

El Manual de Financiamiento Basado en el Desempeño

Diseño e Implementación Efectiva de Programas de Financiamiento Basado en el Desempeño



AIDSTAR-Two
capacity for impact



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



© 2011 Management Sciences for Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Los capacitadores y facilitadores pueden fotocopiar secciones de este manual sin permiso previo, solamente para uso no comercial.

Cualquier traducción o adaptación de esta guía requiere el permiso previo y por escrito de la editorial.

Management Sciences for Health

784 Memorial Drive

Cambridge, MA 02139-4613

Teléfono: 617.250.9500

Fax: 617.250.9090

E-mail: communications@msh.org

Cita Recomendada

El Proyecto AIDSTAR-Two. *El Manual de Financiamiento Basado en el Desempeño: Diseño e Implementación Efectiva de Programas de Financiamiento Basado en el Desempeño.*

Versión 1.0. Cambridge: Management Sciences for Health, 2011.

El financiamiento para esta publicación fue provisto por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el contrato No. GHH-I-00-0700068-00. El Proyecto AIDSTAR-Two es responsable del contenido y éste no refleja necesariamente los puntos de vista de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos (EE.UU.).

Agradecimientos

Este manual representa un esfuerzo colaborativo entre la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del SIDA (PEPFAR), el Proyecto AIDSTAR-Two y Management Sciences for Health (MSH). John Pollock de MSH ha proporcionado el liderazgo técnico con los aportes de Zina Jarrah, Jean Kagubare, Kathy Kantengwa, Angela C. Lee, David Collins, Heather Rafe, Uder Antoine, Bernateau Desmangles, Cedric Ndizeye, Ludwig De Naeyer, Rebecca Bennett y Sarah Johnson. Elizabeth Walsh editó este documento.

Nos gustaría agradecer a Pamela Rao de la Oficina para el VIH/SIDA de USAID, los previos Representantes Técnicos del Oficial de Contratos de USAID para el Proyecto AIDSTAR-Two Christian Fung y Emily Hughes, así como al Representante Técnico del Oficial de Contratos de USAID para el Proyecto AIDSTAR-Two Laurie Rushton, por su apoyo durante la preparación de este manual, así como a Beverly Johnston, Joe Naimoli y Kate Wilson por sus aportes.

MSH administra las donaciones basadas en el desempeño así como los contratos para los servicios de salud a nombre del Gobierno de los Estados Unidos de América (EE.UU.) en diferentes países y proporciona asistencia técnica a organizaciones privadas y agencias de financiamiento con la finalidad de ayudarles a desarrollar e implementar sus propias iniciativas basadas en el desempeño. Esta asistencia incluye el fortalecimiento de su habilidad para administrar donaciones y contratos, estimar el costo de los servicios de salud, establecer tarifas e indicadores de desempeño y mejorar los sistemas para producir información sobre salud, administración financiera y contabilidad.

El Proyecto AIDSTAR-Two, apoyado por USAID y administrado por MSH, inició en octubre de 2008 con la finalidad de fortalecer la capacidad organizacional de los programas y las organizaciones locales de VIH/SIDA así como identificar y compartir las prácticas probadas de programación para el VIH/SIDA con el fin de magnificar el impacto colectivo. El Proyecto AIDSTAR-Two, apoya a las organizaciones no gubernamentales locales (ONGs), las organizaciones de la sociedad civil (OSC), las instituciones del sector público y las redes a nivel regional y nacional proporcionando servicios de VIH/SIDA. El objetivo general del proyecto es contribuir al fortalecimiento y sustentabilidad de las organizaciones responsables de la implementación lideradas por los países. El Consorcio AIDSTAR-Two está compuesto por Management Sciences for Health; International HIV/AIDS Alliance; Cardno Emerging Markets, USA Ltd. (Cardno); Health and Development Africa; Initiatives, Inc.; Save the Children y Religions for Peace. Para mayor información sobre el proyecto, puede visitar **www.aidstar-two.org**.

Índice

AGRADECIMIENTOS	3
ACRÓNIMOS	6
PREFACIO	7
I. INTRODUCCIÓN	8
A. ¿Qué es el financiamiento basado en el desempeño?	8
1. Contratación basada en el desempeño	8
2. Experiencias de USAID con el FBD: antecedentes breves	9
B. Propósito de este manual	9
II. ANTECEDENTES	10
A. FBD: teoría subyacente	10
1. Pago por productos	10
2. Quién es quién en el FBD: compradores, proveedores y controladores	10
3. El abordaje de sistemas para el FBD	12
4. Actividades de fortalecimiento del sistema	12
B. ¿Por qué el FBD?	13
1. Resultados—impacto sobre la salud.....	13
2. Resultados – gobernabilidad, transparencia y responsabilidad	14
3. Limitaciones	14
4. Oportunidad	15
III. PLANIFICACIÓN	15
A. Cómo seleccionar el tipo adecuado de FBD	16
1. Tipos de FBD	16
a. Lado de la oferta	17
b. Lado de la demanda	18
2. Elementos esenciales para programas de FBD exitosos	19
3. Diseño de sistemas de Monitoreo y Evaluación fidedignos y transparentes	19
4. Implementación del FBD a diferentes niveles del sistema	19
5. Identificación de los flujos de dinero	20
B. Desarrollo de metas	21
C. Elaboración, publicación y adjudicación de una Solicitud de Aplicaciones (RFA) o una Solicitud de Propuestas (RFP) (Gobierno de los EE.UU.)	22
1. Elaboración de la Solicitud de Aplicaciones (RFA) o la Solicitud de Propuestas (RFP) (proceso para seleccionar a la organización responsable de la implementación)	22
2. Definir las metas a ser logradas por la organización responsable de la implementación	22
3. Adjudicación del contrato o donación/convenio cooperativo	23
4. Armonización con otros donantes que implementan programas de FBD	23
5. Establecer un cronograma razonable para implementar el FBD	23

D. Planificación del programa de FBD (Organización responsable de la implementación)	24
1. Mecanismos Institucionales: relación Comprador-Proveedor	24
2. Elementos de motivación	25
3. La selección de indicadores y la modelación del riesgo	26
4. El FBD y la enmienda Tiahrt	26
5. Finalización del programa de FBD	28
E. Determinación de las estructuras de pago (Organización responsable de la implementación)	29
1. Determinación de costos: abordajes y función	29
2. Presupuesto	29
3. Mecanismos de pago	30
4. Establecer los niveles de pago: costos e incentivos	30
F. Elaboración/publicación de una RFA/RFP; adjudicación de un contrato (Organización responsable de la implementación)	31
1. Criterios de selección	31
2. Adjudicación de donaciones o contratos de FBD	31
IV. IMPLEMENTACIÓN	32
A. Asistencia técnica y aseguramiento de la calidad	32
1. Socios coordinadores: el abordaje del equipo extendido (organización responsable de la implementación)	32
2. Gestión	33
3. Planes de negocios	33
B. Monitoreo, validación y verificación de los datos	34
1. Pesos y contrapesos: niveles de control y separación de funciones	34
2. Cómo evitar la distorsión	35
3. Cantidad y calidad	36
4. Sistema de Información Gerencial para la Salud (SIGS)	36
5. Recolectar, compartir, auditar y validar los datos	37
6. Resultados	37
C. Evaluación	39
D. Planificación para lograr un impacto sostenible	39
V. ANEXOS	41
A. Perspectiva General de Programas Selectos de USAID con Elementos de FBD	42
B. Modelo de Indicadores y Cronogramas de Pago: Haití y Ruanda	44
1. Haití.....	44
2. Ruanda.....	45
C. Modelo de un Cronograma de Implementación (Sudan Health Transformation Project-II)	47

Acrónimos

ADE	Asistente de Embarazo
ADS	Sistema Directriz Automatizado
AIDSTAR	Proyecto de Apoyo y Recursos Técnicos para el SIDA
AT	Asistencia Técnica
CBD	Contratación Basada en el Desempeño
EE.UU.	Estados Unidos de América
FAR	Regulaciones Federales para las Adquisiciones
FBD	Financiamiento Basado en el Desempeño
FBR	Financiamiento Basado en los Resultados
FM	Fondo Mundial
GR	Gobierno de Ruanda
MDM	Metas de Desarrollo del Milenio
ME	Memorando de Entendimiento
MSH	Management Sciences for Health
M&E	Monitoreo y Evaluación
ONG	Organización No Gubernamental
OR	Organización Religiosa
OSC	Organización de la Sociedad Civil
PBD	Pago Basado en el Desempeño
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del SIDA
PF	Planificación Familiar
RFA	Solicitud de Aplicaciones
RFP	Solicitud de Propuestas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIGS	Sistemas de Información Gerencial para la Salud
SIS	Sistemas de Información sobre Salud
SR	Salud Reproductiva
TCE	Transferencia Condicional de Efectivo
TCS	Trabajador Comunitario de Salud
TD	Director Técnico
USAID	Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Prefacio

EL FINANCIAMIENTO BASADO EN EL DESEMPEÑO (FBD) es un medio poderoso para mejorar la calidad y aumentar la cantidad de servicios de salud proporcionando incentivos a los proveedores con la finalidad de mejorar su desempeño y lograr resultados. En apoyo a las Metas de Desarrollo del Milenio, PEPFAR, la Iniciativa de Salud Global (Global Health Initiative (GHI)) y otras iniciativas de salud importantes, el FBD puede incrementar el uso y mejorar la calidad de los servicios de salud, estabilizar o reducir los costos de estos servicios, ayudar a utilizar los recursos limitados de manera efectiva y mejorar la motivación y la moral del personal, lo que constituye un incentivo probado para retener al personal.

En el entorno actual de desarrollo dinámico – en el que las instituciones gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil a nivel local proporcionan servicios de salud, el crecimiento de las asociaciones multisectoriales complejas, la descentralización de las funciones de salud pública y la apropiación de los países sobre los servicios de salud así como otros servicios – las organizaciones y países a través de todo el mundo están utilizando con mayor frecuencia el FBD para lograr mejoras en las áreas de salud y desarrollo. El FBD vincula el financiamiento de una organización con el logro de las metas acordadas y puede incluir incentivos si la organización supera dichas metas.

Este manual de FBD fue diseñado para ser utilizado tanto por los funcionarios responsables del diseño de programas a nivel de las agencias del Gobierno de los EE.UU. a nivel central y de los países así como los entes responsables de la implementación a nivel nacional y local. Esperamos que al presentar esta perspectiva general del FBD tanto desde el punto de vista de los financiadores como de las agencias responsables de la implementación, esto ayude a facilitar el diseño, implementación y evaluación de los programas de FBD que mejoran la prestación de los servicios y crean resultados de salud positivos.

I. Introducción

A. ¿Qué es el financiamiento basado en el desempeño?

El FBD es la transferencia de dinero o bienes materiales de un financiador u otra agencia de apoyo a un receptor, bajo la condición que el receptor adopte acciones medibles y logre una determinada meta de desempeño.¹ Este manual utiliza los programas y servicios de salud como base para esta presentación, pero los principios pueden aplicarse a cualquier sector.

El término FBD se utilizará a través de todo el manual y se considera como sinónimo de “pago basado en el desempeño” (PBD), “financiamiento basado en el rendimiento” (FBR), “financiamiento basado en los resultados” (FBR). Actualmente se está llevando a cabo un debate con respecto a la aplicabilidad de estos términos² así como otros términos relacionados que describen los abordajes basados en el desempeño. Un recurso muy útil que sirve para aclarar el concepto se titula “Financial and Other Rewards for Good Performance or Results, a Guided Tour of Concepts and Terms and a Short Glossary” (Incentivos Financieros y de Otra índole por el Buen Desempeño o los Resultados, un Tour Guiado de los Conceptos y Términos y un Glosario) por Philip Musgrove (Banco Mundial 2010) que se puede encontrar en el siguiente sitio Web: www.rbhealth.org.

El FBD traslada la mayor parte del riesgo financiero del financiador al receptor: el pago (o algunas veces la porción del pago correspondiente al “incentivo por un buen desempeño”) es recibido – o retenido – hasta que los resultados o acciones sean verificadas por el financiador. El pago puede ser de carácter monetario o no monetario y se efectúa al lograr metas de desempeño predeterminadas. Los pagos basados en el desempeño pueden ser destinados a los receptores del lado de la oferta o del lado de la demanda.³

En el **FBD del lado de la demanda**, el financiador proporciona incentivos a los receptores que están directamente relacionados con una acción o resultado. Por ejemplo: los programas de Transferencia Condicional de Efectivo (TCE) en Nicaragua que pagan a las familias por vacunar a todos sus hijos, y programas en la India que proporcionan alimentación a los pacientes con tuberculosis que siguen su régimen de tratamiento y entregan dinero o vales a las nuevas madres por dar a luz con un profesional de salud capacitado.

En el **FBD del lado de la oferta**, el financiador vincula los incentivos para los receptores al logro de resultados predeterminados. Los receptores incluyen las instituciones o individuos de un programa de salud, y estos receptores del lado de la oferta pueden ser instituciones que proveen servicios (clínicas, hospitales) y/o proveedores de servicios de salud de cualquier nivel. Los resultados pueden ser metas de servicios como las tasas de inmunización, los partos asistidos y los índices de calidad, o pueden ser metas del sistema relacionadas con la gestión, como los sistemas de supervisión, el suministro de medicamentos o la eficiencia.

1. Contratación basada en el desempeño

La contratación basada en el desempeño (CBD) es un abordaje del FBD del lado de la oferta que involucra la elaboración de un contrato u otro convenio formal. Dichos contratos o convenios no siempre son parte de otros diseños de programas de FBD. El CBD se refiere al proceso de elaboración

1. Center for Global Development Working Group on Payment for Performance. [Centro de Desarrollo Global, Grupo de Trabajo para los Pagos Basados en el Desempeño].

2. “Paying for Performance in Health: Guide to Developing the Blueprint.” Rena Eichler y Susna De, Health Systems 20/20, Borrador, diciembre de 2008.

3. Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries: A Toolkit. Benjamin Loevinsohn. Banco Mundial, 2008.

de un contrato legal o formal que rija los términos y condiciones de pago. El contrato o convenio debe incluir un conjunto de objetivos e indicadores claros, esfuerzos sistemáticos para recolectar y validar los datos obtenidos de esos indicadores y las consecuencias basadas en el desempeño. Las consecuencias podrían ser incentivos o penalidades para el contratista basándose ya sea en el logro de objetivos predeterminados o en la incapacidad de lograrlos.⁴

2. Experiencias de USAID con el FBD: antecedentes breves

USAID ha apoyado el FBD en una diversidad de proyectos,⁵ incluyendo Haití (SDSH, HAS2007 Y HS2004) y Ruanda (VIH/FBD). Los proyectos en Haití y Ruanda constituyen ejemplos de la implementación del FBD utilizando el apoyo de la Misión de USAID (tanto financiero como para adaptaciones de políticas) junto a la asistencia técnica (AT) de agencias de cooperación. Los proyectos en ambos países han tenido éxito en emplear modelos de FBD bastante diferentes. Haití tuvo éxito debido a la innovación del sector salud a través de las ONGs, en tanto que Ruanda constituye un ejemplo de la implementación del FBD dentro de un abordaje de todo el sector y el marco de la política nacional. En Tanzania, Zambia, Uganda, Ghana, Nigeria, Kenia y Liberia, se desarrollaron planes para la implementación del FBD, se iniciaron algunos estudios piloto y en algunos países se está avanzando la implementación de varios proyectos con el apoyo de la Misión de USAID, los Ministerios de Salud de cada país así como el apoyo de las agencias de cooperación (refiérase al Anexo A para ver una perspectiva general de los programas de FBD y los donantes que apoyan el FBD).

B. Propósito de este manual

El propósito de este manual es describir la implementación del FBD y ayudar al Gobierno de los EE.UU. a diseñar de manera efectiva programas que incluyan el FBD. El familiarizar a los funcionarios a cargo del diseño de programas y los responsables de su implementación a nivel nacional con los conceptos básicos del FBD y las lecciones aprendidas, permitirá el poder:

- realizar abordajes de FBD como parte del marco general de un proyecto dado
- delinear claramente lo que el Gobierno de los EE.UU. podría determinar mejor y lo que podría ser delegado para que la agencia responsable de la implementación efectúe una propuesta
- convocar a una presentación de propuestas que se enfoquen en una gama apropiada de abordajes del FBD con mayores conocimientos y una mejor comprensión del FBD
- evitar la especificación excesiva de los abordajes de implementación que podría impedir el éxito del programa

A pesar de que el manual proporciona una perspectiva general del FBD, la sección referente a la implementación se enfoca en el FBD del lado de la oferta, específicamente a través de CBD, las donaciones basadas en el desempeño y los memorandos de entendimiento (ME).

La finalidad de los apéndices del manual es complementar la información contenida en el manual, pero no constituyen una lectura esencial para planificar e implementar un programa de FBD.

4. Ibid.

5. Improving Health Outcomes Through Performance Based Financing. USAID Mini-University. Johannesburg, Sudáfrica, 3 de abril de 2008. John Pollock, con los aportes de Uder Antoine, Paul Auxila, David Collins, Bernateau Desmangles, Rena Eichler, Gyuri Fritsche, Jean Kagubare, Kathy Kantengwa, y Louis Rusa.

II. Antecedentes

A. FBD: teoría subyacente

1. Pago por productos

Los mecanismos de pago tradicionales financian las actividades, mientras que el FBD paga por los resultados/productos. El financiamiento de insumos requiere el pago anticipado por cosas como los salarios, medicamentos, suministros y costos operativos, que en el mejor de los casos da como resultado un vínculo débil entre el financiamiento y los resultados, y los gastos solamente se justifican después de que el pago ha sido efectuado (por ejemplo, a través de auditorías financieras). Pagar por los productos indica que el dinero se paga solamente por los servicios que han sido prestados o las metas que fueron logradas, estableciendo un vínculo directo entre el financiamiento y los resultados u otras medidas de desempeño.⁶

Al implementar contratos basados en el desempeño, el alcanzar los resultados y las metas de desempeño acordadas es de suma importancia. Los administradores en los establecimientos que prestan servicios diseñan sus propias estrategias para lograr sus metas, de modo que el pago de incentivos recompensa la creatividad y la innovación. Este es un abordaje que empodera sin tener un involucramiento directo, lo cual algunas veces es conocido como la “caja negra.”⁷ Se puede penalizar a los proveedores de servicios si no logran las metas; como el nombre FBD sugiere, solamente se recompensa el desempeño.

2. Quién es quién en el FBD: compradores, proveedores y controladores

El FBD está basado en la teoría económica de comprador-proveedor, es decir, la idea de que los intereses del comprador (una organización, institución o individuo que contrata a otro para que realice una tarea) y el proveedor (la organización, institución o individuo contratado por el mandante) puede alinearse de tal manera que ambas partes se beneficien u obtengan utilidades de la relación contractual. Para una implementación exitosa del FBD, los intereses de ambas partes deben alinearse—ambos deben tener los mismos objetivos (es decir metas de desempeño).

En el FBD, el mandante es el comprador—la parte que establece metas y compra resultados de los proveedores en áreas geográficas específicas. El agente es el proveedor—responsable de desarrollar estrategias innovadoras e implementar actividades que mejorarán el volumen y la calidad de los servicios y lograr las metas de salud acordadas de una manera eficiente. Puede haber también un controlador intermediario entre estas dos partes que establece y supervisa la observación de las reglas y regulaciones. Los detalles específicos referentes a los roles y responsabilidades de estas partes se pueden encontrar en la sección III de este manual, a partir de la página 15.

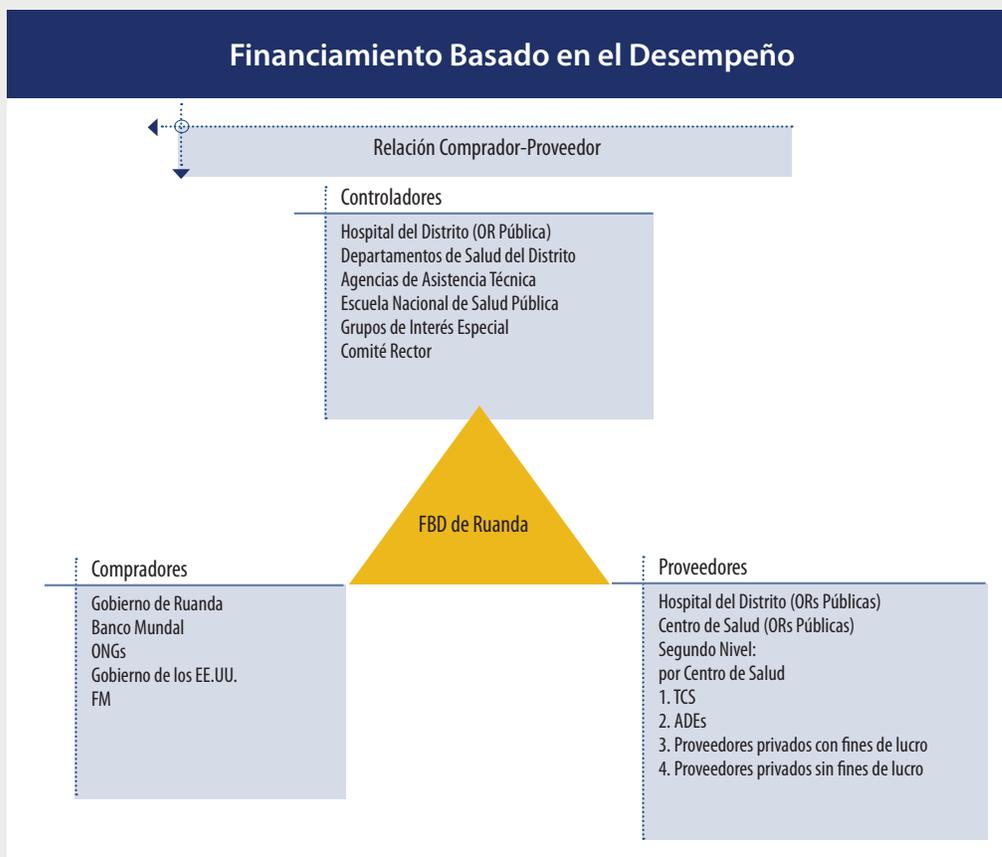
Se muestra en la siguiente página un ejemplo de la relación comprador-proveedor en Ruanda que muestra los diferentes actores que constituyen los compradores, proveedores y controladores.

6. Presentación realizada por el Dr. Louis Rusa, Director de la Célula de Apoyo para el FBD, Ministerio de Salud, Ruanda. “Scaling up Family Planning through Performance- Based Financing in Rwanda.”

7. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. Robert Soeters, Christian Habineza y Peter-Bob Peerenboom. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2006; 84:884-889.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-029991.pdf>

Un ejemplo de la relación Comprador-Proveedor: Ruanda

Los 'compradores' son los que pagan por el servicio. El comprador puede ser una ONG (que actúa como 'tenedor del fondo' o 'mecanismo de paso' para otros donantes así como de comprar con sus propios fondos), el gobierno nacional, el Gobierno de los EE.UU. (a través de las Agencias de Cooperación del Gobierno de los EE.UU.) y los donantes (por ejemplo, el Banco Mundial, el Fondo Mundial). Los 'proveedores' son los establecimientos de salud públicos, administrados por la sociedad civil y las organizaciones religiosas (centros de salud y hospitales). Los controladores son los que controlan el nivel de desempeño. En Ruanda los controladores incluyen a los Equipos de Salud del Distrito que certifican una mezcla de productos en términos de la cantidad y la calidad en los centros de salud y los hospitales; responsables de asistencia técnica que controlan el desempeño de los equipos de salud del distrito y que efectúan controles aleatorios esporádicos en los centros de salud; una agencia de compras, una ONG, que también contrata organizaciones de base para que realicen encuestas a nivel de los pacientes; y encuestas sistemáticas de gran escala encargadas a la Escuela Nacional de Salud Pública. Hay varios niveles y tipos de control que varían desde el control básico en los libros de registro (contando las partidas para verificar las cantidades incluidas en la 'factura') a un muestreo más sofisticado de las partidas en los libros de registro y el seguimiento de los clientes a nivel de la comunidad.



Fuente: Musango, Laurent, Gyuri Fritsche, Cedric Ndzizeye, Ousmane Faye, Apolline Uwayitu, Alex Hakuzimana, Kathy Kantengwa, y John Pollock. 2007. "Provider Payment Mechanisms Using Performance-Based Financing/Performance-Based Contracting, Report on Progress in the Rwanda PRSP from the Government of Rwanda." Ministerio de Salud de Ruanda.

3. El abordaje de sistemas para el FBD

Todos los actores del sistema FBD necesitan un rol claramente definido a su nivel dentro del sistema, así como para sus interacciones con otros niveles. El nivel nacional puede formular las políticas y lineamientos o autorizar el proceso FBD (el rol del controlador), pero la prestación del servicio ocurre a nivel del establecimiento de salud o de la comunidad. El reportaje, validación y verificación de los datos debe ser transparente a todos los niveles, y la información debería fluir en ambas direcciones entre todos los niveles. Por consiguiente la implementación exitosa del FBD en los programas de salud es fortalecida considerando lo que se debe lograr dentro del contexto del sistema.

FINANCIAMIENTO BASADO EN EL DESEMPEÑO: UNA REFORMA DEL SECTOR SALUD CON EFECTOS EN TODO EL SISTEMA



4. Actividades de fortalecimiento del sistema

Un “sistema de salud” incluye a todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir acciones cuya intencionalidad primordial es proteger y mejorar la salud. Un programa de FBD bien diseñado tiene un potencial excelente de producir un impacto positivo sobre el sistema de salud en general. El potencial es particularmente fuerte si el Ministerio de Salud es uno de los socios del programa, pero un programa que trabaja solamente con una red de ONGs puede aún ayudar a fortalecer todo un sistema de salud. El programa de FBD, conjuntamente con la identificación de la meta de mejoramiento de la calidad y el acceso a los servicios de salud en sí, puede encarar los otros bloques de construcción del sistema.

Se puede mejorar el desempeño en los bloques de construcción del sistema de salud— liderazgo y gobernabilidad, prestación de servicios de salud, personal de salud, información, financiamiento de la salud, productos médicos, vacunas y tecnologías y financiamiento —a través del análisis y posteriormente la identificación de los cambios/iniciativas requeridas para prestar los servicios y las intervenciones con una cobertura lo suficientemente alta para lograr las metas de salud específicas. Esto se debe hacer de una manera basada en evidencias y vincular las iniciativas con los impactos del programa. Utilizando el concepto del “botón de control” de William Hsiao⁸—las áreas donde las acciones pueden tener un impacto sobre la integridad del sistema—el programa FBD puede tener un impacto sobre:

- **El financiamiento.** Cambiando la manera de movilizar y asignar los recursos y la forma en la que se

8. Hsiao, W.C. y S. Heller. “What macroeconomists should know about health care policy.” Fondo Monetario Internacional 2007. <http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.cfm?sk=20103.0>

agrupan los riesgos para asegurar la protección contra dichos riesgos.

- **La organización.** Cambiando la manera en la que se organiza el financiamiento y la prestación de servicios dentro de un sistema de salud.
- **Los pagos e incentivos.** Modificando las estructuras de incentivos para los proveedores con la finalidad de moldear el desempeño y la forma en la que los proveedores interactúan unos con otros y con el consumidor.
- **La regulación.** Utilizando el poder del estado para modificar el comportamiento tanto de los individuos como de las organizaciones.
- **Ejercer influencia sobre el comportamiento de la gente y las organizaciones.** Promoviendo innovaciones a nivel de los proveedores para ejercer influencia sobre el comportamiento de las personas y organizaciones.

Adoptar el punto de vista de los sistemas para mejorar el desempeño puede permitir que los interesados aclaren qué problemas deben ser resueltos para poder lograr las metas y además aclarar las causas directas y subyacentes de los problemas. El programa FBD puede usar indicadores comunes diseñados para el monitoreo y la evaluación como un mecanismo para un intercambio cruzado efectivo entre los proveedores, quienes pueden posteriormente ser alentados a compartir las estrategias y abordajes exitosos.

B. ¿Por qué el FBD?

1. Resultados—impacto sobre la salud

TRANSFERENCIA CONDICIONAL DE EFECTIVO (TCE):

Un financiador proporciona efectivo (en lugar de bienes) a hogares pobres y vulnerables identificados condicionado al logro de sus metas definidas (por ejemplo, dar a luz en un establecimiento de salud, hacer vacunar a sus hijos, buscar capacitación, etc.).

La introducción de incentivos (tanto financieros como materiales) en el lado de la oferta y la demanda para la provisión de servicios de salud de calidad, tiene el potencial probado de mejorar los resultados de salud. Los estudios preliminares del impacto de los programas de incentivos financieros en el lado de la oferta y la demanda como la TCE en México, Nicaragua y Colombia indican que ese uso de la TCE está vinculado con una diversidad de resultados de salud mejorados como el mayor uso de servicios de salud a nivel de los hogares, el mejoramiento de

las tasas de inmunización y una reducción en el nacimiento de bebés con bajo peso al nacer.^{9,10,11,12}

Los estudios de impacto que evalúan la CBD presentan una historia similar. Una evaluación de 14 proyectos que suscribieron contratos con los proveedores no estatales en una diversidad de entornos y por una variedad de servicios de atención primaria o nutrición demuestran que la contratación para la prestación de servicios de atención primaria son aparentemente efectivos y las mejoras pueden ser rápidas.¹³ En este estudio, se observaron mayores ganancias cuando las metas de desempeño eran los servicios de salud que requerían cambios de comportamiento limitados o ningún cambio, estaban restringidos por el tiempo, y

9. Rawlings, L and G. Rubio. "Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programs." The World Bank Research Observer 2005. 20(1):29-55. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/1W3P/IB/2007/03/07/000020439_20070307154105/Rendered/PDF/388790PAPER0WBRO0201101PUBLIC1.pdf

10. Barber, S.L. "Mexico's conditional cash transfer programme increases cesarean section rates among the rural poor." European Journal of Public Health, 23 de noviembre de 2009. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/20/4/383.abstract>

11. Barham T, Brenzel L. y John Maluccio. 2007. "Beyond 80%: Are There New Ways of Increasing Vaccination Coverage?" HNP Documento para la discusión. Washington: Banco Mundial. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/BarhamVaccinationCoverageFinal.pdf>

12. Barber, S.L. y P. Gertler. "The Impact of Mexico's conditional cash transfer programme, Oportunidades, on birth weight." Tropical Medicine International Health 2008, 13(11):1405-1414.

13. Loevinsohn B. "Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries: A Toolkit." El Instituto del Banco Mundial 2008, p. 69-81. <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/415176-1216235459918/ContractingEbook.pdf>

podían ser medidos (por ejemplo, inmunización, suplemento de vitamina A y atención prenatal). Los incentivos del lado de la oferta son también efectivos para mejorar la nutrición infantil.¹⁴

El FBD puede también ayudar a fortalecer los sistemas de salud a través del mejoramiento de la calidad de los servicios provistos, mejorando la eficiencia del proveedor/establecimiento de servicios y facilitando el acceso y uso de servicios de salud. Las evaluaciones del FBD para mejorar la calidad de la atención son limitadas, pero los temas y las tendencias están surgiendo en algunos países, incluyendo Ruanda y Haití. En Ruanda, como parte de la estrategia nacional y el enfoque en la calidad de los servicios de salud, los equipos de salud del distrito evalúan la calidad de los servicios prestados por los establecimientos de salud, y se sopesan los niveles de pago basados en el desempeño por estas evaluaciones. Algunos estudios preliminares demuestran que este abordaje para mejorar la calidad es efectivo, ya que las provincias contratantes muestran casi un 30% más alto en la combinación de puntajes de calidad que los establecimientos de salud en las provincias no contratantes.¹⁵

2. Resultados – gobernabilidad, transparencia y responsabilidad

Adicionalmente a los beneficios del FBD sobre los resultados de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud, el FBD puede ayudar a mejorar la arquitectura institucional del sector salud vinculando los gastos de fondos públicos con el desempeño y los resultados validados. En comparación con los mecanismos de financiamiento tradicionales, los incentivos basados en el desempeño alientan y permiten una buena gobernabilidad, transparencia y responsabilidad. En el FBD los indicadores del desempeño y los pagos correspondientes son desarrollados públicamente y se encuentran disponibles; los flujos de financiamiento son identificados y reconocidos públicamente; y los resultados de salud son monitoreados, evaluados y verificados abiertamente.

La capacidad de las personas que trabajan a todos los niveles del sistema se fortalece también al igual que muchas de las habilidades requeridas por los programas de FBD – la administración financiera, el monitoreo y la evaluación (M&E) y la verificación de los datos – pueden ayudar a mejorar el desempeño.

3. Limitaciones

A pesar de que las investigaciones iniciales sean prometedoras, los resultados correspondientes al uso de incentivos financieros vinculados con los resultados de salud y los impactos sobre la salud no son concluyentes en su totalidad. Los estudios de los programas de transferencia de efectivo no condicionados también muestran impactos positivos sobre el estado nutricional.¹⁶ Dicho resultado no es sorprendente en casos como el de la nutrición infantil, en los que ya existe un poderoso incentivo positivo: Dados los recursos, virtualmente todas las madres alimentarán a sus hijos apropiadamente.

Se requieren mayores estudios para determinar los efectos de los incentivos financieros en el mediano y largo plazo y para distinguir el impacto de los incentivos del impacto de las transferencias de efectivo. Existe una gama de afecciones crónicas – como el VIH/SIDA, la diabetes y el asma – que requieren un contacto prolongado y repetido con los proveedores de servicios de salud así como un cambio de comportamiento significativo. El impacto del uso de incentivos financieros para encarar estas condiciones de salud está menos estudiado y se necesita realizar investigaciones adicionales – particularmente respecto al impacto de los incentivos en el largo plazo así como la eficacia de los incentivos sobre el cambio de comportamiento y el manejo de enfermedades crónicas. Sin embargo, la implementación apropiada del FBD sigue siendo

14. Chowdhury, Sadia. 2001. "Educating for Health: Using Incentive-Based Salaries to Teach Oral Rehydration Therapy." Private Sector and Infrastructure Network. Nota 235. Washington: Banco Mundial.
<http://rru.worldbank.org/documents/publicpolicyjournal/235Chowd-072501.pdf>

15. Eichler R, Levine R. y the Performance-Based Incentives Working Group. "Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls." 2009. Center for Global Development.

16. Aguero J, Carter M, e I. Woolard. 2006. "The Impact of Unconditional Cash Transfers on Nutrition: The South African Child Support Grants." Documento de Trabajo. Madison: Universidad de Wisconsin. Se ingresó al sitio Web el 29 de marzo de 2010.
<http://iap.tchpc.tcd.ie:8085/dspace17/bitstream/10611/1781/1/IPCWorkingPaper39.pdf>.

bastante prometedora en lo que respecta a su habilidad para ayudar a incrementar la cantidad y mejorar la calidad de los servicios de salud contratados, lo que da resultados de salud positivos.

4. Oportunidad

Utilizar el desempeño y los resultados como base para evaluar los programas de salud brinda la oportunidad de asegurarse que los programas de salud que se están ofreciendo cubran las necesidades percibidas de la gente y las comunidades a las cuales prestan servicios. Si bien se entiende claramente por qué los servicios de planificación familiar deben ser seleccionados de manera voluntaria, es de igual importancia el que las familias entiendan el alcance completo de que son servicios de salud, por qué son importantes, y cómo acceder a ellos.

Los proyectos de salud ofrecen oportunidades significativas para crear los medios para acceder a los servicios, pero estos también son mecanismos poderosos para reforzar el flujo de información hacia las comunidades, que a su vez, pueden ayudar a desarrollar una mejor comprensión y motivación para acceder a toda la gama de servicios de atención primaria.

III. Planificación

Desde el inicio de la planificación e implementación de un programa de FBD, es aconsejable realizar una evaluación de la situación actual de la estructura, los sistemas y las habilidades disponibles para formar parte de un sistema de FBD. Al considerar cómo atraer nuevos recursos (o reasignar los flujos de recursos existentes) para los esfuerzos destinados a mejorar la prestación de servicios de salud y avanzar hacia la consecución de las metas de impacto, es importante evaluar la situación actual: los puntos fuertes y las debilidades sistémicas y barreras que impiden el avance. Los que tienen intereses en el programa potencial deben estar totalmente comprometidos y tener una comprensión común de las metas del programa. Al considerar el uso del FBD para lograr los resultados, es particularmente importante trabajar con los interesados para llegar a un acuerdo con respecto a los activos del sistema que deberían ser la base de la estrategia de avance o mejoramiento. Por ejemplo:

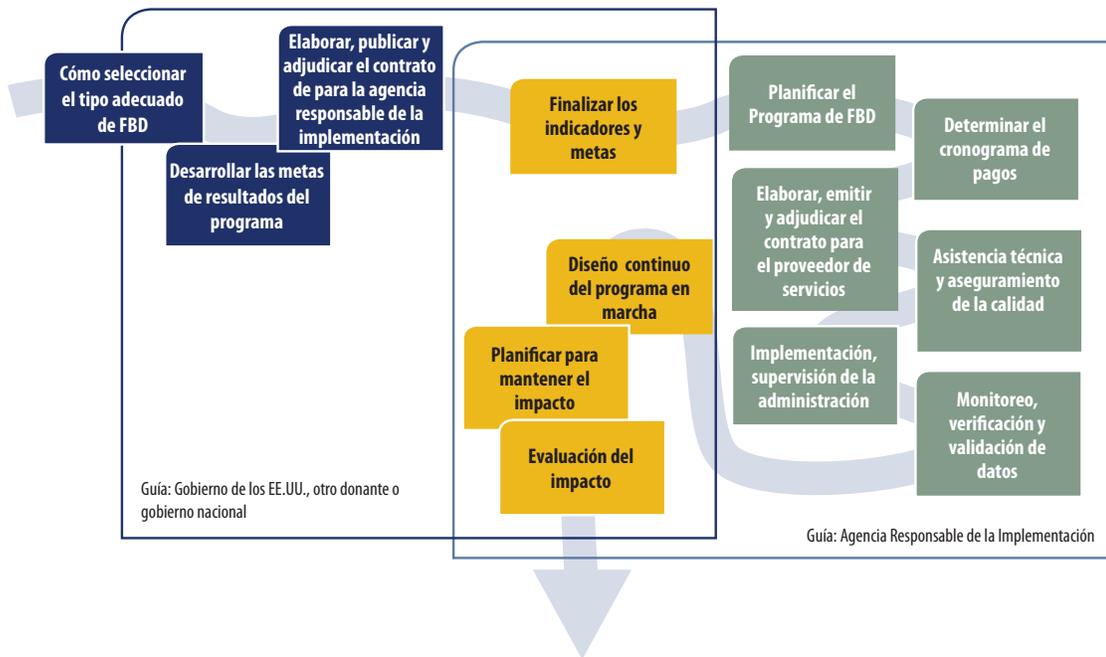
- Si una red de ONGs proporciona colectivamente servicios a la mitad de una población numerosa, probablemente sea beneficioso tratar de involucrar a la red. La contribución de recursos de esa escala puede ayudar a canalizar los recursos financieros con la finalidad de mantener el impacto con mayor efectividad más allá de la vida del proyecto, y mejorar la eficiencia y la calidad. Esto también facilita el establecimiento de normas y estándares de calidad y comunicación y crea oportunidades para el uso positivo de la presión de los pares.
- Si el sector público ha establecido normas o cuenta con un sistema de FBD con las ONGs, es esencial diseñar los flujos de recursos para reforzar la cooperación y la observación de dichas normas.

Al inicio del diseño del programa, casi siempre hay metas y problemas conocidos, inconvenientes, deficiencias de recursos o brechas que deben ser aclaradas. Durante la fase de diseño del proyecto, es útil sostener conversaciones con algunos de los interesados con la finalidad de identificar y articular los temas primordiales. Sin embargo, la articulación de las causas fundamentales de los problemas y las estrategias para resolver dichos problemas deberían ser dejadas a los responsables de la implementación.

El proceso de planificación del FBD comienza con la selección del tipo correcto de FBD por parte del Gobierno de los EE.UU. u otro financiador, el establecimiento de las metas y resultados esperados del proyecto y el desarrollo, publicación y adjudicación de un contrato a una agencia responsable de la implementación o directamente a un Ministerio de Salud del gobierno. Esto continúa con la planificación del programa de FBD por parte de la agencia responsable de la implementación – incluyendo la finalización

de los indicadores y metas– determinando las estructuras de pago/incentivos, suscribiendo un convenio con un proveedor de servicios y colaborando con dicho socio en la implementación, y posteriormente trabajando en coordinación con el Gobierno de los EE.UU. u otro financiador en el diseño continuo del programa, incluyendo la planificación para sostener el impacto. Idealmente una evaluación de impacto forma parte del programa. Este proceso se detalla en el flujograma del FBD abajo.

FLUJOGRAMA DE FINANCIAMIENTO BASADO EN EL DESEMPEÑO



A. Cómo seleccionar el tipo adecuado de FBD

1. Tipos de FBD

Como se dijo en la introducción, el FBD es la transferencia de dinero o bienes materiales por haber adoptado una acción medible o logrado una meta de desempeño predeterminada.¹⁷ El comprador crea las metas y transfiere los incentivos al proveedor si éste cumple las condiciones. La diversidad de mecanismos a través de los cuales puede ocurrir esto se ilustran en el diagrama de la siguiente página. Las dos categorías amplias del FBD son el lado de la demanda y el lado de la oferta, y dentro de cada una de ellas hay varios abordajes. Los programas de FBD pueden ser un híbrido de varios mecanismos diferentes. En cada caso, sin embargo, hay cierta forma de acuerdo entre las dos partes, y la transferencia de incentivos es contingente al logro de una meta u objetivo acordado.

El éxito de una estrategia de FBD depende de los actores y de los niveles del sistema de salud involucrado; la selección de la estrategia correcta comienza con una evaluación de los diversos tipos y modalidades de FBD. Se debe mantener en mente los requisitos de tres elementos principales: el diseño del programa de FBD, la selección del proveedor o los proveedores de servicios y la gestión de los servicios.

17. Center for Global Development Working Group on Payment for Performance. [Centro de Desarrollo Global, Grupo de Trabajo para los Pagos Basados en el Desempeño]

TIPOS DE FBD



Diferentes modalidades de acuerdo son las siguientes:

a. Lado de la oferta

Contratación Basada en el Desempeño (CBD): Según el Gobierno de los EE.UU.,

Un contrato es un documento legal mutuamente vinculante cuyo propósito principal es la adquisición, a través de la compra, arrendamiento o trueque, de propiedades o servicios para beneficio o uso directo del Gobierno Federal, o en el caso de un contrato con un país anfitrión, la agencia del gobierno anfitrión que es el principal signatario del instrumento.¹⁸ Las CBD son contratos legales formalmente documentados que definen los roles, establecen las metas y rigen los términos de pago. Incluyen un conjunto claro de objetivos e indicadores; protocolos sistemáticos para recolectar y validar datos correspondientes al avance logrado hacia la consecución de los indicadores seleccionados; y las consecuencias – ya sea incentivos o penalidades para el contratista – que están basadas en el desempeño.¹⁹

18. USAID Glossary of ADS Terms, 11/19/2009 revision. Acceso en <http://www.usaid.gov/policy/ads/glossary.pdf>

19. Loevinsohn B. "Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries: A Toolkit." The World Bank Institute 2008. <http://siteresources.worldbank.org/INT/HS/Topics/415176-1216235459918/ContractingEbook.pdf>

Donaciones Basadas en el Desempeño: Una subvención o donación es un instrumento legal cuyo propósito principal es la transferencia de dinero, propiedades, servicios o cualquier cosa de valor al receptor para lograr un fin público de apoyo o estimulación autorizado por el Estatuto Federal y en el que no se anticipa la participación sustancial del Gobierno de los EE.UU. Las donaciones basadas en el desempeño se pueden otorgar cuando el receptor ha articulado metas que son consistentes con las metas del comprador, y que a menudo son apropiadas si una organización local no tiene un sistema financiero que satisfaga los requisitos de contratación del Gobierno de los EE.UU. Las donaciones generalmente son otorgadas en montos fijos, pero dichos montos pueden ser segmentados para apuntar a metas específicas. A pesar de que usualmente no es posible dentro del sistema del Gobierno de los EE.UU. pagar incentivos en base al logro de las metas, es posible y razonable utilizar el avance hacia el logro las metas como la base fundamental para las decisiones de realizar rondas adicionales de compromisos de donaciones y los montos a ser comprometidos.

Es bastante simple establecer y administrar las donaciones o subvenciones. Es probable que no inspiren un sentido de pertenencia de manera tan efectiva como los contratos, pero el mecanismo es muy útil cuando ocurren problemas de desempeño o insuficiencias de fondos. Cuando se deben usar donaciones, es crucial contar con un plan claro para la asistencia técnica y el aseguramiento de la calidad que proporcione a la agencia pagadora información temprana y frecuente sobre la situación del beneficiario y el avance logrado hacia la consecución de las metas.

Memorando de Entendimiento (ME): Un ME es un documento que establece un acuerdo entre partes. Puede ser utilizado para cubrir una gama de temas incluyendo los resultados a ser logrados, las actividades a ser implementadas y los respectivos roles y responsabilidades de cada una de las partes. Un ME no se utiliza para obligar fondos para la transferencia. Sin embargo, se puede usar un ME para confirmar un contrato con un gobierno anfitrión respecto a un programa que el Gobierno de los EE.UU. financiará directamente a través de una asociación con otras partes. Puede ser también utilizado como base para administrar los insumos de apoyo que están diseñados para mejorar la capacidad del gobierno local basando las acciones de financiamiento en los resultados logrados, o se puede utilizar en conexión con la alineación de las actividades de los proyectos del Gobierno de los EE.UU. con fondos de contrapartida de los socios del sector comercial o privado, aumentando el compromiso del proyecto con las actividades conjuntas, o proporcionando reconocimiento público al socio que aporta los fondos de contrapartida.

b. Lado de la demanda

Transferencia Condicional de Efectivo (TEC): Las TECs constituyen un método para estimular la demanda de servicios mediante la transferencia de pagos en efectivo a los pacientes o consumidores a condición de que utilicen un servicio especificado. Un programa de TEC puede mitigar la pobreza de los individuos o familias que reciben el efectivo a intervalos regulares y además desarrollar el capital humano (por ejemplo las habilidades, etc.). Las TECs son también útiles para los mercados locales de bienes y fomentan la economía local. Dentro del contexto de un proyecto de USAID, se debe tener mucho cuidado para garantizar que la demanda potencial de transferencias de efectivo no exceda el financiamiento disponible.

Vales o cupones: Los vales constituyen un método de incentivo del lado de la demanda en la que los pacientes o consumidores reciben vales para acceder a los servicios de salud u otros servicios y puede también incluir beneficios indirectos, como dinero para el transporte. Para recibir el pago correspondiente, el proveedor remite los vales al comprador. Estos vales pueden reducir las barreras de acceso a los servicios. Los sistemas de validación deben ser automáticos y, al igual que con las TECs, el diseño del programa debe ser planificado de acuerdo con los recursos financieros disponibles.

2. Elementos esenciales para programas de FBD exitosos

Los elementos esenciales para programas FBD exitosos incluyen:

- metas claramente definidas
- documentación de los roles y responsabilidades de los diversos actores
- transparencia y responsabilidad
- un Sistema de Información sobre Salud (SIS) y un Sistema de Información Gerencial para la Salud (SIGS) funcional
- un sistema sólido de M&E, así como un sistema de auditoría y validación de datos

Adicionalmente, para que los programas de FBD sean exitosos, todos los interesados, incluyendo el gobierno, deben estar disponibles para las consultas y ser transparentes en cuanto al diseño y gestión de los servicios de salud.

Los programas de FBD se apoyan en los sistemas establecidos de M&E o SIGS que sean confiables y eficientes. Por ende, es importante establecer un sistema sólido y efectivo de M&E para la recolección de datos, la verificación de resultados y auditorías periódicas tanto internas como externas. En muchos casos, los SIS y SIGS nacionales son débiles y producen información no confiable; el reto sigue siendo encontrar la mejor manera de integrar el programa de FBD mientras se mejora el sistema existente. Al determinar si existen estos elementos esenciales, es de importancia crítica solicitar aportes de los interesados. Para crear un sistema transparente, los aportes de los interesados deben ser considerados en el diseño del programa de FBD, y se debe lograr la aceptación y apropiación de los mismos. Los roles y responsabilidades de cada interesado deberían estar claramente descritos en el documento del contrato.

3. Diseño de sistemas de Monitoreo y Evaluación fidedignos y transparentes

La validación y responsabilidad son componentes críticos de un sistema de M&E fidedigno y transparente. Cuando se introducen incentivos financieros por los servicios, existe el peligro de que los miembros del personal se sientan tentados a falsificar datos para inflar sus ingresos; un sistema sólido de M&E ayudará a contrarrestar esto.

Se deben incluir los siguientes pasos en el diseño de un sistema de M&E:

- Recolectar datos de línea base en las áreas en las que se están estableciendo las metas y objetivos
- Elaborar un cronograma claro para la recolección de datos (ya sea en los hogares o en los establecimientos de salud) con una evaluación regular de los datos del SIS y SIGS (validación)
- Establecer objetivos con los grupos de comparación/control (si fuese posible)
- Asignar responsabilidad por la recolección, análisis, reportaje y difusión de datos
- Presupuestar fondos suficientes y el nivel de esfuerzo para las tareas de M&E

4. Implementación del FBD a diferentes niveles del sistema

El FBD debe constituir un elemento esencial de un programa nacional, con roles claramente definidos y estableciendo estándares de información y flujo de recursos para cada nivel del sistema. Todos los actores del sistema FBD necesitan un rol claramente definido dentro de su nivel en el sistema, así como para sus interacciones con otros niveles. El nivel nacional o federal puede crear las políticas y guiar el proceso del FBD, pero la prestación de los servicios ocurre a nivel del establecimiento y de la comunidad. La verificación y validación de datos debería ocurrir en todos los niveles y la información debería fluir en ambas direcciones entre todos los niveles.

5. Identificación de los flujos de dinero

El mapeo de los diferentes flujos de dinero significa determinar las fuentes y usos de diferentes flujos de fondos hacia el sistema de salud, y aclarando lo que está funcionando o no en términos del apoyo de recursos a las funciones del sistema. Las fuentes comunes de financiamiento a ser identificadas incluyen, los subsidios de los gobiernos centrales y locales, otros proyectos apoyados por el Gobierno de los EE.UU., otros donantes, así como los reembolsos del seguro, y las tarifas pagadas por los usuarios. Los recursos a ser considerados pueden incluir tanto efectivo como bienes en especie (por ejemplo, medicamentos). En el caso de las tarifas pagadas por los usuarios, es importante comprender las provisiones financieras para los servicios subsidiados o “gratuitos” (vales y exenciones). Es también importante analizar las condiciones aplicadas a las transferencias de fondos a los proveedores (por ejemplo, las metas de desempeño). El mapeo debe incluir un análisis de los usos de los fondos en términos de los tipos de insumos (por ejemplo, medicamentos, salarios) y servicios (por ejemplo, las inmunizaciones).

Este proceso ayuda a los diseñadores de programas a evaluar el impacto probable sobre otros programas o fuentes de financiamiento, el uso eficiente de fondos, así como anticipar los comportamientos probables de los proveedores y pacientes. Comprender estos flujos de recursos permite al diseñador del programa cerrar las brechas con exactitud, construir y asociarse a los esfuerzos existentes que están teniendo un efecto positivo, y evitar la duplicación inadvertida de esfuerzos, la duplicidad del pago por servicios y/o perjudicar el desarrollo del sistema.

La tabla que se encuentra a continuación resume los pasos clave que deben ser considerados tanto por el Gobierno de los EE.UU. como por las organizaciones responsables de la implementación en el momento de lanzar su etapa de planificación, al determinar el tipo de programa de FBD que seleccionarán.

Pasos Clave para el Gobierno de los EE.UU. y la Organización Responsable de la Implementación al Seleccionar el Tipo Correcto de FBD	
Gobierno de los EE.UU.	Organización Responsable de la Implementación
<ul style="list-style-type: none"> Examinar los tipos de FBD e identificar las fortalezas y debilidades de los diferentes escenarios. Articular las metas de implementación de un programa de FBD. Realizar un análisis preliminar de la situación. Identificar a los actores e interesados relevantes en cada nivel del sistema, incluyendo las ONGs y el Ministerio de Salud. Identificar las brechas y debilidades clave. Evaluar las capacidades de M&E, específicamente los SIS y SIGS, como parte del análisis situacional. Identificar las debilidades que deberían ser enfocadas para el fortalecimiento de capacidades o asistencia técnica. Identificar los flujos de dinero para el diseño del proyecto con la finalidad de estimar el presupuesto probable. Esto podría requerir un análisis inicial en la etapa de diseño del proyecto. Se debería incluir en el alcance de trabajo del proyecto una evaluación detallada y se debería incluir los fondos suficientes en el presupuesto. 	<ul style="list-style-type: none"> Examinar los tipos de FBD e identificar las fortalezas y debilidades de los diferentes escenarios. Consultar con los interesados para identificar los temas principales, las causas fundamentales de los problemas y las estrategias para la resolución de los mismos. Evaluar los diferentes flujos de dinero que actualmente están ingresando al país de varios donantes, etc. Finalizar el análisis preliminar de la situación. Identificar las barreras que impiden la implementación exitosa del FBD como parte del análisis situacional y de brechas; desarrollar estrategias para contrarrestar estas barreras. Involucrar desde el inicio a todos los interesados y fomentar la transparencia; esto será crucial para contrarrestar las barreras. Determinar qué mecanismos serían más conducentes para el país y el contexto. Un análisis de los elementos esenciales y las contraindicaciones para la implementación del FBD debería informar la selección del tipo de FBD. Involucrar plenamente a los interesados y actores clave en cada nivel del sistema en la planificación del FBD para asegurar la transparencia.

B. Desarrollo de metas

Un nuevo programa FBD debe alinearse con las metas y estrategias de salud nacionales, las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) y otras metas de salud nacionales. Las metas deben ser claras, con indicadores medibles y deben ser negociadas y estar vinculadas a la rendición de informes transparentes de manera rutinaria así como un sistema efectivo para validar los datos.

El desempeño se mide comparando las metas con los logros. Las metas deben constituir un reto, pero no deben ser prohibitivas. Las metas demasiado altas podrían ser desmotivadoras y contraproducentes; las metas demasiado bajas podrían reducir la innovación y suprimir el crecimiento. De modo que, el establecimiento de valores referenciales constituye un paso crítico en el proceso. Estos valores referenciales pueden provenir de la evaluación inicial de la situación de los socios que prestan servicios si no hay otra manera de obtener los datos esenciales. Adicionalmente, las suposiciones referentes a las estrategias para lograr las metas deseadas deberían ser probadas de una manera lógica antes de establecer las mismas. Por ejemplo, a menudo se supone que una meta de reducción de la mortalidad infantil requiere de un mejoramiento en la prestación de servicios en los centros de salud. Sin embargo, es probable que establecer metas y medir solamente los servicios provistos en los centros de salud no tenga el éxito deseado en términos de la reducción de la mortalidad infantil de manera significativa si la mayor parte de las muertes de los niños ocurren durante los primeros días de vida después de haber nacido en sus hogares.

Los actores del sistema de salud podrían incluir: funcionarios de salud del gobierno; trabajadores de salud del gobierno; políticos locales y funcionarios gubernamentales a nivel local; las ONGs, Organizaciones Religiosas (OR); el sector privado con fines de lucro; la comunidad y otros socios de desarrollo o donantes. El proceso de planificación del FBD debería incluir algunos representantes clave de todos los grupos interesados.

La participación de los interesados desde el inicio es esencial para el éxito del diseño e implementación de un programa de FBD; permitirá la planificación para lograr la especificidad y encarar los elementos del sistema de salud que necesitan mayor atención para poder cumplir las metas de impacto del programa.

Pasos Clave para que el Gobierno de los EE.UU. y la Organización Responsable de la Implementación Desarrollen Metas

Gobierno de los EE.UU.	Organización Responsable de la Implementación
<ul style="list-style-type: none">• Consultar las fuentes de documentación relevantes (Encuesta Demográfica y de Hogares, planes de salud nacionales, informes de los SIGS, etc.) para alinear las metas con las estrategias nacionales y establecer los valores referenciales.• Identificar a los actores formulándoles preguntas clave: ¿Quién hace que el sistema de salud funcione? (políticas, prestación de servicios y servicios auxiliares) ¿Quién paga? ¿Quién usa los servicios?• Determinar las metas de corto, mediano y largo plazo.• Si fuese posible, identificar el paquete básico de servicios de salud o el paquete preferido que cada punto de prestación de servicios se responsabilizará de proveer. Consultar las fuentes de documentación relevantes (Encuesta Demográfica y de Hogares, planes de salud nacionales, informes del SIGS, etc.) para alinear las metas con las estrategias nacionales y establecer los valores referenciales.	<ul style="list-style-type: none">• Identificar a los interesados y las prioridades y abordajes nacionales clave existentes y enfocarse en los mismos.• Elaborar un marco de indicadores y metas ilustrativos que llevarán a la consecución de los resultados deseados del programa.• Formular estrategias para consultar con los interesados y mantener líneas de comunicación regulares (después de la emisión de una Solicitud de Aplicaciones (RFA) o una Solicitud de Propuestas (RFP), generalmente es deseable realizar una conferencia de los “proponentes”).

C. Elaboración, publicación y adjudicación de una Solicitud de Aplicaciones (RFA) o una Solicitud de Propuestas (RFP) (Gobierno de los EE.UU.)

1. Elaboración de la Solicitud de Aplicaciones (RFA) o la Solicitud de Propuestas (RFP) (proceso para seleccionar a la organización responsable de la implementación)

Una Solicitud de Aplicaciones (RFA por sus siglas en inglés) o una Solicitud de Propuestas (RFP por sus siglas en inglés) es el mecanismo mediante el cual las agencias del Gobierno de los EE.UU. solicitan y contratan un socio para la implementación de un programa. Es importante elaborar más con respecto a estos mecanismos ya que las RFAs y las RFPs incluyen el diseño preliminar del programa; definen los productos requeridos del trabajo e incluyen un alcance de trabajo con los resultados esperados y la selección de criterios para la adjudicación.

En general, las RFAs y las RFPs deberían indicar claramente que los instrumentos del FBD generarán pagos que reforzarán el avance hacia la consecución de las metas del Gobierno de los EE.UU. y que serán plenamente permitidos dentro del marco regulatorio del programa. Es posible que haya elementos que requieran aprobaciones especiales dentro del sistema del Gobierno de los EE.UU. (por ejemplo los convenios contractuales directos con las unidades locales del gobierno).

Este proceso permite que el Gobierno de los EE.UU. seleccione una agencia responsable de la implementación de un programa de FBD sobre la base del abordaje propuesto y su experiencia en la implementación de programas de FBD. Si esta fase – efectivamente el diseño preliminar del proyecto– incluye un abordaje estratégico apropiado para el FBD, es más probable que el programa sea exitoso.

El equipo que elabora una RFA o RFP debería estar compuesto por personal técnico y contractual del Gobierno de los EE.UU. en consulta con el Ministerio de Salud. Las discusiones deberían llevarse a cabo para tratar el tipo de mecanismos de contratación que servirían mejor a los fines del programa. Las decisiones importantes de la misión de USAID incluyen la decisión de adjudicar o no un contrato (RFP) o un convenio cooperativo (RFA), y si se debe permitir consideraciones específicas bajo dicho mecanismo, como una aprobación para otorgar donaciones bajo un contrato. El mecanismo de contratación y las consideraciones bajo el mecanismo tienen impacto sobre las tácticas que la organización responsable de la implementación puede emplear para operativizar el programa FBD vislumbrado por el Gobierno de los EE.UU. El Sistema Directriz Automatizado (ADS por sus siglas en inglés) de USAID y las Regulaciones Federales para las Adquisiciones (FAR) proporcionan buenos lineamientos internos para los empleados de USAID que redactan las RFAs y las RFPs.

2. Definir las metas a ser logradas por la organización responsable de la implementación

El documento de adjudicación debería especificar las metas y los objetivos generales a ser cumplidos por la organización responsable de la implementación como parte de la adjudicación. Se pueden negociar las metas específicas del servicio después de la adjudicación en el desarrollo colaborativo de un plan de gestión del desempeño. Estas metas del proyecto deberían ser formuladas claramente en el alcance de trabajo del contrato.

Establecer metas claras permite a la organización responsable de la implementación asignar efectivamente los recursos a los resultados de la gestión general del programa, y permite al Gobierno de los EE.UU. monitorear eficientemente el avance logrado por la organización responsable de la implementación así como sus éxitos y fracasos. Al igual que con cualquier otra situación, las metas claramente formuladas permiten que los responsables de la implementación cumplan las expectativas a través de todas las fases del proyecto, y contraten y utilicen a otras organizaciones comprometidas con el proceso, magnificando de esta manera el impacto general.

3. Adjudicación del contrato o donación/convenio cooperativo

Después que un comité de selección del Gobierno de los EE.UU. evalúe todas las propuestas recibidas, el Gobierno de los EE.UU. puede enviar preguntas a los proponentes con la finalidad de aclarar los aspectos de la aplicación/propuesta. Posteriormente, la Oficina de Contratos de USAID seleccionará un responsable de la implementación y adjudicará el proyecto. La adjudicación significa el inicio del proyecto y la relación entre las partes. Si la adjudicación es un contrato y la organización responsable de la implementación tiene la intención de utilizar un mecanismo de donaciones o subvenciones con las unidades del gobierno u organizaciones paraestatales, se necesita una estipulación que permita las donaciones o subvenciones bajo contratos. Si están contemplados los convenios contractuales con las unidades del gobierno o las organizaciones paraestatales, se debería especificar también los medios y los mecanismos permisibles para poder cumplir con la ley de los EE.UU. y las regulaciones gubernamentales.

4. Armonización con otros donantes que implementan programas de FBD

La organización responsable de la implementación debería asegurarse de que el programa de FBD sea implementado dentro del contexto actual del país. Otros donantes u organizaciones gubernamentales podrían estar trabajando en el FBD en un área relacionada; estos esfuerzos deberían ser considerados en el diseño del programa. Si hay un programa o política nacional, es esencial que la organización responsable de la implementación esté alineada y apoye dicha política. La implementación de un programa de FBD debería ser armonizada con otros programas apoyados por el gobierno o los donantes con la finalidad de evitar la duplicación de pagos o de apoyo, particularmente cuando existen brechas en otras áreas.

5. Establecer un cronograma razonable para implementar el FBD

La cantidad de tiempo que le toma (a partir de la adjudicación) a una organización responsable de la implementación establecer un programa de FBD y adjudicar la primera ronda de contratos FBD depende tanto del entorno como del diseño técnico del programa. Los instrumentos deben cumplir tanto con las regulaciones del Gobierno de los EE.UU. como con los requisitos de las estructuras legales locales. Si los receptores incluyen unidades del sector público o paraestatales, se requieren ciertas aprobaciones tanto del Gobierno de los EE.UU. como del gobierno local antes de adoptar cualquier acción.

En situaciones comparativamente simples la ejecución del FBD probablemente tome seis meses después de la adjudicación (los pasos requeridos incluyen el diseño de la RFP, la publicación, la conferencia de proponentes, la selección, negociación, y documentación), pero aún en situaciones complejas, generalmente no debería requerir más de nueve meses desde el momento en el que el Gobierno de los EE.UU. y la organización responsable de la implementación lleguen a un acuerdo con respecto a la estructura del programa.

Es de importancia crítica completar un cronograma para cada programa FBD y reevaluarlo a medida que las circunstancias del entorno cambien. Algunos elementos están dentro del control de la agencia contratante (como los indicadores, metas, cronogramas) en tanto que otros no lo están. Los cambios en los cronogramas se deberían realizar de acuerdo con el contexto y deberán justificarse, de ser necesario.

Pasos Clave para que el Gobierno de los EE.UU. y la Organización Responsable de la Implementación Desarrollen, Publiquen y Adjudiquen una RFA o RFP

Gobierno de los EE.UU.	Organización Responsable de la Implementación
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con el personal técnico y contractual para completar una convocatoria para la presentación de propuestas en la que puedan competir las agencias contratantes. El instrumento de adquisición podría sugerir que las agencias proponentes resuman su estrategia para un programa de FBD efectivo, incluyendo qué mecanismos se utilizarían y con qué clase de socios receptores. • Trabajar con el personal técnico y contractual para crear metas alineadas con las estrategias y metas nacionales. • Completar la selección, adjudicar el contrato, negociar los términos y condiciones y firmar a nombre del Gobierno de los EE.UU., y registrar los requisitos específicos, las expectativas o limitaciones con respecto a los instrumentos del FBD. • Instruir que la agencia contratante esté al tanto, coordine y colabore con todas las otras agencias o actividades financiadas por donantes en relación con la adjudicación. • Dar a la agencia contratante una guía oportuna y apropiada así como retroalimentación sobre el diseño del programa (incluyendo los indicadores y metas, conjuntamente con cualquier aprobación requerida para los criterios de selección y las adjudicaciones en sí). 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los productos esperados y las metas y crear una estrategia para cumplirlos, incluyendo los borradores de los indicadores. • Evaluar la adjudicación, negociar y acordar los términos y condiciones y firmar el documento para que el trabajo pueda comenzar. • Asegurar que la nueva iniciativa de FBD se alinee efectivamente con las estrategias existentes. • Establecer un cronograma realista con todas las partes involucradas en cada paso del proceso (incluyendo el personal de contratos/donaciones que emitirá las convocatorias para la presentación de propuestas y redactará las adjudicaciones y el personal técnico que podría estar realizando un análisis de costos para determinar los indicadores de desempeño, las metas y el cronograma de pagos). • Realizar una conferencia de interesados para informar y alinear a todas las partes y agencias, actualizar las suposiciones y asegurar que los nuevos programas no sean redundantes ni entren en conflicto con las iniciativas existentes. • Redactar un borrador del RFP o RFA del programa de FBD para la evaluación y aprobación del Gobierno de los EE.UU. • Publicar el RFP o RFA y realizar una conferencia de proponentes para orientar a las agencias potenciales de contratación de servicios.

D. Planificación del programa de FBD (Organización responsable de la implementación)

1. Mecanismos Institucionales: relación Comprador-Proveedor

Como se indicó anteriormente, los mecanismos institucionales del programa de FBD están basados en la relación comprador-proveedor, en la que el comprador es responsable de establecer las metas y comprar los resultados de los proveedores de servicios que son contratados para prestar servicios en áreas geográficas específicas. Debería haber líneas de responsabilidad claras y una división de las tareas del comprador y los proveedores de servicios. Los contratos que son elaborados y acordados entre las dos partes deberían especificar los productos seleccionados y los indicadores de los resultados objetivo a ser logrados por los proveedores de servicios y las correspondientes comisiones a ser pagadas por el comprador.

Los proveedores de servicios son responsables de desarrollar estrategias innovadoras y actividades de implementación que mejorarán el volumen y la calidad de los servicios y lograrán las metas y objetivos de salud. Ellos necesitan planificar y operar dentro del marco del FBD con la autonomía suficiente para permitir innovaciones y la asignación independiente de los recursos, pero también deberían ser plenamente responsables por la exactitud y calidad y además comprender que no pueden exceder los lineamientos presupuestarios con la expectativa de obtener reembolsos adicionales.

El comprador es responsable de establecer las metas de salud y monitorear y verificar si los resultados fueron logrados antes de efectuar pagos a los proveedores de servicios. El comprador debería tener una autonomía

real sobre las acciones que adopte, como la libertad para especificar los beneficios/paquete de servicios, la libertad de establecer contratos con una amplia gama de proveedores, así como la libertad de enmendar los cronogramas de pago. Esta función en el sistema constituye el marco de las operaciones: El comprador crea la motivación para un mejor desempeño a través de incentivos, pero también rige las acciones del programa, así como la calidad y escala de los mismos haciendo cumplir los estándares de desempeño, asegurando la transparencia en cuanto a la validación del mismo y soportando las presiones para las adaptaciones individualizadas del sistema.

2. Elementos de motivación

El abordaje del FBD debería tratar de mejorar la motivación intrínseca y extrínseca de los trabajadores de salud. La motivación intrínseca de los trabajadores de salud está relacionada con los aspectos dinámicos como los valores morales o el sentido del deber o el apego a la misión y las metas de la organización del empleador. La motivación extrínseca de los trabajadores de salud está relacionada con los aspectos prácticos como los incentivos monetarios (ver la tabla a continuación). Los esquemas del FBD se pueden utilizar a manera de un apalancamiento para iniciar acciones administrativas innovadoras y proactivas que motivarán a los empleados. Los incentivos monetarios del FBD pueden estar dirigidos directamente a los trabajadores de salud y/o a la organización.

Elementos de Motivación del FBD	
Práctica	Dinámica
Dinero	Información
Condiciones de vida	Comunicación
Seguridad	Reconocimiento
Alimentos	Rol de liderazgo comunitario
Facilidades	Resultado positivo del logro
Equipo	Intercambio técnico*
Suministros	Actualización de las habilidades*
Apoyo comunitario	Apoyo basado en la supervisión *
	* Primordialmente en consideración del lado de la oferta

Fuente: John Pollock, diapositivas de la Conferencia SOTA en Sudáfrica, 2008

Los abordajes basados en el desempeño cuidadosamente diseñados pueden alinear los incentivos para los trabajadores de salud con las metas de la sociedad de mejorar la salud de la población. Los incentivos del FBD motivan a los miembros individuales del personal a trabajar con miras a lograr las metas de la organización con la finalidad de obtener una compensación adicional u otra recompensa motivacional cuando las metas son logradas. Los incentivos individuales constituyen la manera más directa de promover un buen desempeño, pero también son los más difíciles de monitorear a nivel central, y por ende son menos sostenibles. Generalmente es mejor que la agencia suscriba contratos con organizaciones que pueden, a su vez, diseñar programas de incentivos internos para motivar y recompensar los logros individuales.

En cualquier caso los incentivos del FBD deberían ser lo suficientemente atractivos para cambiar el comportamiento de los receptores potenciales y mejorar la motivación para lograr resultados. Es importante evaluar los incentivos existentes antes de seleccionar el abordaje más apropiado en el tema de los incentivos. El proyecto del Gobierno de los EE.UU. puede ser diseñado para incluir la asistencia técnica para las organizaciones receptoras del FBD en áreas como los sistemas financieros, la planificación y el desarrollo de capacidades, de manera que los administradores locales de los contratos de FBD estén bien equipados

para traducir sus conocimientos sobre el entorno actual en inversiones efectivas en el programa que mejorarán el desempeño y lograrán resultados.

3. La selección de indicadores y la modelación del riesgo

Los indicadores de desempeño para el FBD pueden incluir los resultados del servicio. Es crucial tomar en cuenta las visiones existentes del país, el perfil epidemiológico del país y las consultas con los interesados clave al seleccionar los indicadores. La definición de valores referenciales consiste en examinar los aspectos relativos a la cantidad así como a la calidad existente del desempeño adicionalmente a los problemas y retos, y permite la identificación de las brechas de desempeño y las metas específicas de servicio para el FBD. En el Anexo B se pueden encontrar algunos ejemplos de cronogramas de indicadores de varios proyectos FBD.

El número de indicadores comprados puede ser limitado para evitar costos altos de transacción. Esta es un área donde es muy valioso invertir en consultas y evaluaciones para obtener un conjunto de indicadores útil, apropiado y manejable. Una fórmula de ponderación de la calidad se puede aplicar a indicadores de servicios selectos; éste puede ser un elemento vital para prevenir la pérdida de calidad en las transacciones individuales por concepto de servicios a medida que el nivel de los servicios aumenta.

Para asignar la importancia relativa a la gama de indicadores se puede utilizar un proceso participativo con la finalidad de determinar qué indicadores serán comprados y cómo serán ponderados en el cronograma de pagos. Adicionalmente, se debería elaborar un modelo financiero basado en las tarifas unitarias para cada indicador. De esta manera, el riesgo de pagar montos que excedan el límite presupuestado (en un cronograma lineal de pagos) está claro y puede servir como una verificación de la realidad para las tarifas unitarias a la luz del volumen de servicios anticipado. Los contratos deberían indicar los techos o límites de pago si el cronograma está basado en las unidades de servicio en lugar de en los umbrales alcanzados; cualquier pago que exceda un límite (o meta) requerirá de una enmienda, aún cuando un logro excesivo es deseable. Alternativamente, se pueden utilizar las metas o umbrales para activar los pagos a tiempo de determinar específicamente los montos totales a ser pagados. Utilizar las metas es más simple en algunos contextos y esto mantiene un nivel de riesgo – y por ende una motivación adicional para el proveedor – que se pierde cuando los pagos son efectuados por cada servicio prestado.

4. El FBD y la enmienda Tiahrt

Es esencial en cualquier programa de atención primaria que utiliza el FBD incluya la salud reproductiva y la planificación familiar en la gama de servicios que están siendo monitoreados, tanto para responder a las necesidades no cubiertas de servicios de los clientes como también para lograr las metas de salud más amplias a nivel nacional. La enmienda Tiahrt, promulgada en la Ley de Apropiaciones para Operaciones en el Extranjero de 1999, refleja los valores y principios concernientes a los proyectos de planificación familiar voluntaria y la selección informada de opciones que guía la asistencia del Gobierno de los EE.UU. en el campo de la planificación familiar. La enmienda estipula que “no debería otorgarse incentivos a las personas a cambio de que acepten la planificación familiar ni al personal del programa por lograr metas o cuotas en cuanto al número de nacimientos, personas que aceptan la planificación familiar o que aceptan un método de planificación familiar en particular.”²⁰ Al diseñar los programas de FBD, la sensibilidad con los estándares Tiahrt debe ser una parte esencial. El enfoque que las estipulaciones de Tiahrt ponen en la provisión voluntaria de servicios, relacionados específicamente con la salud reproductiva y la planificación familiar, constituye un recordatorio positivo de que el entorno general para la prestación de servicios debería ser la provisión de servicios de calidad superior que estén disponibles para la gente que comprende tanto el valor como la importancia de los servicios en sí y que tiene la confianza suficiente para exigir dichos servicios.

20. Guidance for implementing the “Tiahrt” Requirements for Voluntary Family Planning Projects. USAID, abril de 1999. Technical Guidance on the “Comprehensible Information” Paragraph of the Tiahrt Clause. USAID, abril de 1999. http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/tiajim3b.pdf

Los programas FBD financiados por USAID deberían cumplir con todas las regulaciones de USAID, incluyendo la enmienda Tiahrt. Como tal, no es permitido exigir que los proveedores de servicios logren metas numéricas o cuotas predeterminadas en el ámbito de la planificación familiar. Los subsidios para los servicios de planificación familiar deberían ser equilibrados cuidadosamente con los subsidios para otras intervenciones de salud. Si las tarifas altas se combinan con una promoción excesiva de la planificación familiar, podrían surgir condiciones que afectarían negativamente las iniciativas basadas en el voluntariado – una situación que tendría implicaciones legales y de política así como de carácter ético y de salud pública.

Resumen de los Requisitos Tiahrt para los Proyectos de Planificación Familiar Voluntaria

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Los proveedores de servicios o agentes de referencia no deberán implementar ni estar sujetos a metas numéricas o cuotas respecto el número total de nacimientos, el número de personas que acepta la planificación familiar o que acepta un método de planificación familiar en particular. Las estimaciones cuantitativas o indicadores utilizados para elaborar presupuestos o planificar son permisibles. 2. No se permiten los incentivos, sobornos, gratificaciones o incentivos financieras para el personal de un programa de planificación familiar por el logro de metas o cuotas, o para los individuos que aceptan algún método de planificación familiar. | <ol style="list-style-type: none"> 3. No se debe negar los derechos o beneficios como los alimentos o la atención sanitaria a los individuos que deciden no aceptar los servicios de planificación familiar. 4. Se debe proporcionar a los clientes información comprensible respecto a los riesgos y beneficios del método de planificación familiar seleccionado. 5. Los métodos experimentales deberían ser provistos solamente dentro del contexto de un estudio científico, y se debe informar a los participantes con respecto a todos los riesgos y beneficios potenciales. Este tema raras veces constituirá una preocupación en los programas de campo. |
|---|---|

Se puede encontrar más información en: [http://www.usaid.gov/ourwork/global health/pop/voluntarism.html](http://www.usaid.gov/ourwork/global%20health/pop/voluntarism.html).

Enfocarse en los indicadores de planificación familiar para el pago, por ejemplo, cuando se cubre la demanda insatisfecha (de acuerdo con lo estimado en conjunción con la planta directiva del Ministerio de Salud), asegurando el abastecimiento continuo de insumos así como el acceso rutinario a información fidedigna y consejería para las personas que están considerando utilizar un método de planificación familiar son efectivos para el FBD. El seguimiento de los nuevos usuarios, personas que adoptan la planificación familiar y la discontinuación de los métodos y la tasa de prevalencia general de los anticonceptivos es útil, pero esta información no debería vincularse con los pagos bajo el FBD.

Es posible que los socios que participan en el programa de FBD deseen considerar la inclusión de los “indicadores de seguimiento” para evaluar el avance logrado o identificar posibles retrocesos. La inclusión de indicadores de seguimiento que no estén asociados con el pago de incentivos ni con metas de desempeño numéricas son también útiles para mejorar el acceso a la planificación familiar. La iniciativa del FBD podría incluir a los nuevos usuarios de planificación familiar, la discontinuación y la tasa de prevalencia de los anticonceptivos a modo de valores referenciales/metras. La iniciativa no debería exigir que los proveedores de servicios individuales o los agentes de referencia logren los tres indicadores prohibidos (metas numéricas o cuotas del número total de nacimientos, el número de personas que acepta la planificación familiar o que acepta un método de planificación familiar en particular, como se describe en el resumen de cualificaciones (tabla anterior). Las iniciativas de FBD deberían ser capaces de asegurar el cumplimiento con el estatuto. Si los administradores del programa de FBD consideran que no tienen suficiente control administrativo sobre la manera en la que los administradores de una clínica administran la implementación del programa de FBD,

entonces deberían seleccionar indicadores que no podrían ser problemáticos en relación con la enmienda Tiahrt. Si hubiera alguna pregunta con respecto al diseño de un indicador de Planificación Familiar/ Salud Reproductiva (PF/SR), se alienta a la Misión y a los responsables de la implementación a ponerse en contacto con el Asesor de Política de Mayor Jerarquía de la Oficina de Población y SR de USAID.

5. Finalización del programa de FBD

El plan de FBD finalizado, que resuma los elementos de motivación a ser empleados, los indicadores seleccionados y el plan de pagos debería ser documentado por la organización responsable de la implementación y revisado y aprobado por el Gobierno de los EE.UU.

Antes de que la organización responsable de la implementación emita una RFA o una RFP para los proveedores de servicios, todos los elementos del programa FBD deberían ser delineados y aprobados por el Gobierno de los EE.UU. En general, es importante aclarar que los instrumentos del FBD generarán pagos que refuercen el avance hacia la consecución de las metas del Gobierno de los EE.UU. y que son plenamente permitidos dentro del marco regulatorio del programa. Es probable que existan elementos que requieran aprobaciones especiales dentro del sistema del Gobierno de los EE.UU. (por ejemplo convenios contractuales directos con unidades locales del gobierno); estos elementos y otras consideraciones de carácter político deberían ser anticipadas en la etapa de diseño del programa pero podrían requerir reconfirmación en el momento de su implementación.

Crear una estrategia detallada del FBD que describa los incentivos, los indicadores y el plan de pagos para los proveedores de servicios.

Pasos Clave para que el Gobierno de los EE.UU. y la Organización Responsable de la Implementación Planifiquen el Programa de FBD

Gobierno de los EE.UU.	Organización Responsable de la Implementación
<ul style="list-style-type: none"> • Detallar la relación comprador-proveedor en el contrato entre el Gobierno de los EE.UU. y la organización responsable de la implementación. • Estipular los tipos de motivación que pueden ser pagados basándose en las regulaciones para el tipo de contrato (RFA o RFP). • Proporcionar la aprobación de los indicadores seleccionados. Se espera que los indicadores de servicio se adecuen a los que la organización responsable de la implementación se ha comprometido en su propio contrato con el Gobierno de los EE.UU.; es menos probable que los indicadores administrativos aplicables a los socios/receptores del FBD sean definidos en dicho contrato. • Revisar los indicadores y pagos determinados por la organización responsable de la implementación para garantizar el cumplimiento con lo estipulado en la enmienda Tiahrt. • Aprobar el programa de FBD de la organización responsable de la implementación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Detallar la relación comprador-proveedor en el contrato entre el Gobierno de los EE.UU. y la organización responsable de la implementación. • Evaluar los diferentes elementos de motivación que pueden ser ofrecidos, y determinar cuáles proporcionarán el mejor incentivo para lograr los mejores resultados. • Dirigir el proceso de selección de indicadores; esto podría involucrar a los interesados clave del Ministerio de Salud y las ONGs. Consultar las metas clave detalladas en la RFA o RFP podría proporcionar una base para la selección. • Asegurar el cumplimiento con lo previsto en la enmienda Tiahrt. Los indicadores deberían ser equilibrados de manera que los indicadores de planificación familiar no sean favorecidos en demasía. • Crear una estrategia detallada de FBD que detalle los incentivos, los indicadores y el plan de pago para el proveedor de servicios.

E. Determinación de las estructuras de pago (Organización responsable de la implementación)

1. Determinación de costos: abordajes y función

La determinación de costos consiste en establecer el valor monetario de los recursos necesarios para prestar los servicios. Los costos deben ser estimados para las cantidades identificadas de servicios, que generalmente serán mayores que la cantidad de servicios que se presta en la actualidad o que fue prestada anteriormente. Es probable que se requiera prestar servicios con niveles de calidad superiores a los anteriores, lo que también podría significar un aumento en los costos. Esto significa que los costos deben ser modelados considerando el impacto de los distintos niveles de servicio y calidad tanto sobre los costos fijos como variables. Esto se hace de mejor manera empleando costos estándar basados en la cantidad de tiempo empleado por el proveedor de servicios, los medicamentos, suministros y servicios públicos (electricidad, agua potable, etc.) requeridos para proporcionar servicios de salud de calidad y los precios estimados para dichos recursos. Se estima el costo unitario de cada servicio y posteriormente se lo multiplica por la cantidad determinada de cada servicio para obtener el costo total del establecimiento. Se debe resaltar que la determinación del costo de los servicios histórica generalmente no es útil ya que es probable que no proporcione buenas proyecciones de los costos de expansión de los servicios, especialmente si también se debe mejorar la calidad de los mismos.

Es importante proyectar de manera precisa el costo de proveer la cantidad identificada de servicios a ser incluida en el FBD de manera que el monto del financiamiento incluido en el contrato o subvención sea suficiente para prestar dichos servicios. Si el financiamiento es demasiado bajo, es probable que no se cumplan las metas o la calidad de la atención no estará al nivel deseado. Si el financiamiento es demasiado alto, se malgastarán los recursos. Comprender el costo proyectado de los servicios también significa que el monto del incentivo puede estar relacionado de manera más exacta con esos costos. Adicionalmente, la habilidad de proyectar el costo para distintas cantidades de servicios permite la inclusión de incentivos financieros que varían con el volumen de los servicios, de manera que los costos totales del programa FBD puedan ser calculados (presupuesto del establecimiento + incentivos por desempeño). En la práctica, el ejercicio de determinación de costos en cualquier entorno puede tomar hasta seis meses para su finalización, ya que sin importar qué mecanismo sea empleado, es esencial recolectar datos y analizarlos en relación con los estándares del servicio, conjuntamente con la evaluación y los aportes de los proveedores de servicios clínicos a nivel local para asegurar que se estén haciendo estimaciones realistas. Por lo tanto, en algunas circunstancias puede ser necesario realizar una primera ronda de proyectos con proveedores sobre la base de los costos históricos del programa y el objetivo de mejorar la eficiencia.

2. Presupuesto

Una vez que se hayan establecido las metas y los costos hubieran sido proyectados, ambas partes pueden llegar a un acuerdo respecto al presupuesto. Si el proveedor está de acuerdo con las normas, estándares y precios utilizados para desarrollar el modelo de costos, entonces una vez que se ingrese la cantidad de servicios identificados en el acuerdo, se puede elaborar el presupuesto directamente a partir del modelo de costos; la única área de negociación que se requiere está relacionada con los pagos de incentivos y los costos administrativos de la organización. Estos costos constituyen los costos indirectos incurridos por la organización en su integridad y están relacionados con todos los puntos de prestación de servicios, en contraposición con los costos administrativos directos de cada punto de prestación de servicios, que debería estar incluidos en el modelo de costos de prestación de servicios.

El presupuesto detalla los costos esperados para prestar los servicios a un cierto nivel de utilización determinado. Los presupuestos deben estar alineados con los planes de M&E y de desempeño de manera que se puedan lograr las metas con el nivel del financiamiento proporcionado. Los presupuestos deben

cubrir la vigencia del contrato pero deberían ser desglosados de acuerdo con los períodos de tiempo relevantes. Si el contrato es de tres años el presupuesto debería elaborarse para dicho período de vigencia pero desglosado por año. Si las metas son distintas para cada año, el presupuesto debe ser adaptado para cada año. El presupuesto deberá cubrir tanto los recursos comprados como los recursos adquiridos en especie. Las fuentes de los fondos también deberán ser mostrados en el presupuesto y deberían cubrir todas las fuentes, incluyendo las tarifas de los usuarios y los bienes y servicios recibidos en especie. Esto proporciona una estimación más exacta de todos los insumos esperados en el sistema.

3. Mecanismos de pago

El mecanismo de pago describe la estructura, oportunidad y tipo de pagos a ser realizados por el comprador a favor del proveedor. La selección del mecanismo de pago podría estar sujeta a reglas y regulaciones tanto de la misión de USAID como del gobierno del país anfitrión. Muchos consideran que el establecimiento de tarifas, incentivos y cronogramas de pago es más un arte que una ciencia (a raíz de esto se han realizado múltiples estudios piloto y pruebas del FBD). La clave es hacer esto de manera cuidadosa y diseñarlo por etapas.

Existen varias opciones para determinar el pago a los proveedores de servicios incluyendo el presupuesto fijo total, el presupuesto para el reembolso total de los costos, el pago por servicio y el pago per capita. Los presupuestos para cubrir el total de los costos fijos cubren el costo total de prestar la cantidad identificada de servicios. Los presupuestos para el reembolso total de costos cubren el costo total de proporcionar la cantidad real de servicios y requieren la documentación de todos los costos. El pago por servicio y per capita involucra establecer una tarifa unitaria por servicio prestado o por persona, respectivamente. El mecanismo de pago debería incluir un cronograma de pagos (es decir, ya sea que los pagos sean transferidos con una frecuencia trimestral o anual, y cómo se dividirán las metas de acuerdo a ello).

Las penalidades o riesgos, así como los incentivos, también deberían ser detallados. Si se requiere que una agencia presente datos de servicio y tal vez una factura en cierta fecha, la consecuencia de la inobservancia de dicha fecha debería ser explícita.

4. Establecer los niveles de pago: costos e incentivos

Los niveles de pago son las tarifas o incentivos acordados y transferidos por el comprador al proveedor cuando éste cumple las metas. Los pagos pueden ser efectuados sobre la base de servicios individuales, en los cuáles la cantidad de servicios se multiplica por una tarifa unitaria. Si este es el caso, se pueden establecer techos o límites de modo que los proveedores de servicios no puedan reclamar un pago indefinidamente alto y el comprador pueda operar dentro de un techo presupuestado. La tarifa unitaria por cada servicio debe ser informada pero no debe ser necesariamente igual al costo real de dicho servicio, según fuere establecido por el ejercicio de determinación de costos descrito previamente. En los programas del sector público, el establecimiento de estas tarifas debe hacerse en conjunción con las autoridades del Ministerio de Salud y podría, en efecto, requerir la realización de una conferencia con todos los interesados para asegurarse que todos lo comprendan y así evitar que ocurran situaciones conflictivas o incentivos perversos. Los niveles de pago también podrán ser acordados sobre el porcentaje del presupuesto total negociado del proveedor de servicios. En este caso debería haber un umbral que debe ser alcanzado para que se efectúe el pago total del porcentaje acordado. Ver algunos ejemplos de niveles de pago en distintos proyectos de FBD en el Anexo B.

Para establecer el nivel de incentivos se requiere de un análisis y planificación cuidadosos. El monto del pago debe ser suficiente para proporcionar la motivación necesaria para maximizar la cantidad y calidad de los servicios pero no debe ser demasiado alto para que no se malgasten los escasos recursos. La planificación debe tomar en cuenta el impacto probable de los incentivos sobre el comportamiento de los proveedores, que dependerá tanto de los montos pagados como de los tipos de servicio por los cuales reciben el pago.

Es posible que los socios que participan en el programa FBD necesiten alguna forma de anticipo del financiamiento para financiar los costos básicos de los servicios. Este financiamiento puede ser provisto a través de cronogramas de pagos innovadores vinculados con la entrega anticipada de productos, totalmente dentro

del control de las organizaciones receptoras si los anticipos formales son considerados indeseables. También es posible separar el apoyo para los costos básicos a partir de los incentivos otorgados por un buen desempeño.

Pasos Clave para el Gobierno de los EE.UU. y la Organización Responsable de la Implementación en la Determinación de las Estructuras de Pago

Gobierno de los EE.UU.	Organización Responsable de la Implementación
<ul style="list-style-type: none"> Incluir en el alcance de trabajo el desarrollo de los modelos de costos y la capacitación de las contrapartes en el uso de estos modelos. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar la asistencia técnica y la capacitación necesarias para desarrollar y utilizar los modelos de costo. El desarrollo de los modelos será necesario al inicio del proyecto; la capacitación es un paso subsiguiente que podría ser necesario repetir. Determinar los presupuestos para la provisión de servicios a los niveles acordados. Establecer los mecanismos de pago a ser utilizados con los proveedores de servicios. Determinar los niveles de pago de los incentivos (en consulta con el Ministerio de Salud y otros interesados si la situación lo amerita).

F. Elaboración/publicación de una RFA/RFP; adjudicación de un contrato (Organización responsable de la implementación)

1. Criterios de selección

Los criterios de selección forman parte del documento denominado RFA/RFP emitido por la organización responsable de la implementación y éstos explican como evaluará el panel de selección las propuestas presentadas por los adjudicatarios potenciales. Generalmente se aplica un sistema de puntajes para cada criterio. El panel de selección debería incluir profesionales de la agencia contratante y también podría incluir personal del Gobierno de los EE.UU. o del Ministerio de Salud.

En la mayoría de los casos cuando la organización responsable de la implementación ha completado la RFA/RFP y la publica, ésta realizará una 'conferencia de proponentes' para presentar públicamente el programa y sus metas, explicar las reglas y procedimientos requeridos para presentar una propuesta y proporcionar una explicación sobre la manera en la que los criterios de selección serán documentados y calificados. Realizar esta conferencia pública de proponentes mejora la habilidad de las agencias proveedoras para presentar propuestas proactivas y refuerza la transparencia.

El proceso de adquisiciones debe cumplir con las reglas y regulaciones del contrato de la agencia contratante con el Gobierno de los EE.UU. Estas regulaciones requieren criterios de selección que permitan un proceso de adjudicación transparente.

2. Adjudicación de donaciones o contratos de FBD

La finalización del proceso de adquisiciones ocurre cuando las partes firman el contrato que las vincula legalmente respecto al trabajo a ser implementado. El contrato es creado por la agencia adjudicante y la organización receptora puede revisarlo y hacer comentarios con anterioridad a la firma del mismo.

La firma conjunta marca el inicio oficial de la implementación del trabajo contratado, que se espera que dé como resultado incentivos positivos a través del logro de las metas propuestas por el equipo de diseño al inicio del proceso. En los casos en que se requieren anticipos de financiamiento, la firma del contrato puede ser utilizada para activar el primer pago en el cronograma de pagos de un contrato de precio fijo.

Pasos Clave para el Gobierno de los EE.UU. y la Organización Responsable de la Implementación en el Desarrollo, Emisión y Adjudicación de un Contrato	
Gobierno de los EE.UU.	Organización Responsable de la Implementación
<ul style="list-style-type: none"> • Aprobar el mecanismo del contrato a ser utilizado e identificar las metas de desempeño. • Participar en el panel de selección y revisar los criterios de selección para su aprobación dependiendo de los requerimientos. • Aprobación de los adjudicatarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el mejor mecanismo de contratación para el programa y la estrategia FBD, incluyendo la consulta con un profesional de contratos experimentado de la organización responsable de la implementación, que fungirá como parte del equipo que diseña la estrategia. • Definir los criterios y el sistema de puntajes de manera que sean muy claros para la organización proponente y el equipo que los evalúa.

IV. Implementación

A. Asistencia técnica y aseguramiento de la calidad

1. Socios coordinadores: el abordaje del equipo extendido (organización responsable de la implementación)

Para asegurar el éxito de la implementación del FBD, se debería establecer un 'Mecanismo de Coordinación' entre las organizaciones asociadas. Esto se puede hacer conformando un Equipo Extendido, es decir un grupo que les permita a los asociados del sistema de FBD conformar un equipo con otros interesados para desempeñar una diversidad de funciones. Éstas podrían incluir cerrar la brecha entre la política y la implementación, prestar asistencia al proveedor en la implementación de su sistema de FBD y proporcionar asistencia técnica y desarrollo de capacidades de acuerdo a necesidad. Este tipo de red de los socios puede ser efectiva para asegurar una comprensión común de los estándares y metas. También crea un foro que facilita el intercambio entre los socios del servicio para acelerar la adopción de innovaciones o eficiencias positivas.

Con este abordaje, se pueden lograr los objetivos a través de tareas y responsabilidades como la provisión del apoyo necesario, incluyendo la capacitación, el desarrollo de planes de acción y la evaluación; armonizando las acciones e intervenciones de varios socios; y proporcionando asistencia técnica así como aseguramiento de la calidad.

La coordinación entre los ministerios de salud, los donantes y los socios de desarrollo constituye un factor crucial para el éxito de un programa de FBD. La coordinación frecuente, la preparación cuidadosa de las agendas, una excelente documentación y la difusión oportuna son factores de éxito esenciales para el desarrollo de la política nacional. Como se hizo notar previamente, la involucración de los interesados es importante cuando se implementan FBD. El FBD involucra incentivos e indicadores financieros, que

captan el interés tanto de los profesionales de salud como de los políticos. Además, la naturaleza del FBD puede generar resistencia a nivel de ciertos actores poderosos. El FBD puede constituir una amenaza para la 'realización de los negocios de la manera acostumbrada', e involucra un cambio en la forma en la que se incentiva la productividad y los resultados de salud. Por lo tanto, es esencial una mayor transparencia y cooperación a través de los mecanismos de coordinación.

2. Gestión

La gestión del programa FBD involucra tanto la supervisión como la gestión del mecanismo (contratos, donaciones, subvenciones y/o MEs) y la integración técnica con los planes técnicos y de monitoreo del desempeño del proyecto.

El contratista responsable de la implementación del Gobierno de los EE.UU. debe tener procedimientos claros para la provisión de apoyo técnico a las organizaciones responsables de la prestación de servicios, asegurando que se reconozcan y observen los estándares de calidad, y también garantizando que se realice un seguimiento de los resultados en contraposición con las metas generales del programa.

El contratista también debería contar con un plan de comunicaciones que incluya una retroalimentación rutinaria respecto al desempeño para cada organización proveedora de servicios, apoyo para el desarrollo de planes de mejoramiento del desempeño y datos e instrumentos técnicos de innovación operativa para compartir. El plan asegura que todos los participantes de un esfuerzo FBD estén informados del avance general y conozcan cómo se han utilizado las innovaciones y cómo se están desempeñando las mismas.

Habrán algunos proveedores participantes que no se desempeñan bien. Con el apoyo necesario, casi todos ellos pueden ser exitosos, pero es posible que existan casos en los que la organización responsable de la implementación debe poner a prueba a una organización proveedora de servicios (advirtiéndole con respecto a los estándares para que implemente mejoras) o cancelar definitivamente los contratos o donaciones. Estas acciones probablemente sean políticamente sensibles y es esencial que el Gobierno de los EE.UU. esté consciente de los problemas y acciones de subsanación a ser adoptadas antes de adoptarlas, y que el Gobierno de los EE.UU. apoye a la agencia responsable de la implementación del proyecto en caso de aplicarse presiones externas.

3. Planes de negocios

Los planes de negocios son creados a nivel del centro de salud, en los cuáles se determina un conjunto de metas predefinidas y los gerentes del establecimiento desarrollan las estrategias para lograr dichas metas. Los planes de negocios constituyen un elemento clave del sistema FBD ya que delinean la estrategia del FBD sobre la base de cada establecimiento de salud y permiten la identificación de una administración innovadora del mismo. Los gerentes están en condiciones de enfocarse en la relación entre la eficiencia operativa y el mantenimiento de la calidad.

La prestación de servicios ocurre a este nivel, de manera que una planificación a nivel micro del negocio es esencial. Se proporcionan las metas para los indicadores, pero el logro de dichas metas está íntegramente bajo el control del gerente. Adicionalmente a los incentivos monetarios resultantes de la consecución de las metas, los gerentes reciben incentivos no monetarios como el reconocimiento, la propiedad y los resultados positivos. Los planes de negocios prevén la responsabilidad de los gerentes, y los planes de negocios buenos para los centros que logran un buen desempeño pueden ser utilizados como un modelo para aquellos que tienen un desempeño deficiente.

Pasos Clave para el Gobierno de los EE.UU. y la Organización Responsable de la Implementación durante la Implementación: Asistencia Técnica y Aseguramiento de la Calidad

Gobierno de los EE.UU.	Organización Responsable de la Implementación
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicarse de manera rutinaria con la organización responsable de la implementación para evitar sorpresas imprevistas. • Apoyar a la organización responsable de la implementación y aislar al programa FBD de las presiones externas que probablemente pudieran surgir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar la creación de un mecanismo de coordinación para proporcionar asistencia técnica al FBD; esto se puede hacer bajo la forma de un Equipo Extendido. • Administrar los contratos, donaciones y MEs en todos los niveles del sistema. • Asegurar que los puntos individuales de prestación de servicios hayan creado sus planes de negocios, detallando sus metas y estrategias potenciales para lograr las mismas. • Desarrollar planes de comunicación para asegurar: una retroalimentación rutinaria sobre el desempeño a cada organización proveedora de servicios; apoyo para el desarrollo de planes de mejoramiento del desempeño; compartir datos e innovaciones técnicas y operativas.

B. Monitoreo, validación y verificación de los datos

1. Pesos y contrapesos: niveles de control y separación de funciones

Un elemento clave del FBD es la separación de funciones entre tres partes: proveedores, compradores, y controladores, como se muestra en la figura a continuación, un ejemplo de Ruanda. Esta separación disminuye la probabilidad de conflictos de interés, como el que podría ocurrir si los proveedores de servicios de salud también fuesen los controladores y podrían manipular sus propios pagos de incentivos. Las partes interactúan de tal manera que simultáneamente realizan la supervisión y brindan apoyo técnico. Por ejemplo, el personal del hospital del distrito evalúa los centros de salud, pero también les proporciona entrenamiento respecto a cómo cerrar las brechas entre las metas y el desempeño real.

SEPARACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL FBD



En el modelo FBD de Ruanda (citado en el presente debido a que es un esfuerzo patrocinado por USAID que se ha convertido en una política nacional), el diseño del componente de los centros de salud ha introducido seis niveles de controles para evitar conflictos de interés:

1. **Contratos escritos:** Estos contratos establecen las reglas y regulaciones que rigen el FBD, e incluyen cláusulas que tratan sobre el fraude. Estos contratos son redactados entre el comité administrativo del centro de salud y el comité rector del distrito para el FBD (a nombre del Ministerio de Salud). Este primer nivel de control asegura que los datos presentados en la factura mensual sean verdaderos. Es esencial el control regular de la cantidad y calidad del desempeño.
2. **Control mensual por parte de los controladores del distrito:** Este equipo controla y verifica la productividad del centro de salud. Los controladores cuentan cada partida anotada en el registro primario designado y verifican la factura mensual.
3. **Reuniones trimestrales del comité rector del distrito:** En estas reuniones, las facturas mensuales son comparadas con la factura trimestral consolidada, impresa a partir de la base de datos. La razón para comparar estos dos conjuntos de facturas es identificar cualquier error en los datos ingresados.
4. **Reuniones mensuales del equipo extendido:** a nivel nacional.
5. **Encuestas trimestrales de satisfacción del cliente a nivel comunitario y verificaciones completas de la calidad:** La finalidad de estas encuestas es responder a tres preguntas: ¿El cliente es conocido en la comunidad? ¿El cliente ha recibido realmente el servicio? ¿Cuál fue la opinión del cliente sobre el servicio recibido?
6. **Evaluación de los procedimientos:** Ésta incluye las actas recibidas de los procedimientos del comité rector y las facturas consolidadas del distrito, debidamente firmadas y aprobadas. Los datos son triangulados con la información de la base de datos.

El FBD introduce incentivos poderosos para aumentar el volumen y la calidad de los servicios. La ética profesional y la retroalimentación inmediata sobre el nivel de desempeño constituyen motivadores fuertes para los trabajadores de salud, además de los incentivos financieros. La finalidad de esta separación es evitar o reducir los conflictos de interés o contubernios. Cuando se requiere evaluar productos/resultados/desempeño, y éstos están vinculados contractualmente con el dinero, es importante tener un controlador independiente así como pesos y contrapesos creíbles.

2. Cómo evitar la distorsión

La distorsión ocurre cuando los proveedores de servicios de salud descuidan los servicios que no están sujetos a incentivos, dando como resultado un funcionamiento deficiente y por consiguiente peores resultados en las enfermedades manejadas por dichos servicios. Adicionalmente, la distorsión podría ser causada por los proveedores de servicios que intentan cobrar pagos superiores a los que realmente se les adeuda.

Para evitar estas situaciones, un modelo comprensivo del FBD debería ser implementado que cubra todos los servicios, incluyendo servicios clínicos para el VIH y no relacionados con el VIH así como indicadores de gestión, y también encarar la calidad de todos los servicios que prestan los establecimientos de salud. Esto se puede lograr a través del ajuste de los pagos por cantidad mediante una medición de la calidad que es evaluada para el establecimiento de salud en su integridad (ver también bajo cantidad y calidad en la siguiente sección). Otras soluciones podrían incluir incentivar la calidad por separado, proporcionando bonificaciones adicionales por un desempeño de calidad en general, o tomando en cuenta los indicadores de resultados a nivel de la comunidad.

También se aborda la posibilidad de fraude a través del sistema de pesos y contrapesos y la separación de las funciones descrita más arriba. En el caso de Ruanda, las estipulaciones del contrato encararon directamente la preocupación referente al fraude potencial. Esto fue posible debido a que el programa constituye una política

nacional y Ruanda cuenta con posturas específicas de carácter legal y político caracterizadas oficialmente como 'cero tolerancia'. De manera más general, los programas FBD no operarán con un apoyo de política tan fuerte. Es importante ser muy claro desde el principio con respecto a los estándares del proceso y la validación así como las consecuencias del incumplimiento. No es necesario caracterizar las razones de las fallas que llevan a tomar decisiones adversas dentro del programa siempre y cuando se tomen las decisiones y éstas sean comunicadas y se adopten acciones basadas en las mismas. Si el sistema de datos es transparente para todos los participantes quedará claro que no habrá ninguna recompensa en caso de distorsión o falsificación y que dichos actos se conocerán a todo nivel y tendrán consecuencias negativas.

3. Cantidad y calidad

El desempeño se mide no solamente en términos de la cantidad de los servicios, sino también en base a la calidad de la prestación de los servicios. La cantidad es el volumen de servicios prestados, como la cantidad de visitas voluntarias de pruebas y consejería de VIH en la clínica. La cantidad de servicios debería ser recopilada de manera regular y sistemática, empleando una base de datos universal como un Sistema de Información Gerencial para la Salud (SIGS). La calidad de la prestación de los servicios es determinada por indicadores que son objetivamente verificables y tangibles, empleando visitas de supervisión y listas de verificación.

En Ruanda por ejemplo, el FBD ha redefinido la medición de la calidad de manera que el enfoque ya no se concentra solamente en la atención clínica, sino que incluye elementos de gestión, administración y satisfacción del cliente. La medición del desempeño es un híbrido de la tarifa por servicio, condicionada a la calidad de los servicios prestados en general, incluyendo los servicios de VIH. Se compran 14 Paquetes Básicos de Salud y 10 indicadores de VIH. La lista de verificación para la supervisión de la calidad contiene 118 indicadores compuestos, distribuidos en 13 servicios, incluyendo los servicios de VIH. Para el modelo del Hospital de Distrito, la medición del desempeño es el puntaje compuesto de una libreta de calificaciones equilibrada con 52 indicadores compuestos y más de 350 variables.

En Haití, se utiliza un sistema denominado Protocolo de Prestación de Servicios y Evaluación de la Gestión. Con este sistema, los datos del servicio son validados y la calidad de los servicios prestados es verificada por equipos multidisciplinarios que visitan cada punto de prestación de servicios. Los equipos podrían incluir en el programa al personal de otras organizaciones proveedores de servicios. Todos los datos reportados de los servicios son validados en contraposición con los registros clínicos y posteriormente el equipo observa y analiza los protocolos de servicio que se utilizan, realiza pruebas en la comunidad con una muestra de historias clínicas para asegurar que exista una representación fidedigna y evalúa las operaciones y procedimientos administrativos que apoyan la prestación de los servicios. Se proporciona a cada organización proveedora de servicios un informe resumido y se recomienda un plan de mejoramiento del desempeño.

Es necesario verificar objetivamente las condiciones existentes para proporcionar una atención de calidad así como verificar la calidad real de la atención proporcionada, con un impacto fuerte sobre los pagos por desempeño. La inclusión de la calidad en la ecuación del desempeño evita y/o mitiga los efectos de comprar solamente ciertos servicios, protegiendo la calidad del conjunto de servicios en general. El proceso de validación podría llevarse a cabo con una frecuencia trimestral al inicio del programa, pero una vez que se comprenda que es parte inextricable del programa, el proceso se convierte en un motivador para el uso interno de los sistemas de monitoreo por parte de los gerentes y en una fuerza para crear una cultura de calidad al interior del sistema o la red.

4. Sistema de Información Gerencial para la Salud (SIGS)

El SIGS es una herramienta para recolectar datos sobre la prestación de servicios y es una parte integrante del abordaje del FBD. Un buen SIGS es una herramienta crítica para los gerentes de servicios de salud en lo que respecta a la toma de decisiones relativas a la eficiencia y calidad de los servicios. Cuando se implementa, este

sistema facilita la disponibilidad de la información empleada para documentar los resultados del FBD. Requiere la colaboración de todos los socios del FBD para la recolección y análisis de la información. Un sistema de datos bien diseñado puede convertirse en un activo muy importante para depurar los requisitos operativos que de otra manera serían muy complejos.

En el sistema de FBD, si un servicio no es contado y documentado, el proveedor no recibirá ningún pago por el mismo. Esto proporciona un incentivo poderoso para que los proveedores de servicios completen sus formularios o bases de datos del SIGS de manera oportuna y fidedigna (la validación de los datos es tratada en una sección subsiguiente). Adicionalmente, el SIGS debe adecuarse a los indicadores que fueron seleccionados en el sistema de FBD. Si los indicadores no estuvieran siendo medidos en algún punto del SIGS, se debería desarrollar un nuevo método de recolección y validación de datos. Finalmente, los datos del SIGS podrían proporcionar la información necesaria para establecer los valores referenciales para las metas establecidas en los contratos de FBD.

5. Recolectar, compartir, auditar y validar los datos

Para asegurar que a medida que el volumen aumente, la calidad no disminuya, la auditoría y verificación de los datos debería ser ejecutada tanto para los indicadores de cantidad como de calidad. El volumen de los servicios puede ser verificado comparando los datos del SIGS con los registros y expedientes de los pacientes en los establecimientos de salud individuales, en tanto que la calidad de los servicios puede ser verificada empleando listas de verificación y encuestas de satisfacción de los clientes.

Los datos deberían ser recolectados de manera consistente, sobre una base regular y por personal bien capacitado. Se debería implementar un sistema para compartir datos, a través del cuál los datos sean puestos a disposición de todos los interesados con una frecuencia regular.

La recolección de datos es crítica para asegurar la consistencia y exactitud de los informes correspondientes a los servicios prestados. Los datos de utilización son importantes debido a que proporcionan evidencia de la prestación de los servicios y por lo tanto constituyen la base para el pago y también son esenciales para la toma de decisiones administrativas. Si no se avanza hacia la consecución de las metas, es probable que el gerente tenga que considerar otras estrategias de prestación de servicios, como aumentar los esfuerzos de extensión a nivel de la comunidad, un cambio en el comportamiento, la comunicación y el mercadeo social. Compartir los datos asegura la transparencia, de modo que todos los interesados puedan tener acceso a los datos de los proveedores de servicios. Esto, a su vez, desalienta el fraude, ya que cualquier anomalía en los datos se hará rápidamente evidente.

Un buen sistema de validación de datos es un elemento integral para la implementación exitosa del FBD. Las auditorías de los datos pueden ser internas y realizadas por los socios del FBD durante las visitas de supervisión o a través de evaluaciones rápidas; o, las auditorías pueden ser realizadas a nivel externo por terceros o por un consultor independiente.

El objetivo de esta auditoría y verificación de los datos es determinar si los datos recolectados en los puntos de prestación de servicios son confiables y fidedignos. Al mismo tiempo, este proceso sirve como un abordaje independiente, no sesgado con la finalidad de evaluar el nivel de satisfacción de los clientes con los servicios de salud contratados. Los múltiples niveles de validación de datos mejoran la confiabilidad y uso de los datos correspondientes al desempeño, y aseguran que éstos sean completos y oportunos. Estos niveles aseguran que los proveedores de servicios no intenten solicitar un pago superior al acordado, y adicionalmente sanciona a los proveedores de servicios por el deterioro de la calidad.

6. Resultados

El FBD se enfoca en los resultados. El comprador solo paga por los resultados y estos resultados deben estar claramente demostrados y validados a través de una documentación rigurosa. Los resultados pueden

mostrar el avance logrado hacia la consecución de las metas. Los resultados pueden implicar un ‘impacto’ sobre el estado de salud o registrarse como aportes intermedios en una ruta más amplia hacia el impacto.

Los resultados reflejan la cantidad y calidad de los sistemas de FBD. Los donantes al igual que los gobiernos insisten en los resultados basados en evidencias cuando determinan cómo gastar su dinero. Los resultados tanto en términos de la cantidad como de la calidad son necesarios para documentar los cambios positivos atribuibles a la aplicación del FBD. Como tales, los resultados deberían ser difundidos regularmente para mantener informados a los interesados relevantes con respecto al avance logrado.

Pasos Clave para el Gobierno de los EE.UU. y la Organización Responsable de la Implementación en el Monitoreo, Validación y Verificación de los Datos

Gobierno de los EE.UU.	Organización Responsable de la Implementación
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear los informes regulares que detallan los resultados de los proveedores de servicios. • Asistir/guiar a la organización responsable de la implementación para alinear la recolección de datos y los indicadores del programa FBD con los indicadores y requisitos de datos globales del Gobierno de los EE.UU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que el diseño del FBD incluya una separación de las funciones y varios niveles de control. • Asegurar que los incentivos no favorezcan demasiado ciertos servicios en particular para evitar la distorsión. • Incluir indicadores de calidad, ya sea que se trate de indicadores individuales específicos o una calificación general de calidad basada en una lista de verificación. • Evaluar el SIGS para asegurar que el sistema sea adecuado para la recolección de datos sobre los indicadores FBD. • Proporcionar asistencia para el desarrollo de capacidades y/o asistencia técnica para el SIGS de acuerdo a necesidad. • Detallar los métodos mediante los cuáles se validará la cantidad de servicios de una manera clara y transparente. También se debería establecer un método para la determinación de la calidad de los servicios. • Especificar el efecto que la cantidad de servicios tendrá sobre el plan de pagos, es decir, si existe una tarifa para cada servicio, o un umbral o límite. • Planificar claramente los indicadores de calidad como las listas de verificación de la calidad de la supervisión. • Diseñar un plan para la recolección regular de datos, así como para compartir y analizar los datos con la finalidad de promover la transparencia; y difundir los resultados y el avance hacia la consecución de los indicadores identificados. • Realizar un seguimiento de los proveedores que se encuentran retrasados en cuanto al logro de sus metas. • Crear un proceso abierto y transparente para la validación de datos, tanto mediante las auditorías internas como externas de los mismos.

C. Evaluación

Una evaluación de impacto calcula los cambios a través del tiempo en una población o región específica que pueden ser atribuidos a un proyecto o programa. La evaluación puede enfocarse en indicadores de impacto como la mortalidad infantil o indicadores de servicio como la calidad de la atención. Los valores referenciales, el cronograma, la población objetivo, el área objetivo y los indicadores deberían estar explícitamente definidos. Las evaluaciones de impacto deberían ser realizadas por terceros neutrales para evitar sesgos.

Las evaluaciones de impacto proporcionan evidencia respecto al éxito o fracaso de un programa. Si el programa fue exitoso, se podrían implementar elementos del programa en otros sitios. Si no fuese así, se debería analizar el diseño del programa y difundir cualquier lección aprendida. Es crucial que se formule un plan para la evaluación del impacto durante la fase inicial de planificación del FBD. Se deben establecer los valores referenciales y determinar los criterios para lograr el éxito deseado. Aunque las evaluaciones de impacto son necesarias, también es importante reconocer la dificultad de atribuir el impacto a un proyecto o programa específico. Esto es especialmente cierto en la mayoría de los entornos en países en vías de desarrollo, donde numerosos donantes y entidades gubernamentales podrían estar implementando múltiples proyectos al mismo tiempo. Es de importancia crítica controlar los factores externos, siempre y cuando esto sea posible.

Pasos Clave para el Gobierno de los EE.UU. y la Organización Responsable de la Implementación en la Evaluación

Gobierno de los EE.UU.	Organización Responsable de la Implementación
<ul style="list-style-type: none">• Incluir la necesidad de una evaluación de impacto en el alcance de trabajo original.• Determinar la definición del éxito para el programa.• Considerar el beneficio potencial de contratar un equipo de evaluación de terceros neutrales para llevar a cabo la evaluación de impacto.• Difundir los resultados, incluyendo las lecciones aprendidas.• Incorporar abordajes positivos en los programas futuros e identificar los abordajes menos exitosos que deben ser mejorados o descartados.	<ul style="list-style-type: none">• Incluir una evaluación de impacto en el plan de trabajo y el cronograma.• Identificar y proporcionar datos claves requeridos para evaluar el impacto.• Incorporar abordajes positivos en los programas futuros e identificar los abordajes menos exitosos ya sea para mejorarlos o descartarlos.

D. Planificación para lograr un impacto sostenible

Durante las discusiones iniciales referentes al diseño del programa de FBD, a menudo surgió la interrogante referente a la sustentabilidad, como si el proceso fuera un elemento nuevo y costoso que tiene que cubrir todos sus costos variables y fijos para poder solventarse. Muchas veces se lo expresa de la siguiente manera “¿Quién pagará por el FBD después que el proyecto termine?” En realidad, una iniciativa FBD toma el flujo de recursos existente y lo canaliza hacia las actividades que están dirigidas a mejorar la calidad y la eficiencia operativa y que tengan un fuerte impacto sobre los resultados.

Para lograr la sustentabilidad, todos los socios e interesados deben ser movilizados y tener un sentimiento de propiedad sobre el programa. Los modelos nacionales del FBD de Ruanda fueron diseñados empleando un proceso participativo que involucraba a todos los interesados. La búsqueda de elementos comunes y consenso a nivel de los socios con diferentes modelos constituía la meta final. Se creó el foro principal de coordinación de los aspectos relativos a la implementación del FBD. El abordaje del Equipo Extendido, un abordaje colaborativo que involucraba a los actores del FBD, fue lanzado como una estrategia para cerrar la brecha entre la política y la implementación así como para ayudar al Ministerio de Salud a implementar su visión del FBD a nivel nacional.

La sostenibilidad asegura que existan recursos disponibles, incluyendo la combinación requerida de recursos para pagar por el desempeño, pero también para financiar la asistencia técnica, si fuese necesario. El programa a ser implementado debería estar basado en una relación válida y directa de causa y efecto, con una comprensión clara de los objetivos, las tareas especificadas en la secuencia correcta y una buena comunicación y coordinación basada en el cumplimiento.

La mejor manera de pensar respecto a cómo asegurar la sustentabilidad de un programa FBD consiste en asegurar que todos los interesados estén involucrados, que comprendan cómo y por qué el programa está estructurado de esta manera, y luchar para lograr la calidad, eficiencia e impacto deseados, sin importar la magnitud del flujo de recursos.

La sostenibilidad involucra inevitablemente un “traspaso” del donante original o socio responsable de la implementación. Con mucha anticipación a la finalización del programa de FBD, se deben poner en marcha los planes para la transición a la siguiente fase. Los requisitos para la transición variarán, pero éstos siempre deberían incluir el traspaso para evitar la calamidad clásica del ciclo del proyecto en el que los programas útiles ya establecidos, se evaporan repentinamente dejando en un brete a los socios y autoridades locales. Se debe tomar decisiones respecto a los roles que el proyecto debería desempeñar a medida que éste llega a su fin (quién debería ser el siguiente comprador, controlador, como mantendrán los proveedores los servicios a través del período de transición). Los servicios deben continuar y el programa de incentivos debería mantenerse como parte del sistema para evitar interrupciones. Una manera de encarar este aspecto consiste en realizar una conferencia con todos los interesados entre seis meses y un año antes de la conclusión del proyecto y explorar los aspectos relativos a la transición de modo que no surjan sorpresas desagradables.

Para ser verdaderamente sostenibles, si fuese posible, los programas de FBD deberían ser iniciados con una meta de apropiación local/nacional. El proceso de transición – el traspaso de los roles como el de ‘comprador’- deben comenzar lo más pronto posible y de manera gradual para que no se interrumpa la prestación de servicios y no se pierda el impulso. Tanto el Gobierno de los EE.UU. como la organización responsable de la implementación deberían tener un plan para efectuar la transición de un proyecto al siguiente.

Pasos Clave para el Gobierno de los EE.UU. y la Organización Responsable de la Implementación en la Planificación para Lograr la Sostenibilidad	
Gobierno de los EE.UU.	Organización Responsable de la Implementación
<ul style="list-style-type: none"> Mantener la comunicación con los interesados para alentar la apropiación. Involucrar a los interesados en las estrategias para lograr la sustentabilidad. Planificar los próximos pasos y la transferencia al finalizar el proyecto de FBD. Evitar pérdidas en el sistema: Si un proceso de adquisiciones debe comenzar nuevamente, asegurarse que el cronograma coincida con la finalización del proyecto actual (una yuxtaposición de 4 a 6 meses permitirá que la transición se realice ininterrumpidamente; un intervalo más corto constituye una fuente de preocupación para los interesados; y una brecha en el cronograma crea pérdidas reales e inevitables a nivel del sistema). Supervisar la comunicación y el traspaso entre las agencias responsables de la implementación. 	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la comunicación con los interesados para alentar la apropiación. Involucrar a los interesados en estrategias para lograr la sustentabilidad. Planificar los siguientes pasos y el traspaso al finalizar el proyecto de FBD actual (tal vez dentro del contexto de una conferencia de las partes interesadas). Proporcionar la información necesaria a las nuevas organizaciones responsables de la implementación, si fuese aplicable, para realizar el traspaso.

Fuente: CGD Performance Incentives for Global Health

V. Anexos

A. Perspectiva General de Programas Selectos de USAID con Elementos de FBD

País	Nombre del Proyecto	Fecha de Inicio y Terminación	Financiado	Agencia Responsable del Contrato	Descripción del Proyecto	Tipo de FBD	Área(s) Técnica(s)
Afganistán	REACH	2003-2006	USAID	MSH	Con la finalidad de aumentar el uso de los servicios de salud, REACH otorgó donaciones a ONGs locales e internacionales para mejorar los servicios de salud	Donaciones basadas en el desempeño	Atención Primaria
Afganistán	Tech-Serve	2006-2008	USAID	MSH	Asistencia para el Ministerio de Salud en la adjudicación y administración de US\$ 51 millones en donaciones para 16 ONGs locales e internacionales. Se prestó servicios a 600.000 clientes cada mes	Donaciones basadas en el desempeño	Atención Primaria
Etiopia	H CSP	2007-2011	USAID	MSH	Programa nacional de FBD para el Ministerio Federal de Salud (Ministerio de Salud)	Donaciones	VIH/SIDA, TB
Filipinas	IFPMPH	1993-1995	USAID	MSH	Financiamiento para las municipalidades con la finalidad de proporcionar servicios de salud reproductiva	Donaciones basadas en el desempeño	PF, MH, Supervivencia Infantil
Filipinas	IFPMPH	1995-2002	USAID	MSH	Una actividad inicial bajo el FPMT que utilizó umbrales o límites de desempeño con las Unidades del Gobierno Local (LGUs) fue una demostración temprana del impacto de los abordajes basados en el desempeño para mejorar el desempeño	Donaciones basadas en el desempeño	PF, Salud Materna, Supervivencia Infantil
Guinea	PRISM Planificación Familiar y Salud	1997-2002	USAID	MSH	Acceso ampliado a los servicios a nivel de la comunidad desarrollando Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMOs) y los MURIGAs (seguros de salud comunitarios) con la finalidad de eliminar las barreras económicas para acceder a la atención	Programas de Seguro de Salud Comunitarios	PPF, SR
Guinea	PRISM II	2003-2007	USAID	MSH	Acceso ampliado a los servicios a nivel de la comunidad desarrollando Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMOs) y los MURIGAs (seguros de salud comunitarios) con la finalidad de eliminar las barreras económicas para acceder a la atención	Programas de Seguro de Salud Comunitarios	PF, SR
Haití	Sistemas de Salud de Haití 2004	1995-2005	USAID	MSH	Identificación de poblaciones vulnerables en Haití para proporcionar acceso equitativo a los servicios de salud primaria y salud reproductiva; se desarrollaron servicios de salud para lograr una mayor autosuficiencia y sostenibilidad	Donaciones basadas en el desempeño	VIH/SIDA, TB
Haití	Sistemas de Salud de Haití 2004	2005-2007	USAID	MSH	Identificación de poblaciones vulnerables en Haití para proporcionar acceso equitativo a los servicios de salud primaria y salud reproductiva; se desarrollaron servicios de salud para lograr una mayor autosuficiencia y sostenibilidad	Donaciones basadas en el desempeño	Atención Primaria
Haití	SDHS	2007-2010	USAID	MSH	Donaciones basadas en el desempeño con el sector público y 27 ONGs	Donaciones basadas en el desempeño	Atención Primaria
Honduras	AIDSTAR-Two	2009-2011	USAID	MSH	Desarrollo de la capacidad organizacional a nivel de las ONGs locales que proporcionan servicios de prevención del VIH y servicios de consejería y pruebas de VIH para las Poblaciones en Más Alto Riesgo	Contratos basados en el desempeño	VIH/SIDA
Kenia	Kenya Health Care Financing Project	2008 – 2013	USAID	MSH	Desvío del dinero de los hospitales hacia la atención primaria de salud empleando un programa de donaciones condicionadas para los políticos	Donaciones Condicionadas	Atención Primaria

País	Nombre del Proyecto	Fecha de Inicio y Terminación	Financiador	Agencia Responsable del Contrato	Descripción del Proyecto	Tipo de FBD	Área(s) Técnica(s)
Kenia	APHIA Financing and Sustainability (AFS)		USAID	MSH	El Hospital de la Misión PCEA Chogoria tiene 30 clínicas y algunas de las clínicas estaban operando con déficits muy grandes. Se implementó un programa de incentivos para el personal de la clínica con la finalidad de mejorar el desempeño	Contrato basado en el desempeño	Atención Primaria
Madagascar	Madagascar Population Support Project (AP-PROPOP)	1993	USAID	MSH	Subcontratos con SDSA para proporcionar apoyo financiero, material y técnico a los socios del sector público y privado que completaron exitosamente el diseño de un proyecto y el proceso de aplicación del mismo	Donaciones basadas en el desempeño	PF
Malawi	Community Based Family Planning and HIV/AIDS Services	2007-2010	USAID	MSH	Promover servicios de planificación familiar y VIH/SIDA integrados, totalmente funcionales, de calidad, a clientes en áreas rurales a través de una red revitalizada de 1.000 agentes de distribución comunitaria	Contratos basados en el desempeño	Supervivencia Infantil, PF, VIH/SIDA
Nicaragua	UMS: PRONICASS	2005-2010	USAID	MSH	Desarrollar gerentes y líderes que logren resultados en las áreas de salud reproductiva, VIH/SIDA, enfermedades infecciosas y Salud Materna, Neonatal e Infantil a través del trabajo con organizaciones tanto del sector público como privado	Desarrolló un presupuesto basado en resultados para el Ministerio de Bienestar Familiar	VIH/SIDA, SR, Control de Enfermedades Contagiosas
Ruanda	VIH/FBD	2005-2009	USAID	MSH	Trabajó con el Ministerio de Salud de Ruanda para la implementación de iniciativas FBD que financiaron servicios prestados a través de los centros de salud y hospitales en la mayoría de los distritos	Donaciones basadas en el desempeño	VIH/SIDA
Ruanda	IHSSP	2008-2013	USAID	MSH	Proporcionar asistencia técnica al Ministerio de Salud de Ruanda a medida que implementa el sistema FBD a nivel nacional	Donaciones basadas en el desempeño, Transferencias de Efectivo Condicionadas	Atención Primaria
Sudáfrica	Atención Primaria	2004-2010	USAID	MSH	Donaciones para el desarrollo de capacidades y mejorar el desempeño para 23 organizaciones comunitarias. Ayuda para que 19.000 niños huérfanos y vulnerables (OVCs) reciban servicios vitales en el 2008	Donaciones basadas en el desempeño	VIH/SIDA, SR, PF, Supervivencia Infantil
Sudán	SHTP-II	2009-2010	USAID	MSH	Introducir el FBD en 12 condados para ampliar el acceso a los servicios de salud de calidad	Contratos basados en el desempeño	Supervivencia Infantil, PF, VIH/SIDA
Uganda	STAR-E	2009-2014	USAID	MSH	La meta general del programa es incrementar el acceso, la cobertura y la utilización de servicios comprensivos de prevención, atención y tratamiento del VIH/TB en los centros de salud del distrito y sus respectivas comunidades	Donaciones basadas en el desempeño	VIH/SIDA, TB
Uganda	STRIDES	2009-2014	USAID	MSH	Proporcionar servicios de salud en 15 distritos utilizando puntos de prestación de servicios totalmente operantes y el FBD como estrategias	Contratos basados en el desempeño	PF, SR, Supervivencia Infantil

B. Modelo de Indicadores y Cronogramas de Pago: Haití y Ruanda

1. Haití

Los objetivos, metas y pagos basados en el desempeño en Haití se muestran en la tabla a continuación. El modelo de Haití utiliza contratos de precio fijo además de una comisión de adjudicación. Los indicadores seleccionados son una combinación de indicadores de prestación de servicios, como la cobertura total de inmunización, visitas de control prenatal y partos asistidos; y los indicadores administrativos, como la presentación del plan de acción anual y los informes mensuales. Se realiza una selección aleatoria de cinco indicadores de prestación de servicios adicionalmente a la selección de indicadores para la vacunación y atención prenatal. A las ONGs que cumplen todas las metas se les otorga una bonificación del 6%, lo que da como resultado un máximo posible de 106% del presupuesto anual negociado.

Objetivo	Proporción del Presupuesto Anual Negociado
Firma del Contrato	10 por ciento
Presentación del plan de acción anual	15 por ciento
Presentación de los informes mensuales	1/12 de 10 por ciento del presupuesto aprobado cada mes
Aplicación de las recomendaciones para el fortalecimiento del sistema financiero	Ningún monto de dinero
Presentación de las solicitudes de pago trimestrales	1 de marzo: 20 por ciento
	1 de julio: 20 por ciento
	1 de octubre: 13 por ciento
	Noviembre: 6 por ciento
80 por ciento de los niños menores de un año completaron sus vacunas	1.5 por ciento
50 por ciento de las mujeres embarazadas reciben tres visitas de control prenatal	1.5 por ciento
Selección aleatoria de un indicador de la siguiente lista:	3 por ciento
El peso del 50 por ciento de los niños menores de cinco años está de acuerdo con los estándares	
63 por ciento de los partos son asistidos por una partera(o) capacitada(o)	
44 por ciento de las mujeres cuyo parto fue atendido reciben una visita de control postnatal en su domicilio	
50 por ciento de las mujeres embarazadas se sometieron a la prueba del VIH durante una visita de control prenatal	
75 por ciento de los pacientes nuevos con TB positiva también se sometieron a la prueba del VIH	
Presentación oportuna de los informes trimestrales al proyecto	Ningún monto de dinero
Se implementaron sistemas de supervisión con criterios específicos	Ningún monto de dinero
Incentivos adicionales si se cumplieron todas las metas anteriores	6 por ciento
El máximo posible	106 por ciento del presupuesto negociado

Source: CGD Performance Incentives for Global Health

2. Ruanda

La tabla a continuación muestra el cronograma de pagos para el Modelo Nacional de FBD de Ruanda en el 2008. El modelo de Ruanda utiliza el pago de tarifas por servicio con una calificación para la calidad. Un total de 24 indicadores fueron seleccionados: 14 indicadores para la atención primaria de salud incluyendo visitas prenatales, inmunizaciones, parto, planificación familiar y referencias; y 10 indicadores se relacionan específicamente con los servicios de VIH/SIDA. Los criterios compuestos para la validación de cada indicador están determinados, así como también como una tarifa unitaria por servicio. El modelo de Ruanda también utiliza la calificación de calidad como un índice de deflación, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Pago total de adjudicación a un establecimiento} = (\text{Volumen} * \text{Tarifa Unitaria}) * \% \text{ de la Calificación Trimestral de Calidad}$$

La Calificación de Calidad está basada en el desempeño del establecimiento en contraposición con una lista de verificación de los indicadores de calidad, realizada trimestralmente.

Indicador	Criterios Compuestos	Pagos	
1	Atención Primaria Curativa: Casos Nuevos	Información en el registro sobre: el número, nombre, sexo, caso nuevo, dirección, síntomas clínicos, examen físico, diagnóstico, resultado, tratamiento, zona/fuera de la zona	100
2	Atención Prenatal: Casos Nuevos	Información en el registro ANC sobre: nuevos casos, examen físico, examen obstétrico, exámenes adicionales y visita de control	50
3	Atención Prenatal: Mujeres con 4 visitas de control prenatal	Información en el registro ANC sobre 4 visitas estándar: (1 ^{er} , 2 ^{do} , 3 ^{er} trimestre y a los 9 meses)	200
4	Atención Prenatal: Vacuna TT 2-5	Información en el registro ANC sobre la 2 ^{da} , 3 ^a , 4 ^a o 5 ^a dosis de la Vacuna TT	250
5	Atención Prenatal: Segunda dosis de Sulfadoxina	1) Registro ANC con información sobre SP; 2) SP administrada después del 4 ^{to} mes del embarazo y antes del 8 ^{vo} mes del embarazo, con un intervalo de por lo menos un mes entre las dos dosis	250
6	Atención Prenatal: Referencia de un Embarazo de Alto Riesgo antes del 9 ^{mo} mes	Contra-referencias recibidas dentro del mes de evaluación firmadas por el médico del Hospital del Distrito	1,000
7	Monitoreo del Crecimiento: niños de 11 – 59 meses que acuden a la consulta en el Centro de Salud	Información en el registro sobre: el número, nombre, sexo, dirección, edad, talla/peso	100
8	Planificación Familiar: Nuevo Usuario	Información en el registro de Planificación Familiar sobre el nombre, edad, dirección, exámenes, historia, examen físico y método moderno recetado	1,000
9	Planificación Familiar: Usuario existente	Información en el registro de Planificación Familiar sobre el monitoreo de los usuarios existentes	100
10	Vacunas: Niños que tienen todas las vacunas	Información en el registro sobre: el número, nombre, fecha de nacimiento, sexo, dirección, fechas de la BCG, OPV 1, 2, 3, Pentavalente 1, 2, 3 y sarampión, con relación al calendario de vacunación, al finalizar el primer año	500
11	Parto atendido en el Centro de Salud	Partogramas en el registro de la maternidad con: nombre: etapas del parto, y parto	2,500
12	Parto: Referencia de casos obstétricos de emergencia	Contra-referencias recibidas dentro del mes de evaluación firmadas por el médico del Hospital del Distrito	2,500
13	Referencia por desnutrición severa	Contra-referencias recibidas dentro del mes de evaluación firmadas por el médico del Hospital del Distrito	2,000
14	Referencia de Emergencia	Contra-referencias recibidas dentro del mes de evaluación firmadas por el médico del Hospital del Distrito	1,000
15	P&C (pruebas de VIH y consejería)	Ninguno	500
16	PMTCT (Prevención de la Transmisión del VIH de la Madre al Hijo): Número de parejas que se sometió a la prueba del VIH	Ninguno	2,500

Indicador		Criterios Compuestos	Pagos
17	PTMTCT: Número de mujeres con VIH+ que reciben tratamiento con ARV durante el embarazo	Ninguno	2,500
18	PMTCT: Número de niños nacidos de madres con VIH+ que se sometió a la prueba del VIH	Ninguno	5,000
19	Tratamiento: Número de pacientes con VIH+ que se sometió a la prueba para el recuento de CD4 cada 6 meses	Ninguno	2,500
20	Tratamiento: Número de pacientes con VIH+ tratado con CTX cada mes	Ninguno	250
21	ARV: Número de pacientes adultos nuevos que recibe tratamiento en base a ARV	Ninguno	2,500
22	ARV: Número de pacientes pediátricos nuevos que recibe tratamiento en base a ARV	Ninguno	3,750
23	Prevención del VIH: Número de personas con VIH+ que utiliza métodos de planificación familiar	Ninguno	1,500
24	TB/MST: Número de pacientes con VIH+ que se sometió a la prueba de la TB	Ninguno	1,500

Fuente: Sitio web del FBD de Ruanda: www.pbfrwanda.org.rw

C. Modelo de un Cronograma de Implementación (Sudan Health Transformation Project-II)

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 - Jefe de Equipo | 7 - Contratos y Donaciones |
| 2 - Jefe de Equipo y Equipo | 8 - Asesor Técnico Mayor |
| 3 - Director Técnico | 9 - Recursos Humanos |
| 4 - Finanzas y Administración | 10 - USAID |
| 5 - Monitoreo y Evaluación | 11 - MSH-Cambridge |
| 6 - Oficial de Contratos | |

Actividad	Persona Responsable
Inicio del Proyecto	
0.0 Actividades durante el Arranque	
0.1 Establecer la presencia en el país OSC	1, 4, 9
0.2 Desarrollar y presentar los documentos esenciales del proyecto a USAID	1, 3, 5
0.3 Realizar la reunión de arranque del proyecto SHTP II con el Ministerio de Salud/USAID	2
Resultado # 1: Acceso/disponibilidad ampliada a los servicios y prácticas de alto impacto	
1.1 Proporcionar financiamiento para la transición a las agencias líderes para continuar los servicios hasta que se hayan emitido los subcontratos de la CBD	
1.1a Revisar los acuerdos de la agencia líder para determinar el nivel de financiamiento para la transición	3
1.1b Liberación de RFP de fuente única	6
1.1c Revisar las propuestas	1, 3
1.1d Proporcionar acuerdos previos al subcontrato a todas las Agencias Locales	6
1.1e Negociar y firmar contratos con las agencias líderes	1, 6
1.1f Desarrollar herramientas de planificación, M&E para elaborar informes	3, 5
1.1g Desembolsar el financiamiento	4
1.1h Revisar y aprobar los planes de trabajo y los planes de M&E	1, 3, 5
Monitorear los informes y estados financieros	3, 4, 5
Proporcionar retroalimentación por escrito a cada condado	3, 4, 5
1.2 Desarrollar un programa de contratación basado en el desempeño	
1.2a Definir los Flujos Financieros y de Pagos (procedimientos escritos de Flujos Financieros y Pagos)	3, 4
1.2b Definir la estructura del contrato (modelo de contrato) con el Ministerio de Salud	4, 6, 7, 8
1.3 Desarrollar e implementar un plan para desarrollar la capacidad FBD del Ministerio de Salud y Bienestar Social	
1.3a Elaborar el Borrador de los Lineamientos y Procedimientos de Contratación	4, 7
Obtener la aprobación del modelo y los procedimientos de contratación de USAID y la Oficina Principal de MSH	3, 4, 6, 10, 11
1.3b Desarrollar los mecanismos para el monitoreo del contrato basado en el desempeño	5
1.3c Desarrollar herramientas, abordajes y sistemas comunes para administrar los subcontratos	3, 5, 8
1.3d Organizar la orientación para el personal del Ministerio de Salud sobre el proceso de CBD (contratación basada en el desempeño)	1
Evaluar el sistema SIGS implementado actualmente; desarrollarlo/actualizarlo de acuerdo a necesidad	3, 5, 8
1.4 Implementar el proceso CBD con anterioridad a la licitación	
1.4a Definir las metas y objetivos generales de los contratos basados en el desempeño	1, 3
1.4b Llevar a cabo talleres con contratistas potenciales para informarles sobre la CBD y fomentar la aceptación del proceso	2
1.4c Decidir con respecto a los servicios a ser subcontratados	3, 8
1.4d Definir el alcance del subcontrato (por ejemplo las áreas de captación, poblaciones meta, productos, etc.)	
1.4e Llevar a cabo la evaluación de referencia de los servicios en 12 condados para establecer las metas y montos en dólares estadounidenses para cada uno de los contratos	5, 8
1.4f Llevar a cabo la determinación de costos del paquete Atención Primaria	8
1.4g Elaborar los términos de los subcontratos (metas, productos a ser entregados, monto en dólares estadounidenses, duración)	3, 5
1.4h Diseñar los criterios de monitoreo y evaluación e identificar los indicadores para medir el desempeño del subcontrato basado en los indicadores del SHTP II y del Ministerio de Salud	3, 5, 8
1.4i Determinar los mecanismos de pago	4, 7

Actividad	Persona Responsable
1.5 Llevar a cabo y abrir un proceso de licitación competitivo	
1.5a Conformar un Comité de Evaluación y determinar los criterios de evaluación	4, 7
1.5b Elaborar el documento de la licitación (RFP)	6, 7
1.5c Difundir la Solicitud de Propuestas	4, 6
1.5d Organizar talleres abiertos para la preparación de propuestas	2
1.5e Revisar y calificar las propuestas con el Comité de Evaluación	3, 8
1.5f Seleccionar socios subcontratistas basándose en el desempeño	1
1.5g Recibir aprobación de USAID para la adjudicación de los subcontratos	6
1.6 Elaborar y negociar el subcontrato	
1.6a Negociar los indicadores y metas de desempeño del subcontrato con los proveedores de servicios receptores	1
1.6b Llevar a cabo una evaluación de las ONGs seleccionadas con anterioridad a la adjudicación	7
1.6c Adjudicar los subcontratos	4, 6
1.6d Firmar los subcontratos	4, 6
1.6e Trabajar con los socios subcontratistas nuevos para presentar los planes para la transición del establecimiento para asegurar una transición llana entre las ONGs si fuese aplicable	4, 6
1.7 Administrar la implementación de los subcontratos basados en el desempeño	3
1.8 Monitorear el desempeño del subcontrato en contraposición con los objetivos definidos en el subcontrato	
1.8a Establecer equipos de evaluación para la encuesta de referencia (y para su uso posterior en las visitas de validación de la CBD)	5
1.8b Recolectar/recibir los informes de desempeño del subcontratista (datos del servicio y avance logrado respecto a otros indicadores)	3, 5
1.8c Monitorear el desempeño de la ONG/OR empleando los informes de desempeño y protocolos de evaluación (posiblemente utilizar un grupo independiente) antes de realizar el pago	5
1.8d Realizar los pagos de acuerdo con el cronograma y con los informes de desempeño	4
1.8e El Equipo de Evaluación Conjunta realiza visitas de validación esporádicas (método provisional de Aseguramiento de la Calidad)	5
1.8f Llevar a cabo visitas de monitoreo (apoyar la supervisión) en los países que requieren asistencia específica	1, 3, 4, 5
1.8g Adaptar la herramienta de validación SDMA de Haití para ser utilizada en Sudán	5, 8
1.8h Activar los equipos de evaluación para las visitas de validación de la CBD	5
1.8i Implementar anualmente el protocolo de Evaluación de la Prestación y Gestión de Servicios (SDMA por sus siglas en inglés) con todos los Subcontratistas	1
1.8j Proporcionar retroalimentación escrita a cada condado	
Evaluar el desempeño en contraposición con los indicadores de Monitoreo y Evaluación (trimestralmente)	3
Adjudicar el pago de la tarifa	4
Adjudicar el contrato del contratista y adaptar/cambiar el convenio del contrato basado en los resultados de M&E (después de 1 año)	4
1.9 Desarrollar el modelo FFSDP para el Sur de Sudán	
1.9a Circular los materiales sobre el FFSDP a nivel de las LAs y el Ministerio de Salud	3
1.9b Llevar a cabo un taller para llegar a un acuerdo con respecto a los elementos centrales de un FFSDP	1, 3
1.9c Desarrollar el documento del FFSDP para el Sur de Sudán	1, 3

1 - Jefe de Equipo
2 - Jefe de Equipo y Equipo
3 - Director Técnico
4 - Finanzas y Administración
5 - Monitoreo y Evaluación
6 - Oficial de Contratos

7 - Contratos y Donaciones
8 - Asesor Técnico Mayor
9 - Recursos Humanos
10 - USAID
11 - MSH-Cambridge



AIDSTAR-Two
capacity for impact



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

