equipos de responsabilidad social empresarial y los donantes bilaterales abocados a proyectos de ayuda para el desarrollo que deseen dejar atrás el modelo típico de pago por insumos y optar por un método en el cual los países reciben un pago por haber alcanzado resultados que benefician a las poblaciones más pobres. Este modelo de CBR es posible gracias al apoyo del personal, las relaciones, los sistemas y las capacidades ejecutivas del Banco Interamericano de Desarrollo y de la unidad dedicada a apoyar a los países. Los países se comprometen a cumplir objetivos de desempeño que van desde mediciones de disponibilidad del sistema hasta resultados. La verificación se realiza a través de encuestas independientes de hogares y establecimientos de salud. Cinco de los ocho países participantes en la iniciativa cumplieron los objetivos de la primera etapa y recibieron por ello un pago por desempeño y todos los países registraron mejoras en sus mediciones clave de sus sistemas de salud.

Palabras clave: Cooperación basada en resultados (CBR); financiamiento basado en resultados (FBR); pago por desempeño; financiamiento basado en el desempeño; eficacia de la ayuda; filantropía

Código JEL: I140

¹ Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, DC, EUA.

² Broad Branch Associates, Washington, DC, EUA.

³ Fundación Bill & Melinda Gates, Seattle, WA, EUA.

⁴ Fundación Carlos Slim, Ciudad de México, México.

⁵ Agencia Española de Cooperación Internacional, Madrid, España.

⁶ Iniciativa Salud Mesoamérica, Banco Interamericano de Desarrollo, Ciudad de Panamá, Panamá.

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



Siglas y abreviaturas

FBMG	Fundación Bill y Melinda Gates
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
UC	Unidad de coordinación
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
PIBM	Países de ingresos bajos y medios
SRO	Salas de rehidratación oral
PporR	Programa por Resultados del Banco Mundial
CBR	Cooperación basada en resultados
ISM	Iniciativa Salud Mesoamérica
AT	Asistencia técnica



Introducción

La Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) es una iniciativa única de cooperación basada en resultados (CBR) que articula los esfuerzos de los países y las prioridades de dos filántropos privados – la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación Carlos Slim – y un donante público –el Gobierno de España– con el fin de obtener resultados en materia de salud materna, del recién nacido, del niño y de nutrición en los municipios más pobres de Mesoamérica. En lugar de pagar por insumos y esperar a que se produzcan resultados, como es lo habitual en los modelos de cooperación para el desarrollo, la CBR entrega a los países un pago equivalente a una parte del financiamiento solamente cuando cumplen resultados predeterminados. Las investigaciones que hemos llevado a cabo demuestran que el modelo de CBR de la ISM está fortaleciendo los sistemas de salud y a su vez mejorando la salud de las poblaciones más desfavorecidas. Por su parte, la estructura de gobernanza de los donantes y los acuerdos destinados a entregar apoyo operativo y de ejecución han permitido que la iniciativa logre resultados satisfactorios desde sus inicios. Conforme los países han avanzado a la segunda de tres etapas, la ISM ofrece lecciones para donantes y países que buscan generar valor a partir de sus inversiones en el fortalecimiento de sus sistemas de salud.

Entre los factores a los que se atribuye el éxito de la primera etapa de la ISM se encuentran su estructura de plazos definidos, la forma en que se miden los resultados, el apoyo técnico y un enfoque innovador para los mecanismos de gobernanza. La ISM fue concebida de manera recompensar a los países por la consecución de objetivos relativos a: procesos (p. ej., existencias de medicamentos esenciales a nivel de establecimientos de salud), productos (p. ej., mujeres reciben su primera atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo) y resultados (p. ej., seroconversión tras la vacunación contra el sarampión en niños). En la etapa inicial se recompensó a los países que fortalecieron sus sistemas de manera de prepararlos para cumplir objetivos de productos y resultados en las etapas posteriores. Las mediciones independientes realizadas por un organismo externo, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), permitieron demostrar a los donantes que el financiamiento otorgado está rindiendo frutos concretos e incentivaron a los países a fortalecer sus sistemas de seguimiento y a utilizar información para identificar problemas y fomentar la rendición de cuentas entre los responsables de los resultados. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha cumplido una función crucial como intermediario entre los tres donantes y los países y tanto el personal como los sistemas del banco han facilitado la ejecución de la iniciativa. Los países han recibido apoyo técnico de parte de un equipo especializado radicado en Panamá y asistencia técnica (AT) de dos firmas consultoras y de jefes de equipo del BID. El carácter regional de la ISM también ha facilitado el aprendizaje entre países. Por otra parte, puesto que los resultados alcanzados son de conocimiento de todos sus pares, la reputación cumplió un papel decisivo en los esfuerzos desplegados por los países por alcanzar los objetivos. Finalmente, la gobernanza del comité de donantes comprometió a estos últimos a honrar las reglas y realizar los desembolsos una vez alcanzados los resultados previstos.

El presente documento entrega información general sobre la ISM, la compara con otras experiencias de CBR en el sector de la salud y ofrece lecciones para filántropos, fundaciones, equipos de responsabilidad social empresarial y donantes públicos sobre cómo asociarse a otros donantes y países a fin de utilizar un modelo de CBR para incentivar los resultados en el ámbito de la salud. Las lecciones pueden aportar información útil para otros modelos de CBR y al mismo tiempo ofrecer una nueva perspectiva de cooperación para el desarrollo orientada a los pobres que los países de ingresos bajos y medios (PIBM) podrían explorar.



Métodos

La información utilizada en la elaboración del presente documento proviene de entrevistas realizadas durante los meses de mayo y junio de 2015 a informantes clave y donantes, jefes de equipo del BID, personal de la Unidad de Coordinación de la ISM, proveedores de asistencia técnica contratados por la ISM y funcionarios del Ministerio de Salud a nivel nacional y local. Estos datos cualitativos se complementaron con un análisis de la información contenida en diversos documentos de la ISM. Las entrevistas se centraron en las experiencias tanto positivas como negativas que los entrevistados han tenido con la ISM y su percepción respecto de las medidas de fortalecimiento del sistema, de los efectos indirectos que benefician a las regiones no abarcadas por la ISM, del valor de la AT entregada y del proceso de medición independiente. Los entrevistados entregaron su opinión sobre la ISM en su calidad de iniciativa regional y ofrecieron recomendaciones destinadas a mejorar tanto el modelo como su aplicación.

Perspectiva general sobre la Iniciativa Salud Mesoamérica

Motivados por el deseo de idear un mecanismo de cooperación altamente eficiente para apoyar a los países de Mesoamérica en sus esfuerzos por mejorar la salud de sus mujeres y niños más pobres, la Fundación Bill y Melinda Gates, la Fundación Carlos Slim y el Gobierno de España forjaron una asociación con los ocho países participantes 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.

El objetivo principal de la ISM es mejorar los resultados de salud en los municipios de Mesoamérica que registran la proporción más elevada de hogares en el quintil socioeconómico más bajo. En cada una de las etapas, los gobiernos se comprometen a alcanzar metas negociadas para un conjunto de ocho a 12 indicadores. La primera etapa se concentró en indicadores sobre el grado de preparación para entregar servicios, como son la disponibilidad fiable de productos básicos esenciales. La segunda y la tercera etapas se centran en productos de salud — por ejemplo, que las mujeres den a luz de acuerdo con protocolos internacionalmente recomendados entre los que se incluye el manejo activo de la tercera etapa del parto (Stanton 2009; Jangsten et al. 2011; Rogers et al. 1998) — y en resultados de salud — como una disminución de los niveles de anemia en niños — que son comparables entre países. El cumplimiento de las metas se determina a través de mediciones independientes realizadas por el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (Mokdad et al. 2015). A cada meta cumplida se le asigna un valor de 1 y las que no se cumplen reciben un valor de 0. Los países deben cumplir un 80 por ciento de las metas para poder recibir el pago por desempeño.

Los donantes de la ISM aportan aproximadamente la mitad del financiamiento y el resto proviene de recursos nacionales que en algunos casos se originan en préstamos otorgados por el BID. De cumplirse las metas al concluir cada una de las tres etapas (cada una de las cuales tiene una duración entre 18 y 24 meses), los donantes desembolsan un pago por desempeño equivalente a la mitad del monto aportado por los gobiernos. La única condición que deben cumplir los países para los fondos del pago por desempeño es utilizarlos en el sector de la salud. En otras palabras, como recompensa por la consecución de resultados, los países reciben un pago por CBR equivalente a la mitad de la inversión que ellos realizaron.



En la primera etapa, cinco países recibieron el pago por 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 fase 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 por desempeño.

El BID es el organismo responsable de supervisar la ejecución de la ISM, para lo cual se sirve de su red de representaciones en países y de sus jefes de equipos técnicos que trabajan en forma coordinada con los gobiernos de la región. Una Unidad de coordinación (UC) de la ISM con oficinas centrales en Panamá ofrece apoyo técnico directo a los países y administra los contratos suscritos con dos firmas consultoras que proporcionan AT en áreas tales como sistemas de gestión de productos básicos, sistemas de información, desarrollo y aplicación de políticas y capacitación de personal de salud. En conjunto con los jefes de equipo del BID, la UC especializada hace las veces de intermediario entre los países y los donantes.

Un nuevo modelo de cooperación que condiciona el financiamiento al logro de resultados y permite a fundaciones y filántropos privados participar activamente en la dirección del proyecto

En un afán por maximizar la generación de valor a partir de la cooperación para salud, los donantes se inclinan cada vez más hacia iniciativas que condicionan una parte del financiamiento a la consecución de resultados predefinidos y convenidos (Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido 2014; Banco Mundial 2015). El pago por resultados verificados es bien acogido por los filántropos del sector privado, para quienes el enfoque en resultados es fundamental. Sin embargo, diseñar, ejecutar y apoyar un modelo de CBR exige capacidades que muchos donantes públicos y privados no poseen. Este tipo de modelo requiere de personal y sistemas que se encarguen del diseño de indicadores y negocien metas con los países, ofrezcan apoyo técnico, verifiquen el logro de resultados y realicen los desembolsos. Al aprovechar las estructuras y el personal de una institución multilateral como el BID, la ISM ofrece un modelo reproducible de CBR que puede permitir a filántropos privados, fundaciones, equipos de responsabilidad social empresarial y donantes bilaterales actuar en forma coordinada para realizar el pago por resultados verificados.

Pocas iniciativas de CBR pagan a los países por sus resultados de salud. No obstante, los donantes están ayudando a un número cada vez mayor de PIBM a financiar establecimientos del sector público (Banco Mundial 2015), ONG (Eichler y Ergo 2015; Eichler y Levine 2009), almacenes centrales de suministros médicos (Spisak et al. 2016) y entidades subnacionales (Gertler, Giovagnoli y Martínez 2014). Entre las excepciones están la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI, por sus siglas en inglés) que recompensa a los gobiernos por alcanzar una cobertura rutinaria de la vacuna triple contra la difteria, el tétanos y la tos ferina y de la vacuna contra el sarampión (GAVI 2014) y el Programa por Resultados (PporR) del Banco Mundial, un instrumento que vincula los desembolsos de fondos directamente con la obtención de resultados definidos. (Al 2015, se estima que el financiamiento programado para el sector de la salud asciende a USD 20.000 millones).

El Cuadro 1 ofrece una comparación de los elementos de cada modelo de CBR. Las principales diferencias están relacionadas con los mecanismos de gobernanza de los donantes, la forma en que se realizan las mediciones y se verifican los resultados y la modalidad a través de la cual los países reciben apoyo técnico. Todos ellos tienen por fin último fortalecer los sistemas de salud.



Tanto la ISM como GAVI recompensan la equidad, mientras que el PporR del Banco Mundial hace lo propio sólo cuando los indicadores vinculados al desembolso han sido originalmente concebidos para tales fines.

Si bien todos los países de Mesoamérica tienen políticas de salud donde se enuncia el acceso equitativo a servicios de salud para toda la población (Gobierno de México 2013; Gobierno de Chiapas 2013; Gobierno de Guatemala 2008; Ministerio de Salud de Costa Rica 2010; Ministerio de Salud de Panamá 2010; Ministerio de Salud de Nicaragua 2008; Ministerio de Salud de Belice 2006, 2014; Ministerio de Salud de El Salvador, s/f; Secretaría de Salud de Honduras 2005; Secretaría de Salud de México 2007), persisten las disparidades en los resultados de salud⁴. Tales desigualdades sugieren que es posible que los países deban fortalecer tanto su voluntad política como sus conocimientos para alcanzar las metas definidas respecto del acceso equitativo a servicios de salud. Cuando se dio inicio a la ISM, la medición del desempeño de línea base reveló disparidades mayores a las esperadas entre los países (Mokdad et al. 2015).

Siguiendo el modelo de la ISM, la CBR puede permitir a los PIBM que tienen grupos de ciudadanos sin acceso a servicios de salud beneficiarse de asistencia para el desarrollo. A medida que los países pasan de la categoría de ingresos bajos a la de ingresos medio, la cooperación externa que reciben para programas de salud y la AT que la acompaña tienden a disminuir. Al alentar a los gobiernos a centrar su atención en las poblaciones más pobres y al ofrecerles el apoyo técnico que permita que los países obtengan resultados, el modelo de CBR de la ISM puede proporcionar un valor adicional a la inversión en el corto plazo al mejorar los resultados de salud y a largo plazo al lograr un nuevo equilibrio que combine un mejor desempeño, una mayor voluntad política, el fortalecimiento de los procesos del sistema de salud y un cambio en la cultura del sistema de salud que permita realizar una gestión orientada a resultados, cambiar los comportamientos y exigir la rendición de cuentas de las partes interesadas. La ISM también ofrece lecciones para los estados federados, como es el caso de Brasil e India, sobre cómo condicionar las transferencias del gobierno federal a los estados a la obtención de resultados. El modelo de la ISM puede ser un ejemplo a seguir para los donantes que busquen mejorar las vidas de mujeres y niños puesto que les permitirá orientar su ayuda a las poblaciones más desatendidas.



Cuadro 1: Características de las iniciativas de cooperación basada en resultados de salud

Característica	ISM	GAVI	Programa por Resultados (PporR) del Banco Mundial
Enfoque en la equidad	Sí. Todas las metas recompensadas se alcanzaron en municipios con el número más elevado de hogares en el quintil socioeconómico más bajo.	Sí. Se otorgan recompensas si al menos un 90% de los distritos tiene una cobertura de la vacuna DTP igual o superior a 80%.	Posible, si los indicadores vinculados al desembolso incluyen el enfoque en la equidad.
Modelo de CBR	Tres periodos de ejecución de 18 a 24 meses (aproximadamente 5 a 6 años); 8 a 12 metas vinculadas a procesos, productos y resultados; la recompensa corresponde a fondos no asignados que se deben usar en el sector de la salud y que equivalen a la mitad del financiamiento asignado por el país al logro de resultados en municipios prioritarios.	Cinco años con periodos de ejecución anuales; pago por capitación por vacunas DTP y contra el sarampión adicionales y por mantener la cobertura; los países con mejor desempeño deben cumplir metas adicionales relativas a equidad.	Cierto grado de financiamiento inicial para inversiones. Posteriormente, el financiamiento está condicionado al cumplimiento de “indicadores vinculados al desembolso”.
Fuentes de información sobre desempeño para fines de pago	Encuestas independientes de hogares y establecimientos de salud concentradas en los municipios más pobres. No se basan en sistemas nacionales de información ni en encuestas nacionales de hogares.	Sistemas nacionales de información de rutina más un mínimo de dos encuestas nacionales de hogares realizadas por terceros independientes cada cinco años.	Sistemas nacionales de información que pueden incluir encuestas.
Verificación o medición del desempeño del país para fines de pago	Medición externa realizada por una entidad independiente	Información administrativa del país cuyos resultados no superen las estimaciones de OMS/UNICEF en más de 5 puntos porcentuales, evaluaciones independientes de la calidad de los datos administrativos, encuestas periódicas de hogares. ¹	Los resultados son generados por sistemas nacionales de información y verificados ya sea por entidades independientes o bien por organismos gubernamentales con los cuales no existe conflicto de interés.
Asistencia técnica	Personal y representaciones de país del Banco Interamericano de Desarrollo ofrecen apoyo técnico a los países. Una Unidad de coordinación especializada con oficinas en la región centroamericana ofrece también apoyo técnico. Dos firmas consultoras proporcionan asistencia técnica directa.	GAVI es un mecanismo de financiación. La asistencia técnica es proporcionada por otros asociados para el desarrollo.	Personal y representaciones de país del Banco ofrecen apoyo técnico a los países, fundamentalmente a nivel nacional. La asistencia técnica puede ser financiada a través de préstamos complementarios o híbridos y su gestión es responsabilidad del país.



Característica	ISM	GAVI	Programa por Resultados (PporR) del Banco Mundial
Gobernanza de donantes	Tres donantes que cumplen un rol fiscalizador activo. Todas las decisiones deben ser unánimes.	Un directorio compuesto por 27 miembros aporta comentarios formales para la elaboración de políticas y para la gestión de las operaciones. Las decisiones operativas son responsabilidad del personal de la Secretaría de la iniciativa.	El Banco Mundial aprueba préstamos y su personal técnico es responsable de fiscalizar las operaciones.
Pagos a países	Administrados por el Banco Interamericano de Desarrollo.	Administrados por la Secretaría de GAVI.	Administrados por el Banco Mundial.

¿Qué acciones concretas pone en práctica la ISM para cumplir su objetivo de mejorar la salud de la población más pobre?

La ISM movilizó a actores del sector de la salud de manera que se concentraran en todos los elementos de los sistemas de salud necesarios para obtener resultados en materia de salud materna, del recién nacido y del niño que beneficiaran de manera integral a las poblaciones más pobres. La primera etapa de la iniciativa se centró en el fortalecimiento de los sistemas de salud para preparar el camino para alcanzar metas de productos y resultados de salud durante la segunda y tercera etapas. El fortalecimiento de los sistemas de salud exige grandes esfuerzos de los actores nacionales, los donantes, el BID y la UC.

Se consideró que la gestión por resultados tendría un efecto catalizador que generaría un cambio de mentalidad y promovería asociaciones entre unidades nacionales y niveles nacionales y locales de los ministerios de salud. Los plazos establecidos para alcanzar metas aportaron el elemento de urgencia a las acciones. Se observó como los países pasaban por una serie de etapas en sus reacciones y en su percepción del modelo de CBR de la ISM. En un comienzo, la oportunidad de obtener un pago por desempeño fue vista como una manera curiosa de recibir una recompensa. Una vez que las autoridades nacionales y sus equipos comenzaron a digerir los cambios que era necesario introducir para poder cumplir las metas, empezaron a preocuparse. Luego, tornaron su atención hacia su propio desempeño y cómo este se comparaba con el de sus pares, lo que gatilló un sentimiento de competencia que fortaleció el compromiso de los países con los resultados. En la etapa final, las autoridades nacionales y sus equipos sintieron orgullo por los avances logrados.

La ISM puso en marcha un proceso de evaluación que redundó en planes para sortear barreras en el sistema. Los entrevistados describieron lo arduo que fue el proceso de análisis de los cambios que era necesario introducir para alcanzar cada una de las metas. Fue así como líderes nacionales visitaron comunidades remotas a fin de comprender los desafíos a que debía hacer frente el sistema de salud y fortalecieron los lazos de colaboración con los administradores de salud y los trabajadores locales de salud. Por ejemplo, la mayor parte de los países agregó el uso de zinc a las SRO como parte del tratamiento de la diarrea. No obstante, para lograr que este cambio de política beneficiara a los niños de los municipios pobres fue necesario formular el siguiente proceso con etapas claramente enunciadas a fin de garantizar el seguimiento requerido para prevenir la mortalidad y reducir la malnutrición: 1) promulgar la política; 2) agregar



el zinc al listado de insumos esenciales; 3) realizar la adquisición de zinc; 4) distribuir el zinc en los establecimientos de salud; 5) elaborar lineamientos para los trabajadores de la salud; 6) capacitar a los trabajadores de la salud ; 7) sensibilizar a los hogares y generar demanda; 8) agregar el seguimiento del uso de zinc a los sistemas de información de salud. Para cumplir con cada una de estas etapas fue necesario que personal de los ministerios de salud colaborara con los administradores de salud de cada distrito a fin de permitir que los trabajadores de la salud llegaran a los hogares de su jurisdicción.

Un proceso similar se reprodujo en múltiples intervenciones orientadas a mejorar la salud y reducir la mortalidad y la morbilidad materna, del recién nacido y del niño.

Tanto los países como los donantes consideraron que la UC ha sido fundamental para el éxito de la iniciativa y un elemento central de este nuevo modelo de CBR. La UC hace las veces de intermediario ejecutor de la iniciativa, ofrece apoyo a los países, mantiene informados a los donantes y vela por el buen uso de los recursos aportados por los donantes. La eficacia de la UC radica en un liderazgo sólido, en personal técnico competente y en un sentido de responsabilidad para con los países y los donantes.

El nuevo modelo de CBR hizo crecer el reconocimiento de los países respecto de la AT puesto que esta última estaba íntimamente vinculada a las acciones que llevarían al cumplimiento de las metas de desempeño. La UC puso a disposición de los países un listado de actividades de AT que abarcaba áreas como planificación y gestión de proyectos, fortalecimiento de sistemas de información, mejora de las cadenas de suministro y de frío, capacitación de trabajadores de la salud y compromiso comunitario. Los países valoraron el hecho que se les diera la oportunidad de escoger la AT que más requerían. Los proveedores de AT manifestaron que las contrapartes de países se mostraban más comprometidas que lo usual en proyectos de desarrollo porque el apoyo estaba orientado a alcanzar metas por las que el país debía rendir cuentas. Por su parte, los jefes de equipo del BID valoraron los contratos de carácter general suscritos para la prestación de AT a todos los países de la ISM por los que la UC es responsable puesto que ello garantizó la continuidad de la asistencia, facilitó el aprendizaje y la adaptación de herramientas en los países y redujo los costos de transacción.

Un representante de un Ministerio de Salud hizo el siguiente comentario:

La primera asistencia técnica que recibimos fue relativa a gestión de proyectos. El análisis fue muy distinto del que realizábamos para nuestros demás proyectos. Comenzamos por el plazo de término de todas las actividades y a partir de esa fecha volvimos al principio para determinar las acciones que nos permitirían cumplir ese plazo. Los plazos eran muy específicos y debimos asegurarnos de saber quién era la persona responsable de cada etapa.

La medición rigurosa es uno de los pilares de la ISM. En todas las iniciativas en que el pago está condicionado al logro de resultados es necesario contar con un proceso destinado a medir si se han alcanzado los resultados sujetos a recompensa. Los mecanismos de GAVI y de PporR del Banco Mundial dependen de sistemas nacionales de información que se complementan con encuestas de hogares realizadas de manera periódica y que utilizan una muestra nacional para verificar los resultados autorreportados por los países. Por otra parte, las iniciativas de financiamiento basado en resultados que recompensan a los establecimientos de salud por resultados alcanzados suelen basarse en datos autorreportados y en auditorías realizadas a objeto de verificar dichos reportes. El caso de la ISM es distinto, puesto que la iniciativa mide los resultados a través de un proceso de medición independiente basado en datos primarios entregados por los establecimientos de salud y los hogares de los municipios más pobres. Las



autoridades de salud de los países valoraron tal medición independiente porque la consideraron fiable y aportó los datos que demostraron a los gobiernos que los resultados eran menos satisfactorios que los inicialmente esperados. Los donantes exigieron mediciones independientes que garantizaran que efectivamente se habían alcanzado los resultados por los estaban pagando. Comentario de un líder de equipo del BID:

El enfoque en resultados ha hecho que la gente trabaje en forma distinta porque es evidente que hay fiscalización y que a través de ella se va a saber qué se hizo y cómo se hizo. Mi impresión es que este enfoque ha instado a las partes interesadas a dar prioridad a la implementación de la ISM. Pienso que a nivel nacional la ISM siempre pasa en primer lugar porque se sabe que se deben dar a conocer los resultados y que estos mismos van a ser analizados por el COMISCA, los donantes y por el BID cada tres meses. Todo ello redundará en una medición muy pública y visible de los resultados.

El carácter regional de la ISM ofreció oportunidades únicas de estimular la competencia y el aprendizaje entre países. En cambio, otros modelos de CBR son específicos para cada país. La posibilidad de compartir logros con sus pares de países vecinos y con donantes de renombre mundial motivó a las autoridades de la salud a fortalecer su compromiso político y a llevar a cabo planes para abordar los desafíos del sistema de salud. Así, altos funcionarios de los ministerios de salud participan en una entidad regional, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), donde intercambian información sobre los resultados obtenidos con la ISM. Las entrevistas realizadas con partes interesadas de la ISM a nivel nacional y local demostraron que los incentivos relativos a reputación tienen la misma importancia que los incentivos financieros a la hora de ratificar el compromiso de las altas autoridades de la salud con el fortalecimiento de los sistemas de salud y el logro de resultados destinados a favorecer a las mujeres y los niños pobres de municipios desatendidos.

Los países están aprendiendo unos de otros. Por ejemplo, el Estado de Chiapas y Guatemala aprendieron a utilizar el tablero de control concebido en El Salvador para monitorear la disponibilidad de suministro y de prestación de servicios. Los países han manifestado que las lecciones aprendidas de vecinos con culturas, poblaciones y sistemas similares tienen mayor pertinencia que aquellas que provienen de un país de otra región.

Lecciones de los primeros años de ejecución

En el momento de la elaboración de la presente publicación, todos los países habían concluido la primera etapa y avanzado a la segunda. Esta coincidencia de plazos permitió hacer un balance de lo aprendido durante el diseño y la ejecución con miras a extraer recomendaciones para afinar y potencialmente mejorar este nuevo modelo de CBR.

En la ISM, la innovación no es un elemento nuevo, sino un enfoque que ha permitido que los países alcancen finalmente resultados que por décadas no pudieron lograr. De hecho, son pocas las estrategias nuevas que se introdujeron. La verdadera innovación ha sido considerar todos los elementos del sistema que deberían estar presentes y catalizar el cumplimiento de cada elemento requerido. Los planes nacionales han pasado de ser un anhelo a un sistema operativo. En palabras de un representante de un ministerio de salud:

No se trata de algo completamente nuevo para nosotros, sino de algo que nos permite integrar y avanzar. En otras palabras, lo que siempre debimos hacer, lo que hemos forjado, lo que establecen nuestros programas y lineamientos de trabajo, es decir, lo que se denomina el proceso. La



diferencia radica en que ahora cumplimos con el proceso de principio a fin, cosa que antes no hacíamos.

Los indicadores, las metas y los plazos para lograrlos son la columna vertebral de toda iniciativa de CBR. Antes de iniciar la primera etapa, los países se mostraban en exceso optimistas respecto de lo que podían lograr en el plazo establecido. Los entrevistados de diversos países comentaron que las autoridades nacionales de salud se comprometieron a obtener resultados muy difíciles de alcanzar. Por su parte, tanto los donantes como el BID aprendieron a precisar indicadores y a establecer metas.

La estructura de plazos definidos aplicable a las metas ha sido de vital importancia, puesto que ha mantenido la presión y ha motivado a los países. Así todo, la mayor parte de los entrevistados concuerda con que el plazo inicial de 18 meses es demasiado breve y que 24 meses sería un plazo más factible.

Dada la diferencia en la cantidad y en el contenido de los indicadores utilizados en los países, algunos de ellos debieron cumplir metas más sencillas que otros. La mayor parte de los indicadores constaba de un conjunto de otros indicadores. Por ejemplo, se mejoró la definición del indicador que mide si los establecimientos disponen de existencias de medicamentos e insumos esenciales a través de la introducción de un listado definido de productos básicos y la precisión sobre cómo se medirían las existencias. Habría sido más justo si todos los países hubiesen estado sujetos a la misma cantidad de indicadores, composición y magnitud de las mejoras.

Las metas se fijaron a través de una combinación de medios, entre ellos, una evaluación estadística de tendencias mundiales y locales en las mejoras de cada indicador llevada a cabo por IHME, una revisión de publicaciones internacionales, un análisis de costos y beneficios basado en un modelo elaborado por el BID, cálculos de poder estadístico y consultas con expertos. En los países en que las líneas de base no estuvieron disponibles a tiempo para fijar las metas, se acordaron incrementos de puntos porcentuales de manera de poder determinar las cifras reales de las metas una vez que se conocieran los datos de la línea de base. La medida demostró ser una solución viable. En algunos casos, la ISM modificó metas una vez que se conocieron los datos de la línea de base. Los ajustes fueron esenciales para garantizar la credibilidad y solidez fiduciaria del modelo de CBR de la ISM.

Algunos opinaron que el modelo de “todo o nada” que recompensa a los países que alcanzan una puntuación de 0.8 al cumplir con todos los componentes del 80% de los indicadores era demasiado rígido. Para otros, el modelo mantiene la presión necesaria para que los países se esfuercen por subsanar cada una de sus deficiencias. No obstante, centrarse únicamente en las puntuaciones no permite reflejar las mejoras. Ejemplo de ello es que los tres países que no recibieron el primer pago por resultados registraron un avance sustancial.

Se consideró que la AT era un elemento esencial para ayudar a los países a cumplir las metas dentro de un plazo restringido. Asimismo, el hecho de establecer la UC en un país de la región facilitó la comunicación, la capacidad de respuesta, la colaboración con los países y la coordinación con los jefes de equipo del BID. Especial importancia revistió el hecho de contar con una estructura de operaciones sobre el terreno, dado que la ISM se centra en áreas con la mayor concentración de población pobre, lo que exigió la participación de actores tanto a nivel subnacional como comunitario y de contrapartes del Ministerio de Salud nacional. Comentario de un representante de un donante:



Reconocimos la necesidad de asignar un pequeño monto del presupuesto a asistencia técnica porque estos países no están listos. Sabíamos que desarrollar capacidades tomaría tiempo. También estábamos conscientes de que los países no deberían haber aceptado las metas porque a pesar de que creían que podrían cumplir con ellas, se producirían los retrasos habituales en las adquisiciones, la gestión de la cadena de suministro, etc., y por ende fracasarían. En cierta medida, era posible evitar algunos fracasos. Entonces, ¿para qué dejarlos fracasar si sabemos que se puede evitar?

El mecanismo de gobernanza de los donantes de ISM es único porque cada donante aporta competencias y perspectivas que emanan de su posición estratégica en el sector privado, fundación o sector público. La ISM está dirigida por una Junta de donantes compuesta por representantes de la Fundación Bill & Melinda Gates, de la Fundación Carlos Slim y del Gobierno de España. Cada donante tiene derecho a un voto y las decisiones deben ser unánimes. Algunas decisiones fueron materia de un debate que llegó a consenso, mientras que en otros casos los donantes debieron abandonar su preferencia y aceptar la postura de otro donante. Si bien esta estructura de toma de decisiones plantea retos, los representantes de donantes que fueron entrevistados concuerdan en que las fortalezas superan a las dificultades.

Todos los donantes corresponden a instituciones distintas, con historias, mandatos y actitudes diferentes respecto del riesgo programático. La FBMG tiene interés en aprender cómo una iniciativa de CBR puede mejorar la salud de los más pobres, en parte porque esta institución percibe similitudes entre las poblaciones más pobres de América Central y de otros países. Otro de sus intereses es aprender cómo la iniciativa opera como una asociación público-privada con un mecanismo único de gobernanza y de apoyo a los países. Dado que pertenece al sector privado, la FBMG se orienta hacia resultados. Si bien la fundación es una institución filantrópica que ha alcanzado la madurez, tiene poca experiencia en las donaciones a gobiernos nacionales. En cambio, la Fundación Carlos Slim es un donante menos experimentado pero con fuerte orientación hacia obtener resultados, rentabilidad y conocimiento de la región. Por su parte, como resultado de varias décadas de experiencia en la región, el Gobierno de España tiene una visión a largo plazo cuando se trata de cooperación para el desarrollo. España debió aplicar un cambio de cultura para aceptar el mecanismo de financiamiento condicionado a resultados ya que temía que este último podría entrar en conflicto con los Principios de París sobre la eficacia de la ayuda. Durante el proceso de ejecución de la ISM, los donantes aprendieron y llegaron a un entendimiento común.

La función del BID también era nueva y si bien para los jefes de equipo representó una carga más pesada que la gestión de otros préstamos, las competencias adquiridas están siendo aplicadas al diseño de operaciones del BID en Mesoamérica y en otros países. El personal del BID vivió un cambio en la interacción con contrapartes de países-clientes que dio cabida a un mayor diálogo sobre políticas y debates orientados a la acción y a los resultados. El proceso de trabajar en forma conjunta con los países para diagnosticar barreras en el sistema y elaborar planes destinados a sortear tales barreras y así cumplir las metas de ISM optimizó el diseño del proyecto y mejoró las capacidades de supervisión de los jefes de equipo del BID. Además de motivar el logro de resultados a nivel de país, la ISM promueve cambios en la forma en que el BID opera en el sector.

Este artículo describe la experiencia de la ISM durante su primera etapa, sin embargo, no prevé si los positivos resultados obtenidos se repetirán durante la segunda y tercera etapas. Resulta alentador ver cómo se ha mejorado la estructura para llegar a las poblaciones más pobres, pero solo el tiempo dirá si ello se traducirá en mejores resultados.



Hay buenas razones para sentirse optimista y esperar que se mantengan algunos de los cambios impulsados por la ISM. Todos los gobiernos han promulgado políticas que tienen efectos en todo el país, como son los suplementos de micronutrientes y SRO y zinc para tratar la diarrea, que es probable que continúen. Se ha fortalecido una gran cantidad de procesos del sistema de salud, como la planificación, las adquisiciones al interior de los ministerios de salud, la distribución y la gestión de la cadena de suministros que también es probable que se mantengan. También parece probable que continúe el fuerte énfasis que la iniciativa ha dado al monitoreo, los datos y las herramientas de seguimiento, en especial en países que han realizado importantes inversiones para mejorar sus sistemas de información. Por ejemplo, con el apoyo de la ISM casi todos los países se encuentran elaborando sistemas de información con el fin de realizar el seguimiento de la disponibilidad de productos básicos. Los programas que podrían verse descontinuados a largo plazo son aquellos que dependen de financiamiento permanente, como los programas de apoyo para el transporte de mujeres embarazadas. No se tiene certeza de si los países conservarán su compromiso de garantizar existencias completas de medicamentos esenciales, vacunas y suministros a establecimientos de salud en municipios pobres. Tampoco es posible prever si los retos relativos a los sistemas nacionales de adquisiciones que van más allá de los ministerios de salud obstaculizarán el progreso del sector de la salud. Algunos entrevistados plantean que los ciudadanos ejercerán presión sobre sus gobiernos para que continúen entregando el mismo nivel de apoyo a los servicios de salud que el que estaban acostumbrados a recibir de parte de la ISM.

Conclusión

Las lecciones aprendidas de la ISM pueden entregar información útil sobre métodos de CBR a otras regiones y a países de estructura federal. Por otra parte, los mecanismos de gobernanza de los donantes y de ejecución de la SMI pueden servir de orientación a otros grupos de filántropos interesados en integrar los resultados al método a través del cual entregan asistencia para el desarrollo. Desde el punto de vista del país beneficiario, la ISM alberga grandes promesas al fijar metas que deben cumplirse dentro de un plazo determinado, ofrecer una recompensa financiera por dicho cumplimiento, entregar apoyo técnico que permite a los países fortalecer sus sistemas y afianzar el compromiso político al suscitar el interés de los altos dirigentes del país. Esta publicación se centra en la primera etapa de la iniciativa, sin embargo, serán los resultados de la segunda y la tercera etapas los que revelarán todo el potencial de la ISM como nuevo modelo de ayuda para el desarrollo.

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

- Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido. 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 y Alex Ergo. 2015. "Using Performance-Based Incentives to Enhance Effectiveness of Philanthropic Giving: Lessons from a Process Evaluation." Unpublished manuscript. Washington, D.C.
- Eichler, Rena y Ruth Levine. 2009. *Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls*. Washington, D.C: Centro para el Desarrollo Global.
- 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/>.
- Gertler, Paul, Paula Giovagnoli y Sebastián Martínez. 2014. "Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina's Plan Nacer." Policy Research Working Paper 6884. Washington, D.C.: Banco Mundial.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/910221468002421288/pdf/WPS6884.pdf>.
- Gobierno de Chiapas. 2013. "Plan estatal de desarrollo: Chiapas 2013-2018." Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.: Gobierno de Chiapas, México.
<http://www.chiapas.gob.mx/media/ped/ped-chiapas-2013-2018.pdf>.
- Gobierno de Guatemala. 2008. "Plan Nacional Para La Salud de Todas Y Todos Los Guatemaltecos." Ciudad de Guatemala, Guatemala: Gobierno de Guatemala, Ministerio de Salud.
http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Salud/Plan%20Nacional%20Salud.pdf.
- Gobierno de México. 2013. "Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018." México, México: Gobierno de México. <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>.
- Jangsten, E, L-å Mattsson, I Lyckestam, A-L Hellström y M Berg. 2011. "A Comparison of Active Management and Expectant Management of the Third Stage of Labour: A Swedish Randomised Controlled Trial: Active versus Expectant Management of the Third Stage of Labour." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 118 (3): 362–69. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02800.x.
- Ministry of Health, Belize. 2006. "Belize National Health Agenda (2007-2011)."
- . 2014. "Belize Health Sector Strategic Plan 2017-2024."
<http://health.gov.bz/www/attachments/article/801/Belize%20Health%20Sector%20Strategic%20Plan%202014-2024-April%202014.pdf>.



- Ministerio de Salud, Costa Rica. 2010. "National Health Plan 2010-2021." San Jose, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud, El Salvador. s/f "Building Hope: Strategies and Recommendations for Health." Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.
- Secretaría de Salud, Honduras. 2005. "Plan Nacional de Salud 2021." Tegucigalpa, Honduras: Secretaria de Estado en el Despacho de Salud.
http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Honduras/08_plan_nacional_2021.pdf.
- Secretaría de Salud, México. 2007. *Estrategia Nacional de Promoción Y Prevención Para Una Mejor Salud*. México, México: Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud. http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia_nacional.pdf.
- Ministerio de Salud, Nicaragua. 2008. "Política Nacional de Salud." Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud, Nicaragua.
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18995es/s18995es.pdf>.
- Ministerio de Salud, Panamá. 2010. "National Health Policy and Strategic Guidelines 2010-2015." Panamá, Panamá: Ministerio de Salud, Panamá.
- 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.
- Rogers, Jane, Juliet Wood, Rona McCandlish, Sarah Ayers, Ann Truesdale y Diana Elbourne. 1998. "Active versus Expectant Management of Third Stage of Labour: The Hinchingsbrooke Randomised Controlled Trial." *The Lancet* 351 (9104): 693–99. doi:10.1016/S0140-6736(97)09409-9.
- Spisak, C., L. Morgan, R. Eichler, J. Rosen, B. Serumaga y A. Wang. 2016. "Results-Based Financing in Mozambique's Central Medical Store: A Review After 1 Year." *Global Health: Science and Practice* 4 (1): 165–77. doi:10.9745/GHSP-D-15-00173.
- Stanton, Cynthia. 2009. "Use of Active Management of the Third Stage of Labour in Seven Developing Countries." *Bulletin of the World Health Organization* 87 (3): 207–15. doi:10.2471/BLT.08.052597.
- Banco Mundial. 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>.
- . 2015. "Projects." *RBFHEALTH*. Accessed October 27.
<https://www.rbfhealth.org/projects>.