



44

REEMBOLSOS BASADOS EN DESEMPEÑO PARA MEJORAR EL IMPACTO: LA EVIDENCIA DE HAITÍ

Rena Eichler, Ph.D., Paul Auxila, John Pollack
Noviembre de 2000



HS-2004

Esta publicación fue producida como parte de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y el Caribe (LAC) del Proyecto Family Planning Management Development (FPMD) de Management Sciences for Health (MSH) en Boston Massachusetts.

El financiamiento para esta publicación fue provisto por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el Convenio Cooperativo número: CCP-A-00-95-00000-02.

Las opiniones expresadas en el presente corresponden a los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	¿POR QUE CONSIDERAR EL REEMBOLSO BASADO EN EL DESEMPEÑO EN PAISES EN VIAS DE DESARROLLO?	3
3.	EXPERIENCIA SELECTIVA CON EL REEMBOLSO BASADO EN DESEMPEÑO EN EE.UU. Y LATINOAMERICA	5
4.	ESTUDIO DE CASO: PROYECTO SISTEMAS DE SALUD HAITI 2004	7
	ANTECEDENTES	7
	DISEÑO DEL REEMBOLSO BASADO EN DESEMPEÑO EN HAITI	9
	<i>Tabla 1: Indicadores de Desempeño y Ponderación Relativa</i>	11
	RESULTADOS	12
	<i>Tabla 2: Resultados del Proyecto de Reembolso basado en Desempeño en Haití</i>	13
	<i>Tabla 3: Bonos Obtenidos</i>	14
	EL FUTURO	14
5.	BIBLIOGRAFIA	15

1. INTRODUCCION

Responsabilizar a las instituciones de salud por sus resultados a través de la vinculación de los reembolsos con el logro de indicadores explícitamente definidos es una estrategia que puede utilizarse para mejorar el desempeño del sistema de salud. En Haití, USAID introdujo un mecanismo de reembolso basado en el desempeño para pagar a las ONGs. En vez del sistema previo que reembolsaba a las ONGs por los costos documentados, se establecieron metas de aumento del desempeño en donde las mismas sean establecidas y se retuvo una porción del presupuesto financiado históricamente recibido por las ONGs. Las ONGs tuvieron la oportunidad de recuperar la cantidad retenida más un bono adicional si se alcanzaban los objetivos de desempeño. Aquí se presentan los resultados de un estudio piloto que involucró a tres ONGs durante un período de un año. Entre los éxitos importantes de la experiencia se encuentran marcadas mejoras en la cobertura de inmunización combinadas con un cambio organizacional. Los incrementos en el desempeño motivados por los incentivos financieros en el esquema de pagos hicieron que USAID decidiera adoptar el desembolso basado en el desempeño como la estrategia de pagos principal para las ONGs en Haití. Este exitoso modelo tiene potencial para ser adoptado por pagadores públicos, donantes y pagadores privado que quieran mejorar el impacto de sus fondos.

2. ¿POR QUÉ CONSIDERAR EL REEMBOLSO BASADO EN DESEMPEÑO EN PAISES EN VIAS DE DESARROLLO?

Los pagadores de servicios de salud en los países en vías de desarrollo habitualmente no han requerido a las instituciones proveedoras de los mismos que garanticen el desempeño. Esta falta de responsabilidad ha contribuido a un pobre desempeño del sistema de salud en aspectos tales como acceso mejorado, niveles de producción, calidad y eficiencia. Los pagadores públicos por lo general financian instituciones públicas movidos por el principio de mantener la capacidad instalada (pago de salarios y costos recurrentes), más que por asegurar que los consumidores reciban realmente servicios en salud de calidad. Existe además un poco de evidencia de que la contratación pública para servicios provenientes del sector privado incluye condiciones que responsabilizan por el desempeño a proveedores con fines y sin fines de lucro. Los donantes han tendido a adoptar prácticas similares a las de los pagadores públicos, ya sea otorgando donaciones en un desembolso general o reembolsando a los pagadores públicos y ONGs por gastos documentados. Los consumidores, que también son pagadores importantes, especialmente para servicios de atención ambulatoria y medicinas, carecen de conocimientos o el poder de compra para responsabilizar a los proveedores por la entrega de servicios de calidad. El resultado es que las organizaciones proveedoras tienden a dedicar energía a obtener fondos más que para mejorar la eficiencia o la calidad del servicio.

La aplicación de esquemas de reembolso basado en el desempeño para desarrollar las instituciones de servicios de salud en el país es motivada por la teoría agente- principal del campo de la economía (Grossman y Hart (83), Rogerson (85)). El pagador es el *principal* que en los sistemas de atención en salud pueden ser el gobierno, los donantes, o un pagador privado como una compañía de seguros. El principal compra servicios de un *agente* que es una institución proveedora de servicios de salud. Debido a que el principal no puede monitorear perfectamente las actividades del agente tiene información menos que perfecta acerca de qué es lo que está comprando realmente. Puede haber preguntas sobre temas tales como si el agente está suministrando servicios de calidad adecuados, sobre si la población meta está siendo realmente atendida, o si los fondos están siendo usados eficientemente. Debido a que el monitoreo intensivo es prohibitivamente costoso, otra opción es diseñar un contrato que brinde incentivos al agente para desempeñarse de la manera en que le gustaría al principal porque esto está a favor de los mejores intereses del agente. El reembolso basado en el desempeño establece indicadores de desempeño explícitos que son valorados por el principal y brinda incentivos financieros a los agentes para lograr metas definidas de desempeño. En contraste con los esquemas de pago predominantes en los países en desarrollo, el reembolso basado en el desempeño puede usarse para alterar incentivos de manera que las instituciones se enfoquen en resultados tales como el mejoramiento de la cobertura de la inmunización o el incremento de conocimiento sobre SRO.

El reembolso basado en el desempeño puede influir sobre la cultura organizacional. En la medida en que el mecanismo de pago hace énfasis en la demostración de resultados, las instituciones proveedoras de salud son motivadas a examinar la manera en que estructuran y organizan el servicio, la manera en que motivan y supervisan el personal, y la manera en que se utilizan los recursos. Las instituciones de salud son inspiradas por el cambio en la política de pago para encontrar maneras innovadoras de alcanzar los resultados por los cuales las recompensan. El incentivo para alcanzar resultados tiene el potencial de transformar a los gerentes y al personal en solucionadores estratégicos de problemas enfocados en la mejora de la calidad del servicio y la eficiencia. Esta transformación motivada por el cambio en el sistema de reembolso contribuye directamente al aseguramiento de la sostenibilidad de las organizaciones proveedoras.

Las nuevas responsabilidades asumidas por los pagadores y las nuevas capacidades requeridas también generan una transformación de las organizaciones pagadoras. Los pagadores deben tener la capacidad de establecer y medir indicadores de desempeño e implementar nuevos procesos de contratación. Tal vez más retador es un cambio en el papel de pagador o auditor pasivo a socio activo. Además de establecer nuevas reglas en los mecanismos de pago, los pagadores pueden escoger ayudar a las instituciones receptoras a lograr mejoras en el desempeño. Esto puede involucrar el brindar asistencia técnica o facilitar el establecimiento de redes de proveedores de manera que las instituciones puedan aprender unas de las otras.

3. EXPERIENCIA SELECTIVA CON REEMBOLSO BASADO EN EL DESEMPEÑO EN LOS EE.UU. Y AMERICA LATINA

A medida que los gobiernos consideran la contratación de servicios de salud al sector privado como una alternativa viable para la prestación pública, existe un creciente interés en los méritos relativos de varios mecanismos de contratación. Los autores han identificado varios documentos que analizan los mecanismos contractuales entre los sectores público y privado en la región de ALC, aunque ninguno ha identificado los mecanismos de pago que ligan el pago con el desempeño. Abramson (1999) examinó casos de estudio en cinco países (Colombia, Costa Rica, Guatemala, Perú, y República Dominicana) y encontró que ninguno de los casos incluían indicadores de desempeño como parte de los términos de los contratos (discusión con el autor). Slack y Savedoff (2000) agruparon 28 contratos públicos-privados de 14 países en la región en categorías que no incluían reembolso basado en el desempeño.

La Comunidad Europea está financiando un estudio de investigación sobre recursos humanos en el sector salud titulado “Gestión del Desempeño del Personal en la Reforma de los Sistemas de Salud”, que está siendo implementado por el Consorcio de Liverpool. Los estudios sobre iniciativas existentes en países desarrollados y en vías de desarrollo (incluyendo Nicaragua, de LAC) informarán sobre el diseño de estudios piloto a ser implementados en cuatro países africanos. El reembolso basado en el desempeño puede formar parte del diseño de estudios piloto. El diseño y los resultados aún no están disponibles.

En México, el IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social) se encuentra en el proceso de diseñar un esquema piloto que incorpora incentivos monetarios basados en los logros de los indicadores de desempeño por parte de los médicos de familia y el personal que labora en las clínicas ambulatorias del IMSS (Pérez-Cuevas 1999). Los indicadores de desempeño incluyen actividades de prevención en salud tales como: cobertura de detección del cáncer cervical, cobertura de inmunización, planificación familiar, cuidado prenatal, y prescripción adecuada de antibióticos para IRA. También se vincularán medidas de calidad institucional al pago por desempeño tal como: ausentismo, mantenimiento de equipo e instalaciones, y tiempo de espera promedio.. Los detalles del diseño, implementación y resultados todavía no están disponibles.

En Nicaragua, el pago basado en el desempeño está siendo implementado en el sector público, el cual recompensa a los equipos por el logro de las metas de desempeño (La Forgia y Cercone 2000). Este esquema fue diseñado para promover una cultura de calidad y eficiencia e incrementar la satisfacción del usuario recompensando los resultados con remuneración. Se han implementado categorías de evaluación que incluyen: producción de servicios y utilización, calidad técnica, satisfacción del usuario, y cobertura en el nivel primario de servicio de salud. Los miembros de cada equipo reciben un salario más un bono monetario si se logran las metas de desempeño. El equipo decide como dividir el bono entre los miembros. Este sistema de bonos de equipo tiene la ventaja de motivar la colaboración y la innovación colectiva, y tiene el potencial de reducir la holgazanería y el robo. Los resultados aún no están disponibles.

Otros países de la región están considerando usar el reembolso basado en el desempeño en el sector público. En El Salvador, el Ministerio de Salud está discutiendo la introducción de contratos de gestión entre el ministerio central y las redes de salud a nivel regional que responsabilizarían al nivel regional por el desempeño. El Ministerio de Salud en Colombia está discutiendo la utilización de modelos reembolso basados en el desempeño para reducir el subsidio de insumos recibido por los hospitales públicos y transformar el pago de manera que coincida con los resultados de desempeño y la demanda. El Ministerio de Salud en Guatemala intenta introducir la contratación basada en el desempeño en su proceso de contrataciones entre el sector público y ONGs que prestan servicios de salud en áreas subatendidas.

Las estrategias usadas por las alianzas de compras de empleadores en los Estados Unidos formaron parte de la inspiración para el diseño del esquema de reembolso basado en el desempeño introducido en Haití y puede contribuir a una política de información tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. La insatisfacción con la calidad incierta y primas de seguro de salud en aumento ha llevado a grupos de empleadores en algunas regiones de los EE.UU. a formar coaliciones de compradores para incrementar el poder de compra y a responsabilizar a los planes de salud por su desempeño. En su calidad de compradores primarios de cobertura de seguro de salud para la población trabajadora y sus familias, los empleadores son una fuerza poderosa en el mercado de salud de los EE.UU. El deseo de los empleadores de controlar los costos de las primas de seguros estimuló el desarrollo de una cantidad de innovaciones del sistema de salud en los EE.UU. tales como atención controlada y estrategias asociadas tales como gestión de enfermedades y gestión de beneficios de farmacia. En la segunda mitad de la década de 1990 algunos grupos de empleadores trasladaron su foco de controlar gastos a enfatizar el *valor* por el dinero (Meyer et al. 1997). Los mecanismos que están usando para estimular un mejor valor son parte de una nueva ola de innovaciones que se originan en el mercado de la salud en los EE.UU. Los compradores de servicios de salud en países en vías de desarrollo pueden aplicar las lecciones aprendidas de estas experiencias estadounidenses para diseñar e implementar compras basadas en desempeño.

El “Pacific Business Group on Health (PBGH)”, una alianza negociadora de diecisiete grandes empleadores en California, arriesgó más de US\$8 millones para lograr mejoras en desempeño medido por satisfacción con planes de salud y médicos, y logro de metas de salud tales como atención prenatal e inmunizaciones para la niñez (Schauffler et al 1990). En 1996, 13 de las más grandes organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO por sus siglas en inglés) que tenían contratos con empleadores PBGH acordaron arriesgar el 2% de sus premios anuales. Si se lograban las mejoras negociadas en los indicadores de desempeño, las HMOs ganaban los fondos retenidos. Si no se lograban las metas, los empleadores se quedaban con los fondos retenidos. Los seis indicadores sobre la calidad de la atención incluyeron operaciones cesáreas, inmunizaciones de la niñez, exámenes de detección del cáncer cervical, exámenes retinales de diabetes, mamografías, y atención prenatal. Los indicadores adicionales abordaban satisfacción de los miembros y servicio al cliente. El desempeño varió ampliamente entre las 13 HMOs. La mayoría sobrepasó las metas sobre satisfacción del cliente, operaciones cesáreas y exámenes de retina de diabetes. El desempeño sobre inmunizaciones de la niñez, mamografías y detección del cáncer cervical fue menos regular. La gerencia de las HMOs respondió a la porción de la prima retenida que tuvo que devolverse aumentando el foco sobre la recolección y monitoreo de datos, e introduciendo iniciativas para asegurar que se alcancen las metas futuras.

El Grupo Consultivo de USAID sobre Mejoras del Desempeño ha formulado un marco para Mejoras del Desempeño que describe pasos claros desde la definición del desempeño deseado, hasta definir las causas raíz del desempeño deficiente, hasta seleccionar e implementar intervenciones para mejorar el desempeño (USAID PICG 2000). La participación de las partes interesadas clave en la identificación de problemas, selección de soluciones, y monitoreo y evaluación de impacto es consideradas como un elemento crítico. El uso de incentivos financieros para motivar el desempeño, combinado con la colaboración de ONGs participantes cabe exactamente dentro de este modelo..

4. ESTUDIO DE CASO: PROYECTO SISTEMAS DE SALUD HAITI 2004

ANTECEDENTES

El Proyecto Sistemas de Salud Haití 2004 (HS-2004) fue adjudicado por USAID a MSH en octubre de 1995 para ayudar a reforzar el sistema de prestación de servicios de salud en Haití con la meta de trabajar para proporcionar a la población acceso a servicios de alta calidad que pudiesen ser sostenidos por recursos técnicos y financieros locales en el futuro. El paquete básico financiado por USAID incluye salud materno-infantil, salud reproductiva y planificación familiar. HS-2004 comenzó en 1995 durante un período difícil en la historia de Haití. Inicialmente, el financiamiento fue “basado en insumos”, o basado en un sistema que reembolsaba a los ONGs por los gastos documentados hasta un techo que, en esencia, era un presupuesto negociado. La visión del proyecto fue de llegar hasta un modelo de financiamiento en fases que fuese “basado en resultados”, o el financiamiento de los servicios (resultados) que son producidos por los ONGs al final del período de cinco años. En vez de reembolsar a los ONGs por sus costos, o “insumos”, este proceso financiaría a dichos ONGs basándose en los resultados que en la realidad producen para la población. El reto era desarrollar un sistema que se mueve hacia lograr las metas del sistema de salud y del proyecto sin imponer requisitos de monitoreo e información excesivamente onerosos.

El proyecto HS-2004 proporcionó financiamiento de USAID a 23 ONGs durante un período de cinco años que inició en 1995. Para el período de cinco años que inicia en el año 2000, la cantidad de ONGs financiadas por el proyecto aumentará hasta por lo menos 33. Bajo el financiamiento basado en insumos, cada año las ONGs envían una propuesta de presupuesto y un plan que indica cómo pretenden asegurar la prestación de un paquete de servicios básicos. Cada mes, se requiere que las ONG envíen informes de costos con el objeto de recibir el reembolso basado sobre los gastos reportados. El reembolso basado en costos requiere de informes mensuales y documentación detallada de los gastos de las ONGs. El pagador, HS-2004, debe mantener sistemas y un equipo de personal que verifica los gastos informados y los reembolsos basados en remisiones mensuales.

El reembolso basado en costos tiene los siguientes problemas:

- Debido a que se reembolsa a las ONGs por todos los gastos reportados, tienen incentivos débiles para ser más eficientes.
- Incentivos débiles para ser más eficientes pueden traducirse en incentivos débiles para mejorar la gerencia y las operaciones.
- Debido a que el pago no está atado a los resultados, el reembolso basado en costos contiene incentivos débiles para extender la cobertura de servicios.
- La falta de orientación hacia resultados también implica incentivos débiles para mejorar la calidad y cantidad clínicas tal como las perciben los consumidores.

Una encuesta realizada en 1997 encontró amplios rangos en el desempeño de los indicadores por el proyecto HS-2004. Por ejemplo:

- Algunas ONGs lograron tasas de prevalencia de anticonceptivos del 25%, mientras que otras lograron menos del 7%.
- Algunas ONGs tuvieron éxito en brindar un mínimo de 2 visitas prenatales al 43% de las mujeres embarazadas en sus regiones, mientras que otras alcanzaron solamente al 21% de este importante grupo meta.
- Una ONG tuvo éxito en asegurar que una partera capacitada atendiese al 87% de los nacimientos, mientras que una ONG con peor ejecución solo logró atender al 53%.

- La cobertura de vacunación varió ampliamente, con el peor ejecutor alcanzando solamente el 7% de la población meta y un buen ejecutor alcanzando el 70%.
- Una ONG aseguró que el 80% de las mujeres conociesen cómo preparar TRO, mientras otra educó solamente al 44%.

Este amplio rango en una muestra de indicadores de ninguna manera se correlacionaba con los costos incurridos por visita.¹ Algunas ONGs con altos costos promedio estimados por visita eran ejecutores relativamente pobres, mientras que otras ONGs de bajo costo lograron metas de desempeño impresionantes. Si bien es claro que las condiciones difieren entre las regiones en Haití, no es tan probable que las grandes diferencias puedan explicarse por condiciones que están completamente fuera del control de los proveedores de servicios de salud. También es claro que una ONG con altos costos promedios por visita y pobres indicadores de ejecución no es eficiente.

Si bien el financiamiento de los servicios prestados reales representa una mejoría sobre la capacidad de financiamiento instalada, en 1999 el proyecto HS-2004 decidió mejorar el paquete más de lo previsto bajo el modelo de financiamiento basado en resultados probando un enfoque innovador que basara el pago en los resultados. Con el objeto de desarrollar la capacidad de las ONGs para tener éxito en un ambiente de financiamiento basado en el desempeño, se proporcionó asistencia para fortalecer la capacidad institucional en áreas tales como gerencia financiera, planificación estratégica, gestión de recursos humanos, flujo de pacientes, y gerencia de fármacos y bienes. Se midieron los indicadores de ejecución y las metas establecidas para facilitar la transformación hacia un sistema orientado a resultados.

El objetivo principal de un modelo de financiamiento basado en el desempeño es la prestación eficiente de servicios de calidad. La estrategia principal es proporcionar incentivos a las ONGs para que presten servicios de alta calidad en una forma que utilicen los recursos lo más eficientemente posible. Para aumentar la cobertura a la población de servicios esenciales y asegurar que la calidad es adecuada, se necesitan indicadores de cobertura y de calidad. Se diseñan incentivos financieros para estimular la innovación y el uso eficiente de los recursos. En vez de abrumadoras remisiones de gastos mensuales, se paga a las ONGs una suma mensual. Al final de un período definido, se miden los indicadores de desempeño y se determina la magnitud del bono. Esta forma de pago posibilita a las ONGs utilizar los recursos eficientemente mientras se enfoca en implementar sistemas de gerencia y motivación del personal que son efectivos para el logro de los resultados. El pagador debe establecer sistemas de contratación, seguimiento y evaluación. Las ONGs que reciben financiamiento de HS-2004 son subcontratistas, no donatarios, lo que implica que ellos están de acuerdo con los términos y condiciones del contrato.

La mejora de la sostenibilidad institucional es una de las metas primarias de HS-2004. Para facilitar el aprendizaje y compartir entre las ONGs haitianas, dicho proyecto facilitó la creación de una red de ONGs locales. Las reuniones regulares estimulan el compartir estrategias, tanto las que tuvieron éxito como las que fracasaron en el difícil ambiente haitiano. El efecto de red permite a las ONGs apoyarse unas a otras (colaboración sur-sur).

El reembolso basado en el desempeño tiene las siguientes ventajas:

- Debido a que las ONGs asumen el riesgo financiero por el logro de mejoras en el desempeño, se enfrentan a incentivos fuertes para mejorar la gerencia, motivar al personal y para innovar.
- Debido a que el pago está basado en el logro de resultados, las ONGs se enfrentan a incentivos para utilizar los recursos eficiente y efectivamente.

¹ Estimadosa amplios de los costos promedio por visita varían desde \$1.35 hasta \$51.93.

El proyecto HS-2004 asume el papel de comprador activo de servicios para la población. Como intermediario y comprador activo, HS-2004 sirve a los intereses de la población haitiana ayudando a asegurar que se proporcionan servicios de calidad accesibles y adecuados. Este papel es similar al de un empleador que compra seguro de salud en los EE.UU. y quiere asegurar que está comprando servicios de alto valor por el dinero para la atención en salud. También es similar a una agencia estatal de EE.UU., Medicaid que compra atención para los pobres o la Administración de Financiamiento de Atención en Salud de EE.UU. que maneja el programa Medicare para las personas mayores. En años recientes, todos estos “compradores” se encuentran en el proceso de transformarse de pagadores pasivos que solamente reembolsan a los proveedores en compradores activos que orientan los cambios en el mercado de la atención en salud. El aumento de la eficiencia de las ONGs que prestan servicios de atención en salud ayudará a elevar la disponibilidad de los servicios adicionales a medida que los recursos se liberan de usos ineficientes y se canalizan para producir servicios adicionales. Este papel de comprador activo tiene el potencial de ser transferido al Gobierno de Haití u otros pagadores en el futuro.

En 1999, tres ONGs participaron en un estudio piloto que cambió los términos de su pago del reembolso basado en costos al pago basado en el desempeño. Los resultados fueron lo suficientemente alentadores como para hacer que USAID recomendara cambiar hacia el pago basado en resultados para todas las ONGs en la red haitiana. El diseño, implementación y resultados del piloto serán presentados.

DISEÑO DEL REEMBOLSO BASADO EN EL DESEMPEÑO EN HAITI

Debido a que se percibió que era importante que las ONGs consideraran el cambio en el pago como algo ventajoso, HS-2004 adoptó un enfoque de colaboración más que de adversario para el diseño, las negociaciones y la implementación. Las ONGs que se observó que tenían la capacidad y el liderazgo organizacional para responder al nuevo sistema fueron invitadas a participar en reuniones en donde se las estimuló a brindar retroalimentación y para expresar sus puntos de vista sobre la participación en el proyecto piloto. Debido a que estas reuniones ocurrieron después de que las ONGs habían firmado contratos con USAID para el año fiscal 1999 (10/98-9/99), las ONGs estarían dispuestas a renegociar los contratos únicamente si creían que un nuevo contrato tendría el potencial de colocarlas en una situación mejorar a la brindada por los contratos actuales. Un resultado de estas reuniones de colaboración fue el acuerdo sobre un modelo que imponía algún riesgo financiero pero que ofrecía la posibilidad de obtener fondos que excedían las cantidades de los contratos con USAID ya firmados.

Las tres ONGs que eligieron participar en el piloto fueron: Centres Pour Le Developpment et la Sante, CDS; Comité Bienfaisance de Pignon, CBP; y Save the Children. Juntas, estas ONGs atienden a aproximadamente 534,000 personas.

Las ONGs participantes acordaron aceptar un nuevo contrato que les pagaría el 95% del presupuesto establecido bajo el contrato existente basado en insumos. Además, las ONGs tenían la posibilidad de recibir un bono que podía igualar hasta un 10% del presupuesto históricamente establecido. Esto implica que las ONGs estaban asumiendo el riesgo financiero asociado con la posibilidad de que podrían no obtener las metas de ejecución y perder el 5% del presupuesto que habrían recibido bajo el contrato original. Las ONGs estaban dispuestas a asumir el riesgo debido a que también enfrentaban la posibilidad de recibir una cantidad adicional equivalente al 5% del presupuesto histórico.

Pago bajo el financiamiento basado en el desempeño:

Sea H= presupuesto histórico bajo financiamiento basado en insumos

Sea P= fondos reales recibidos bajo financiamiento basado en el desempeño

Entonces: $[.95H \leq P \leq 1.05H]$

Se determinaron siete indicadores de desempeño y el logro del aumento meta de cada indicador se asoció con un porcentaje definido del bono total. Cinco indicadores estaban dirigido a la mejra del impacto sobre la salud, uno estaba dirigido al aumento de la satisfacción del consumidor al reducir el tiempo de espera, y uno estaba dirigido a mejorar la coordinación sectorial y la colaboración comunitaria. Cada ONG por separado negoció metas de ejecución para cada indicador. La Tabla 1 presenta los indicadores y sus ponderaciones relativas asociadas con el cumplimiento pleno de cada meta.

Tabla 1:
Indicadores de Desempeño y Ponderación Relativa

Indicador	Ponderación Relativa
Porcentaje de mujeres utilizando TRO para tratar casos de niños con diarrea	.1H
Cobertura total de vacunación para niños de 12-23 meses	.2H
Al menos tres visitas prenatales	.1H
Reducción en el nivel de la tasa de discontinuación de contraceptivos orales e inyectables	.2H
Número de puntos de prestación de servicio institucional con por lo menos 4 métodos modernos de planificación familiar y número de puntos de extensión con al menos 3 métodos modernos	.2H
Reducción en la duración promedio del tiempo de espera antes de brindar atención a un niño (en horas y minutos desde la llegada hasta el inicio de la atención)	.1H
Participación en el Comité Local de Organización en Salud y coordinación con el Ministerio de Salud.	.1H

Puesto que parte de la motivación del esquema de reembolso basado en el desempeño es mejorar la sostenibilidad institucional de las ONGs que proporcionan servicios de salud, se brindó asistencia técnica para mejorar la capacidad organizacional. Las ONGs participantes recibieron asistencia técnica para revisar y reconsiderar sus políticas de precios y para desarrollar un plan para generar ingresos a través de fuentes de servicios que no son de salud. Se proporcionó asistencia intensiva a las ONGs para identificar sus costos unitarios, ingresos y la utilización del personal implementando CORE (Management Sciences for Health, 1999), una herramienta de análisis de costos e ingresos. El propósito de CORE es promover una cultura de toma de decisiones basada en la información al brindar a los gerentes la información necesaria para tomar decisiones gerenciales orientadas a mejorar la eficiencia.

Para asegurar que los indicadores de desempeño representan con precisión la ejecución en cada área de servicio de ONGs, HS-2004 contrató una firma de investigación de encuestas independiente, el Institut Haitien de l'Enfance (IHE), para medir la línea base y los indicadores de desempeño al final del piloto. Las ONGs estuvieron de acuerdo en que había problemas de incentivos asociados al tener que informar las mismas ONGs sus mediciones de desempeño. Puesto que el pago está atado al logro de el desempeño, el incentivo sería aumentar el desempeño para asegurar el bono. La firma encuestadora independiente se vio como neutral con respecto a los incentivos.

IHE siguió la metodología estándar de muestreo por conglomerados recomendada por la OMS (OMS 91) para muestrear hogares en cada una de las áreas de servicio de las ONGs a fin de establecer mediciones de línea base y resultados para el número de niños inmunizados. Se incluyeron tanto las tarjetas de vacunación como los informes de los usuarios de la atención. El porcentaje de mujeres utilizando SRO para tratar diarrea se determinó por entrevistas de salida en instituciones de prestación de servicios con mujeres que llevaron a sus niños a la clínica por razones diferentes a diarrea. La cobertura de las mujeres embarazadas con tres o más visitas prenatales se determinó a través de la revisión de una muestra de los registros médicos. La tasa de discontinuación de contraceptivos orales e inyectables se determinó por la revisión de los registros de planificación familiar para identificar a las mujeres que han discontinuado su uso, no han elegido otro método moderno, y no han indicado un deseo definitivo de tener un hijo. La duración promedio del tiempo de espera se determinó midiendo los tiempos de espera en una muestra de las instituciones a diferentes intervalos de tiempo.

Puesto que en Haití no habido un censo, la población total en cada área de servicio se estimó al multiplicar la población de 1982 por la tasa estimada nacional de crecimiento de la población. Esta cifra es muy imperfecta debido a la movilidad de la población y a la urbanización. Estas cifras de población estimadas para cada ONG forman el denominador.

RESULTADOS

Las ONGs expresaron su apoyo para la continuación del reembolso basado en el desempeño. El cambio de justificar gastos a enfocarse en resultados inspiró a cada organización a preguntarse si sus modelos de prestación de servicios tenían el mejor impacto en la salud de la población y a experimentar con cambios. Ellos respaldaron vigorosamente el aumento de la flexibilidad gerencial y presupuestaria y el aumento de la motivación del personal debido a la posibilidad de que su organización recibiese un bono. Los participantes también notaron el aumento de la atención de parte del personal a los objetivos de la organización y un espíritu de innovación al respecto de cómo lograr estos propósitos. Por ejemplo, algunas informaron mayores esfuerzos para involucrar a la comunidad en tratar de alcanzar las metas de salud. La necesidad de buenos datos e información para tomar decisiones gerenciales fue enfatizada por todos. Durante el transcurso del piloto, se hicieron modificaciones y las lecciones aprendidas fueron compartidas entre el grupo de ONGs del piloto.

Con el objeto de lograr las metas de desempeño, las ONGs se dieron cuenta de que necesitaban una estrategia para motivar al personal para enfocarse en los resultados que la organización era responsable de alcanzar. Dos de las tres ONGs participantes diseñaron e implementaron esquemas de bonificaciones para el personal. Una ONG implementó un esquema de bonificación para los agentes de salud comunitaria, cortando su salario a la mitad y reservando el resto para bonificaciones atadas al desempeño. Después de los pobres resultados de transferir este grado de riesgo al personal con salarios relativamente bajos, incrementaron la proporción fija del pago y redujeron la proporción del pago por bonificaciones. Esta ONG informó que la existencia de algún pago atado a el desempeño fue motivador y mejoró los resultados. Todas las ONGs discutieron la colocación de una proporción del bono institucional en clínicas en sus redes, si se lograba, en base a su desempeño relativo a los indicadores.

La Tabla 2 presenta mediciones de línea base, metas, y los resultados reales para cada ONG participante. Los resultados más impresionantes son los del aumento en la cobertura de inmunizaciones. Todas las ONGs participantes sobrepasaron las metas de desempeño en la cobertura de inmunizaciones sustancialmente. Esto representa un aumento de 6,143 niños en Haití que han sido inmunizados en el año piloto como resultado del esquema de pago basado en el desempeño y representa un total de 14,452 niños inmunizados en las tres áreas de servicio de las ONGs. En dos de cada tres áreas de servicio, aumentó el porcentaje de mujeres utilizando TRO. En dos por cada tres áreas de servicio el porcentaje de mujeres utilizando TRO correctamente también aumentó sustancialmente. El desempeño en visitas prenatales y la reducción de tasa de discontinuación de los anticonceptivos orales e inyectables fue relativamente débil. La disponibilidad de métodos de contracepción modernos aumentó sustancialmente.

Los cambios introducidos por el reembolso basado en el desempeño motivaron a las ONGs a solicitar asistencia en varias áreas clave que fortalecerían y mejorarían la sostenibilidad de sus instituciones. Las áreas de asistencia técnica solicitadas incluyen la planificación estratégica, determinación estratégica de precios, análisis de costos y beneficios, determinación de las percepciones del cliente sobre la calidad del servicio, modelos de organización y utilización del personal, y gestión de recursos humanos.

Tabla 2:
Resultados del Programa Piloto de Reembolso basado en el Desempeño en Haití

		ONG1			ONG 2			ONG 3	
Indicador	Línea Base 9/99	Meta	Resultados 4/00	Línea Base 9/99	Meta	Resultados 4/00	Línea Base 9/99	Meta	Resultados 4/00
Cobertura de Inmunización	40	44	75	49	54	69	35	38	73
3+ Prenatal	32	38	36	49	59	44	18	21	16
Descontinuación de la PF	32	24	43	43	32	30	26	20	12
Utilización de TRO	43	50	47	56	64	50	56	64	86
Correcta utilización de TRO	71	80	81	53	59	26	61	67	74
Instituciones con 4+ PF moderna	6	9	9	2	5	5	0	5	5

El indicador que midió el tiempo de espera no se juzgó como un indicador válido de calidad y se eliminó del esquema. Debido a que la gente viaja grandes distancias para obtener pruebas de laboratorio, ellos elegirían esperar hasta un día entero por los resultados en vez de regresar a casa y viajar nuevamente esa gran distancia. El tiempo de espera promedio relativamente largo en una ONG fue causado por la espera de las pruebas de laboratorio, y fue visto por la población como un indicador de calidad, no como un indicador de mal servicio. Se está elaborando un nuevo indicador de la satisfacción del cliente para la próxima fase.

El bono asociado con el indicador que midió la participación de la comunidad y la colaboración con el ministerio de Salud fue dado a todas las ONGs. Si bien todas las ONGs estuvieron de acuerdo en que la participación comunitaria y la colaboración eran importantes, fue difícil determinar un indicador medible y verificable.

El aumento en la cobertura de inmunización y la disponibilidad de métodos de planificación modernos fueron más fáciles de lograr que reducir la tasa de descontinuación o el asegurar una atención prenatal adecuada. Las ONGs reconocieron que eran necesarios nuevos modelos de educación y atención para lograr estas importantes metas. El enfoque sobre resultados obligó a la gerencia de las ONGs a reconocer que no están logrando los objetivos que están establecidos en la definición de la misión de sus organizaciones. Esta realización inspiró a las ONGs a buscar enfoques más efectivos para brindar la atención y alcanzar a sus poblaciones meta.

Todas las ONGs que participaron en el piloto recibieron más ingresos de lo que hubieran recibido bajo el esquema de financiamiento anterior basado en insumos. La tabla 3 presenta los resultados que muestran que el desempeño fue fuerte pero ninguna de las ONGs alcanzó todos los aumentos de desempeño.

Tabla 3:
Bonos Obtenidos

	Bono obtenido*
ONG 1	90%
ONG 2	70%
ONG 3	80%

* Si el desempeño real estuviese dentro de un intervalo de confianza, la ONG merecía el bono para ese indicador

EL FUTURO

HS2004 incorporará gradualmente cada año ONGs adicionales en el sistema de reembolso basado en el desempeño. El modelo y los métodos de reembolso y apoyo institucional se refinarán a medida que se gana más experiencia y más evidencia sobre el trabajo. Durante el año fiscal 2001 (10/00-9/01) del proyecto se incluyeron cuatro ONGs adicionales. Actualmente se está considerando un modelo para el año fiscal 2002 que reducirá la porción de pago guiada por los presupuestos históricos y cambiará a pagos de capacitación combinados con recompensas por los resultados.

Los resultados indican que los reembolsos basados en el desempeño son una forma poderosa de responsabilizar a las ONGs para lograr resultados. El reto es definir indicadores que sean significativos en términos de impacto en la salud, satisfacción del consumidor y sostenibilidad institucional, y medir y dar seguimiento a los indicadores de una manera que no tenga costos prohibitivos. A través de la colaboración abierta y la cooperación entre el personal de HS2004 y las ONGs participantes, se definirán nuevos indicadores y se formularán mejores procesos para la medición y validación.

Países que consideran la implementación del reembolso basado en el desempeño no deben subestimar los cambios que se requieren tanto por parte de las instituciones que proporcionan servicios de salud como de las organizaciones pagadoras. Los cambios en los sistemas acompañarán cambios en la cultura organizacional de ambos. Si bien estos cambios tienen el potencial de ser positivos en el largo plazo, los costos de ajuste no deben subestimarse.

Puesto que la aplicación del reembolso basado en el desempeño en el campo de la salud es relativamente nueva, todavía hay mucho que aprender sobre el diseño y la implementación. Es necesario que se hagan investigaciones futuras sobre el diseño y la implementación de esquemas de reembolso basados en el desempeño. También se necesita investigación para entender mejor el rango de acciones efectivas que pueden realizarse por parte de las instituciones proveedoras de servicios de salud para lograr mejoras en el desempeño.

5. BIBLIOGRAFIA

- Abramson, Wendy B., 1999, "Public/ Private Partnerships between the Public Sector and Nongovernmental Organizations for Contracting for Primary Health Care Services", Partnerships for Health Reform Project, the Latin American and Caribbean Health Sector Reform Initiative.
- Grossman, S. and O. Hart. 1983. "An Analysis of the Principal Agent Problem." *Econometrica* 51:7-45.
- Kreps, David M. 1990. *A Course in Microeconomic Theory*. Princeton University Press: Princeton, N.J., pp. 577-586.
- La Forgia, Jerry and James Cercone. 2000. "Nicaragua: Incentive Pay System for Health Ministry Workers." Overheads from presentation at the MSH/PAHO/GHC Seminar series, Washington DC, March 14, 2000.
- Meyer, Jack, Lise Rybowski and Rena Eichler. 1997. *Theory and Reality of Value-Based Purchasing: Lessons from the Pioneers*. AHCPR Research Report . Publication no. 98-0004.
- Management Sciences for Health. 1999. *CORE: A Tool for Cost and Revenue Analysis*.
- Perez- Cuevas, Ricardo. 1999. "Family Medicine New Model." Overheads presentation of proposed IMSS pilot.
- Rogerson, W. 1985. "The First Order Approach to Principal-Agent Problems." *Econometrica* 53:1357-68.
- Schauffler, Helen Halpin, Catherine Brown, and Arnold Milstein. 1999. "Raising the Bar: The Use of Performance Guarantees by the Pacific Business Group on Health." *Health Affairs*. 18:2, pp. 134-142.
- Slack, Katherine and William D. Savedoff. 2000. "Public Purchaser – Private Provider Contracting for Health Services in Latin America and the Caribbean: Examples and Implications" Inter-American Development Bank (unpublished manuscript).
- USAID, Performance Improvement Consultative Group, 2000. Overheads from 2000 presentation of Performance Improvement Framework.
- World Health Organization. 1991. *The EPI Coverage Survey*. WHO/EPI/MLM/91.10.

Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe

- 1- Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe. (Español e Inglés)
- 2- LÍNEA BASAL PARA EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS SECTORIALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 3- ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN PARAGUAY (*VERSIÓN PRELIMINAR*)
- 4- CENTRO DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS SOBRE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD. (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 5- INFORME DE RELATORÍA – FORO REGIONAL SOBRE MECANISMOS DE PAGO A PROVEEDORES (LIMA, PERÚ, 16-17 DE NOVIEMBRE DE 1998). (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 6- INDICADORES DE MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD
- 7- MECANISMOS DE PAGO A PRESTADORES EN EL SISTEMA DE SALUD: INCENTIVOS, RESULTADOS E IMPACTO ORGANIZACIONAL EN PAÍSES EN DESARROLLO
- 8- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: BOLIVIA
- 9- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: ECUADOR
- 10- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: GUATEMALA
- 11- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: MÉXICO
- 12- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: PERÚ
- 13- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: REPÚBLICA DOMINICANA (*VERSIÓN PRELIMINAR*)
- 14- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: NICARAGUA
- 15- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: EL SALVADOR (*VERSIÓN PRELIMINAR*)
- 16- HEALTH CARE FINANCING IN EIGHT LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN NATIONS: THE FIRST REGIONAL NATIONAL HEALTH ACCOUNTS NETWORK
- 17- DECENTRALIZATION OF HEALTH SYSTEMS: DECISION SPACE, INNOVATION, AND PERFORMANCE
- 18- COMPARATIVE ANALYSIS OF POLICY PROCESSES: ENHANCING THE POLITICAL FEASIBILITY OF HEALTH REFORM
- 19- LINEAMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE ANÁLISIS ESTRATÉGICOS DE LOS ACTORES DE LA REFORMA SECTORIAL EN SALUD
20. STRENGTHENING NGO CAPACITY TO SUPPORT HEALTH SECTOR REFORM: SHARING TOOLS AND METHODOLOGIES
21. Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud. Informe de Relatoría. (Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999)
- 22- State of the Practice: Public-NGO Partnerships in Response to Decentralization
- 23- State of the Practice: Public-NGO Partnerships for Quality Assurance

-
- 24- Using National Health Accounts to Make Health Sector Policy: Findings of a Latin America/Caribbean Regional Workshop
 - 25- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Contratación de los Servicios de Salud Primaria. Un Documento de Análisis de Experiencias. (Español e Inglés)
 - 26- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Función de las ONG en la Reforma del Sector Salud. (Español e Inglés)
 - 27- Análisis del Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) de Nicaragua
 - 28- Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002
 - 29- La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia, y Bolivia. (Español e Inglés)
 - 30- Orientaciones para Promover la Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
 - 31- Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America
 - 32- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Colombia Case Study
 - 33- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Chile Case Study
 - 34- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Bolivia Case Study
 - 35- La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia
 - 36- Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. (Español e Inglés)
 - 37- Orientaciones para el Mejoramiento de la Factibilidad Política de la Reforma en Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
 - 38- Methodological Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America
 - 39- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case
 - 40- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Chile Case
 - 41- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case
 - 42- Financiamiento del Seguro Social de la Salud: Una Herramienta para la Evaluación del Seguro Social para Decisiones Referentes a las Políticas. (Español e Inglés)
 - 43- Administración de Recursos Humanos: Fortaleciendo Capacidad para Mejorar el Desempeño de la Reforma del Sector Salud y las Organizaciones de Salud. (Español e Inglés)
 - 44- Reembolsos Basados en el Desempeño para Mejorar el Impacto: La Evidencia de Haití. (Español e Inglés)
 - 45- Focalización en Salud: Conceptos y Análisis de Experiencias.
-

- 46- Modernización de la Gestión Hospitalaria Colombiana. Lecciones Aprendidas de la Transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado.

Ediciones Especiales

- 1- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: RESÚMENES DE OCHO ESTUDIOS NACIONALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
- 2- GUÍA BÁSICA DE POLÍTICA: TOMA DE DECISIONES PARA LA EQUIDAD EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Para obtener o ver una copia electrónica de las publicaciones por favor entre a la Página Electrónica de la Iniciativa: HTTP://WWW.AMERICAS.HEALTH-SECTOR-REFORM.ORG y seleccione "Inventario de Productos de la Iniciativa LACRSS"
