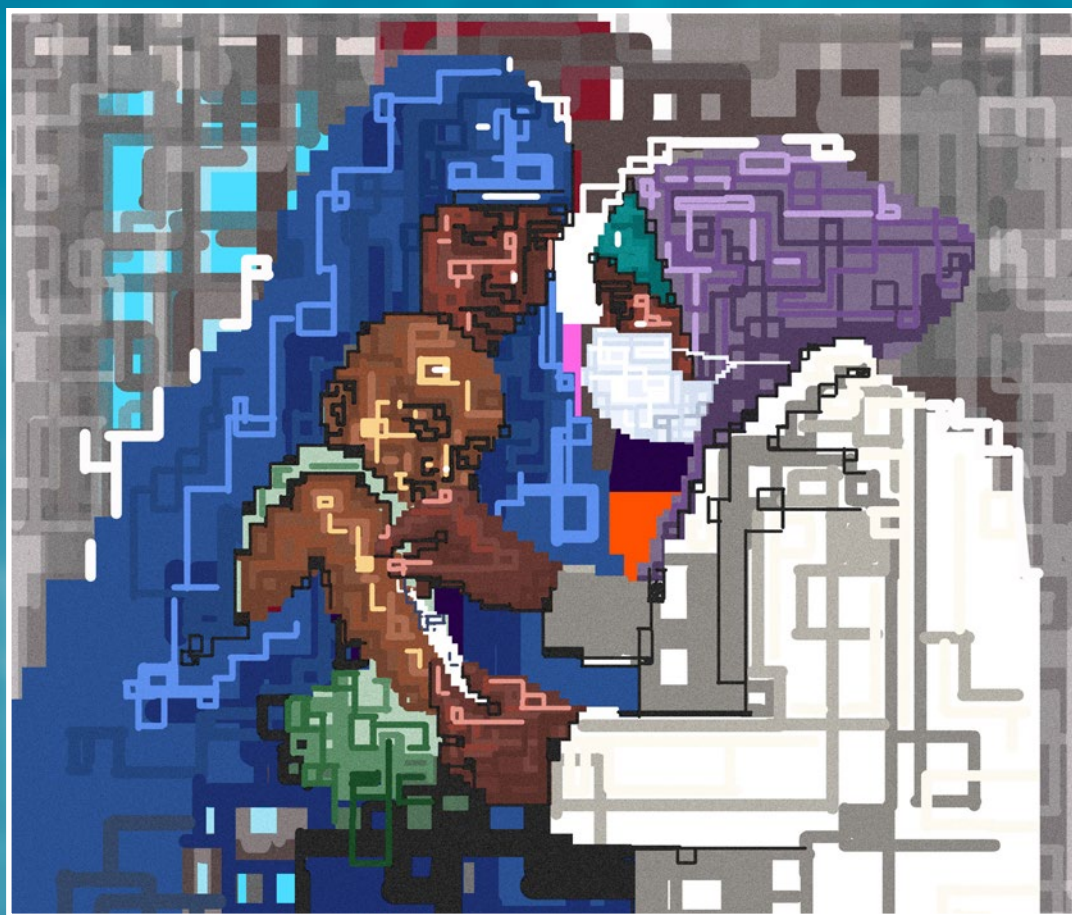


# Cómo mejorar la cobertura efectiva de la salud

## ¿Funcionan los incentivos financieros?



**Damien de Walque, Eeshani Kandpal, Adam Wagstaff**

Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen,  
Anja Sautmann, Gil Shapira y Ellen Van de Poel





Panorama general

# CÓMO MEJORAR LA COBERTURA EFECTIVA DE LA SALUD: ¿FUNCIONAN LOS INCENTIVOS FINANCIEROS?

Damien de Walque, Eeshani Kandpal, Adam Wagstaff

Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen, Anja Sautmann,  
Gil Shapira y Ellen Van de Poel

Informe sobre investigaciones  
relativas a las políticas de desarrollo



**GRUPO BANCO MUNDIAL**

Este cuadernillo contiene el “Panorama general” del documento titulado *Improving Effective Coverage in Health: Do Financial Incentives Work?* (doi: 10.1596/978-1-4648-1825-7). Puede consultarse el libro completo en formato PDF en inglés en <https://openknowledge.worldbank.org/> y <http://documents.worldbank.org/>, y pueden adquirirse copias impresas en [www.amazon.com](http://www.amazon.com). Por favor, utilice la versión final del libro para citar, reproducir o adaptar fragmentos.

© 2022 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial  
1818 H Street NW, Washington, DC 20433, EE. UU.  
Teléfono: 202-473-1000; sitio web: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

Reservados algunos derechos

La presente obra fue publicada originalmente por el Banco Mundial en inglés en el 2022. En caso de discrepancias, prevalecerá el idioma original.

Esta obra ha sido realizada por el personal del Banco Mundial con contribuciones externas. Las comprobaciones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no necesariamente reflejan la opinión del Banco Mundial, de su Directorio Ejecutivo ni de los países representados por este. El Banco Mundial no garantiza la exactitud, la exhaustividad ni la vigencia de los datos incluidos en este trabajo. Tampoco asume responsabilidad por errores, omisiones o discrepancias en la información aquí contenida ni otro tipo de obligación con respecto al uso o a la falta de uso de los datos, los métodos, los procesos o las conclusiones aquí presentados. Las fronteras, los colores, las denominaciones y demás datos que aparecen en los mapas de este documento no implican juicio alguno, por parte del Banco Mundial, sobre la condición jurídica de los territorios, ni la aprobación o aceptación de tales fronteras.

Nada de lo que figura en el presente documento constituirá ni se considerará una limitación o renuncia a los privilegios e inmunidades del Banco Mundial, los cuales quedan específicamente reservados en su totalidad.

#### Derechos y autorizaciones



Esta publicación está disponible bajo la licencia Creative Commons de Reconocimiento 3.0 para Organizaciones Intergubernamentales (CC BY 3.0 IGO), [https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/deed.es_ES). Bajo la licencia Creative Commons de Reconocimiento, queda permitido copiar, distribuir, transmitir y adaptar esta obra, incluso para fines comerciales, en las siguientes condiciones:

**Cita de la fuente:** La obra debe citarse de la siguiente manera: De Walque, Damien, Eeshani Kandpal, Adam Wagstaff, Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen, Anja Sautmann, Gil Shapira y Ellen Van de Poel. 2022. *Cómo mejorar la cobertura efectiva de la salud: ¿Funcionan los incentivos financieros?* Panorama general. Banco Mundial, Washington, DC. Licencia: Creative Commons de Reconocimiento para Organizaciones Intergubernamentales CC BY 3.0 IGO.

**Traducciones:** En caso de traducirse la presente obra, la cita de la fuente deberá ir acompañada de la siguiente nota de exención de responsabilidad: “La presente traducción no es obra del Banco Mundial y no deberá considerarse traducción oficial de dicho organismo. El Banco Mundial no responde por el contenido ni los errores de la traducción”.

**Adaptaciones:** En caso de que se haga una adaptación de la presente publicación, la cita de la fuente deberá ir acompañada de la siguiente nota de exención de responsabilidad: “Esta es una adaptación de un documento original del Banco Mundial. Las opiniones y los puntos de vista expresados en esta adaptación son exclusiva responsabilidad de su autor o sus autores y no están avalados por el Banco Mundial”.

**Contenido de terceros:** Téngase presente que el Banco Mundial no necesariamente es el autor de todos los componentes de esta obra, por lo que no garantiza que el uso de los componentes o las partes que son propiedad de terceros no violará los derechos de estos. El riesgo de reclamación derivado de dicha violación correrá por exclusiva cuenta del usuario. Si se desea reutilizar algún componente de esta obra, es responsabilidad del usuario determinar si debe solicitar autorización y obtener dicho permiso del propietario de los derechos de autor. Como ejemplos de componentes se pueden mencionar los cuadros, los gráficos y las imágenes, entre otros.

Toda consulta sobre derechos y licencias deberá enviarse a la siguiente dirección: World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, EE. UU.; correo electrónico: [pubrights@worldbank.org](mailto:pubrights@worldbank.org).

*Fotografía de la portada:* © Uchenna Ohagwu. Utilizada con la autorización de Uchenna Ohagwu. Para volver a utilizar las imágenes, se requiere autorización adicional.

# Índice

Prólogo v

Agradecimientos ix

Sobre los autores xi

Siglas y abreviaturas xv

**Panorama general 1**

Reseña del informe 2

Introducción 3

¿Por qué es conveniente la cobertura efectiva? 6

Enfoque regional y temático del informe 9

Remuneración por desempeño 10

Cómo entender las limitaciones que obstaculizan la cobertura efectiva 11

Observaciones clave sobre los incentivos financieros en la prestación de servicios de atención primaria de la salud en los países de ingreso bajo 18

La remuneración por desempeño y las alternativas del lado de la demanda y de la oferta 22

De cara al futuro: Investigación y consecuencias operativas 25

Nota 33

Referencias bibliográficas 33

**Recuadro**

PG.1 En la mira: Elementos de acción para los equipos de trabajo que trabajan en la reforma del financiamiento de la salud 26

### Gráficos

PG.1	Curvas de la cobertura efectiva para la atención prenatal	8
PG.2	El estado de los sistemas de salud centralizados en los países de ingreso bajo	12
PG.3	Disponibilidad de medicamentos e insumos, equipos y otros suministros para proveer atención prenatal	14
PG.4	Brechas entre el conocimiento, la capacidad y las acciones en la prestación de atención prenatal	16
PG.5	Prestación de servicios innecesarios para la atención prenatal en cinco países de África subsahariana	17
PG.6	Impactos del financiamiento basado en el desempeño sobre la infraestructura de los establecimientos de Camerún y Nigeria	20
PG.7	Impactos del financiamiento basado en el desempeño sobre la capacidad no utilizada, o la brecha entre el conocimiento, la capacidad y las acciones en Camerún y Nigeria	21
PG.8	Comparación del impacto agrupado del financiamiento basado en el desempeño y el financiamiento no condicionado de los establecimientos de salud en cinco países de África subsahariana (Camerún, Nigeria, Rwanda, Zambia y Zimbabwe)	23
PG.9	Impactos del financiamiento basado en el desempeño, los bonos y las transferencias monetarias condicionadas en el uso de los servicios de salud materno-infantil: Resultados de un metaanálisis	24

# Prólogo

Desde hace años, los países avanzan con paso firme hacia la mejora del acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, persisten ciertas brechas importantes en la equidad del acceso a los servicios de atención de la salud de alta calidad debido a la fragilidad de los sistemas de atención primaria. Además, el progreso logrado durante décadas se encuentra ahora en situación de riesgo a causa de la pandemia de COVID-19 (coronavirus). Esta es la pregunta a la que nos enfrentamos hoy en día: ¿cómo se pueden recuperar los logros alcanzados antes de la pandemia y, al mismo tiempo, incrementar la equidad y el progreso, para lograr mejores resultados y el acceso a la salud universal?

A mediados de la década de 2000, en muchos países se implementaron incentivos financieros o la remuneración por desempeño para los establecimientos de salud y el personal de atención primaria, como una forma innovadora de afrontar la dificultad de los malos resultados en materia de salud en las economías de ingreso bajo. Se produjo una variación importante con respecto a los modelos de financiamiento del pasado, que tenían poca relación con los resultados. Los proyectos de financiamiento basado en el desempeño (FBD) incluían esos incentivos económicos, al igual que otras reformas fundamentales relacionadas con la transparencia y la rendición de cuentas. Asimismo, estos nuevos proyectos estaban acompañados por una amplia cartera de evaluaciones del impacto, financiadas por el Fondo Fiduciario para la Innovación en materia de Resultados en el Sector de la Salud del Banco Mundial.

No habría sido posible poner en marcha estos programas, ni elaborar este informe, sin la colaboración multidisciplinaria y sin precedentes entre los Gobiernos clientes y el personal de investigación y operaciones del Banco Mundial, que llevan 15 años de trabajo en casi 40 países, impulsados por

el deseo no solo de brindar información a los programas para los países por medio de evaluaciones rigurosas, sino también de contribuir al diálogo mundial para la mejora de los sistemas de salud. Este informe, *Cómo mejorar la cobertura efectiva de la salud: ¿Funcionan los incentivos financieros?*, se basa en esta inversión significativa en conocimientos y en pruebas obtenidas en este ámbito fundamental, con el fin de evaluar los resultados del FBD. Aunque los estudios se concentran en los países de ingreso bajo y los servicios primarios, su alcance es extraordinario. Cada uno de los programas más importantes que se incluyeron en este informe, como los de Argentina, Camerún, Nigeria, Rwanda, Tayikistán y Zimbabwe, cubría a millones de hogares. En el informe, se recopila dicho trabajo y se ofrece un análisis adicional en el que se evalúan las pruebas sobre la remuneración por desempeño en específico y los resultados más amplios de los proyectos de FBD.

A partir de este informe, surgieron varias conclusiones generales muy importantes. Asimismo, se documenta que los proyectos de FBD permitieron lograr avances con respecto a los resultados en materia de salud en comparación con el *statu quo*, aunque estos avances no necesariamente fueron el resultado de los incentivos financieros específicos ni de los componentes de seguimiento conexos de los proyectos. Si bien la transparencia, la rendición de cuentas y el financiamiento directo de los establecimientos de atención primaria generaron resultados positivos, las investigaciones no muestran beneficios adicionales que superen los costos de la remuneración por desempeño para el personal de atención primaria. En particular, muchos aspectos de las mejoras en la calidad de la atención escapan al control del personal sanitario. Por lo tanto, una reforma eficaz del financiamiento de los sistemas de salud podría significar el abandono de la remuneración por desempeño, aunque manteniendo otros aspectos importantes de los proyectos de FBD que sí permiten obtener resultados similares. En el informe también se analiza la demanda y se hace hincapié en que las transferencias monetarias y el uso de bonos pueden ser una parte de la solución para lograr una cobertura más efectiva en entornos de baja demanda.

Los mensajes relacionados con las políticas y los aspectos operativos de este informe son convincentes, tal como se detalla en el capítulo final. Si cuentan con autonomía presupuestaria, flexibilidad y sistemas de remuneración unificados, los establecimientos de salud pueden proveer una mejor sanidad y, en estos casos, sus presupuestos pueden orientarse a los resultados y tener un impacto, incluso sin utilizar una remuneración por desempeño explícita. En contextos donde la remuneración por desempeño podría ser



adecuada, el uso de tecnologías emergentes puede permitir reducir los costos de ejecución inherentes a la implementación y el seguimiento.

Si bien el análisis de este informe toma como punto de partida pruebas recopiladas antes de la crisis de la COVID-19, las conclusiones son más importantes que nunca, ya que el mundo está en pleno proceso de recuperación y se presenta una oportunidad sin precedentes para que los países planteen nuevas formas de desarrollar y financiar sus sistemas sanitarios, y de prestar servicios para que todo el mundo tenga acceso a la salud.

Carmen M. Reinhart  
*Vicepresidenta sénior de Economía  
del Desarrollo y economista en jefe  
Banco Mundial*

Mamta Murthi  
*Vicepresidenta de  
Desarrollo Humano  
Banco Mundial*

*Marzo de 2022*



# Agradecimientos

Este informe se elaboró bajo el liderazgo de Adam Wagstaff, quien, en el momento de su fallecimiento a la edad de 61 años, el 10 de mayo de 2020, se desempeñaba como gerente del Equipo de Desarrollo Humano del Grupo de Investigaciones sobre el Desarrollo. No es necesario presentar a Adam, ya que era uno de los líderes mundiales en materia de financiamiento de la salud y reforma de los sistemas sanitarios.

En las sesiones de planificación de este informe, expresó una sólida visión de aplicar un enfoque directo y basado en las pruebas existentes en la difícil tarea de diseñar una reforma del financiamiento de la salud que sea sostenible y tenga potencial de expansión. Sobre todo, le interesaba documentar las consecuencias de esa reforma en la calidad y la equidad de la atención prestada. Adam condujo el enfoque de este informe hacia la cobertura efectiva. No solo nos orientaba en el aspecto intelectual, sino que también abogaba por la comunicación clara de esta investigación y la transformación de las conclusiones obtenidas en elementos de acción concretos en los que pudieran basarse los responsables de la formulación de políticas a la hora de desarrollar programas de financiamiento de la salud. Su curiosidad intelectual y su rigor llevaron al equipo a formular preguntas importantes y pertinentes para las políticas, y a responderlas tan bien como las pruebas lo permitieran y sin dejar de admitir lo que no sabemos.

Estamos agradecidos por haber tenido la oportunidad de conocer a Adam, trabajar con él y aprender de él. Aunque lo extrañamos mucho, su calidez, sentido del humor y compañerismo nos inspiraron y motivaron durante todo el proceso de elaboración de este informe. En su ausencia, nos esforzamos por redactar un informe en el que esperamos que Adam se alegraría de ver su nombre.

El equipo que elaboró este informe estuvo liderado por Damien de Walque, Eeshani Kandpal y Adam Wagstaff, y conformado por Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen, Anja Sautmann, Gil Shapira y Ellen Van de Poel.

El equipo agradece sinceramente a Francisca Ayodeji Akala, Harold Alderman, Paulin Basinga, Sebastian Bauhoff, Kathleen Beegle, Mickey Chopra, Mariam Claeson, Jishnu Das, Asli Demirgüç-Kunt, Shantayanan Devarajan, Tania Dmytraczenko, David Evans, Francisco Ferreira, Deon Filmer, Guenther Fink, Emanuela Galasso, Roberta Gatti, John Giles, Amanda Glassman, Michele Gagnolati, Stuti Khemani, Aart Kraay, Joe Kutzin, Ken Leonard, Magnus Lindelow, Benjamin Loevinsohn, Bruno Meessen, Manoj Mohanan, Mamta Murthi, Ayodeji Oluwole Odutolu, Berk Özler, Elina Pradhan, Carmen Reinhart, Daniel Rogger, Norbert Schady, Mahvish Shaukat, Gaston Sorgho, Juan Pablo Uribe, Petra Vergeer, Christel Vermeersch, Monique Vledder, David Wilson, Sophie Witter, Michael Woolcock y Feng Zhao por sus aportes en diferentes etapas de este trabajo. A su vez, Fozia Aman, Salome Drouard, Pablo Amor Fernández, Diwakar Kishore, Sneha Lamba, Carolina López, Mayra Saenz y Jeanette Walldorf proporcionaron una excelente asistencia durante la investigación. Agradecemos a Antonn Park por editar este informe. También agradecemos el apoyo de los siguientes fondos fiduciarios administrados por el Banco Mundial: el Fondo Fiduciario para la Innovación en materia de Resultados en el Sector de la Salud; el Mecanismo Mundial de Financiamiento para las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, y el programa Conocimientos para el Cambio.

# Sobre los autores

## Autores principales

**Damien de Walque** es economista principal en el Grupo de Investigaciones sobre el Desarrollo (Equipo de Desarrollo Humano) del Banco Mundial. Sus intereses de investigación incluyen la salud y la educación, y las interacciones entre esos ámbitos. Su trabajo actual se enfoca en la evaluación del impacto de los incentivos financieros en los resultados alcanzados en el campo de la salud y la educación. Se dedica a evaluar el impacto de las intervenciones y las políticas relacionadas con el VIH/sida en numerosos países africanos. En lo que respecta a la oferta de servicios sanitarios, gestiona una amplia cartera de evaluaciones de impacto del financiamiento basado en resultados en el sector de la salud. Asimismo, De Walque editó un libro sobre los comportamientos riesgosos para la salud (el consumo de tabaco, drogas y alcohol, la obesidad y las conductas sexuales de riesgo) en los países en desarrollo. Tiene un título de doctorado en Economía de la Universidad de Chicago.

**Eeshani Kandpal** es economista superior en el Grupo de Investigaciones sobre el Desarrollo (Equipo de Pobreza y Desigualdad) del Banco Mundial. En su investigación, examina dos clases de incentivos financieros: 1) las transferencias monetarias a hogares pobres y 2) los contratos de remuneración por desempeño del personal sanitario y los establecimientos de salud, para mejorar los servicios de atención primaria de la salud que se prestan. Se interesa especialmente en los elementos de diseño, como los mecanismos de focalización de las transferencias monetarias y los regímenes de precios óptimos para la prestación de servicios sanitarios, así como en los efectos indirectos de los contratos incompletos o los métodos de focalización.

Kandpal tiene un título de doctorado en Economía Aplicada de la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign.

**Adam Wagstaff** fue gerente de investigación en el Grupo de Investigaciones sobre el Desarrollo (Equipo de Desarrollo Humano) desde 2009 hasta su fallecimiento en mayo de 2020. Obtuvo su título de doctorado en Economía en la Universidad de York; antes de incorporarse en el Banco Mundial, fue profesor de Economía en la Universidad de Sussex. Fue editor adjunto del *Journal of Health Economics* durante 20 años y tiene numerosas publicaciones sobre distintos aspectos del campo temático, como el financiamiento de la salud y la reforma de los sistemas sanitarios; la salud, la equidad y la pobreza; la valoración de la salud; la demanda de servicios de salud y su producción; la medición de la eficiencia, y las drogas ilícitas y la lucha contra las drogas. Gran parte de su trabajo reciente se enfocó en los seguros médicos, el financiamiento de la salud, la vulnerabilidad y las crisis sanitarias, y la reforma del pago a los proveedores. Wagstaff tenía una amplia experiencia en lo que respecta a China y Vietnam, pero también trabajó en países de África, Asia central, Europa, América Latina y Asia meridional, al igual que en otros países de Asia oriental. Fuera de la economía sanitaria, publicó trabajos sobre la medición de la eficiencia del sector público, la medición del poder sindical, el efecto redistributivo y las fuentes de progresividad del impuesto sobre la renta de las personas físicas, y el efecto redistributivo del crecimiento económico.

## **Autores que colaboraron**

**Jed Friedman** es economista principal en el Grupo de Investigaciones sobre el Desarrollo (Equipo de Pobreza y Desigualdad) del Banco Mundial. Entre sus intereses de investigación se encuentran la medición del bienestar y la pobreza, y la evaluación de las políticas sanitarias y sociales. En la actualidad, se dedica a investigar la eficacia de las reformas del financiamiento de la salud, los beneficios en materia de nutrición y desarrollo de los programas de inversión en la primera infancia, y la incorporación de nuevos enfoques basados en encuestas para medir el bienestar. Friedman tiene un doctorado en Economía de la Universidad de Michigan.

**Sven Neelsen** es economista en la Práctica Global de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, donde se enfoca en la medición y el

seguimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.8 (la cobertura sanitaria universal), y participa en la evaluación y la implementación de reformas del financiamiento de la salud en países de ingreso bajo y mediano. Estudió profundamente los impactos de la ampliación de la cobertura médica y de las crisis sanitarias en los gastos médicos de bolsillo, la cobertura de los servicios de salud y el consumo de los hogares entre los sectores pobres de Perú y Tailandia. Neelsen tiene un doctorado en Economía de la Universidad de Munich Ludwig Maximilian.

**Moritz Piatti-Fünfkirchen** es economista superior en el Banco Mundial y se dedica al punto de conexión entre la gestión de las finanzas públicas y la salud. Se interesa en la manera de equilibrar el control fiscal con las necesidades de prestación de servicios y escribió numerosos documentos sobre el uso de los sistemas de información para la gestión financiera. Hoy en día, su trabajo se enfoca en las reformas implementadas en la región de África, donde dirige varios programas de análisis, como los que se relacionan con la forma de aplicar soluciones tecnológicas revolucionarias. Antes de incorporarse al Banco Mundial, Piatti-Fünfkirchen trabajó como asesor en el Ministerio de Salud de Zanzíbar (Tanzanía), donde apoyó al Gobierno en la gestión presupuestaria y la implementación de reformas del financiamiento de la salud. Tiene una maestría en Ciencias Económicas para el Desarrollo de la Universidad de Oxford y una maestría en Economía de la Universidad de Aberdeen.

**Anja Sautmann** es economista de investigación en el Grupo de Investigaciones sobre el Desarrollo (Equipo de Desarrollo Humano) del Banco Mundial. Su investigación se enfoca en la manera en la que las personas toman decisiones a nivel individual y en el hogar, desde el cuidado de la salud de los niños hasta el consumo diario y el matrimonio, y la forma en la que los incentivos y las conductas individuales ayudan a diseñar políticas óptimas. Gran parte de su trabajo se centra en la demanda de la atención primaria a nivel público en Malí. Antes de incorporarse al Banco Mundial, Sautmann fue profesora adjunta en la Universidad de Brown (de 2010 a 2017) y directora de Investigación, Educación y Capacitación en la organización Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab, en el Instituto de Tecnología de Massachusetts (de 2017 a 2020). Obtuvo su título de doctorado en Economía en la Universidad de Nueva York y está afiliada a la red de investigación CESifo.

**Gil Shapira** es economista en el Grupo de Investigaciones sobre el Desarrollo (Equipo de Desarrollo Humano) del Banco Mundial. En su investigación, se dedica a analizar los problemas demográficos y sanitarios de los países en desarrollo. En la actualidad, investiga la efectividad de las reformas del financiamiento de la salud, los impactos indirectos de la pandemia de COVID-19 y las causas de las brechas y desigualdades en la calidad de los servicios sanitarios en África subsahariana. Shapira obtuvo su título de grado en Economía en la Universidad de Columbia y su título de doctorado en Economía en la Universidad de Pensilvania.

**Ellen Van de Poel** dirige el programa de trabajo sobre el Financiamiento de la Salud del Mecanismo Mundial de Financiamiento (MMF). Su equipo ayuda a los países a desarrollar e implementar estrategias para aumentar los recursos locales que se destinan a la salud y mejorar la eficiencia de los gastos en salud. Antes de incorporarse al MMF, Van de Poel fue profesora adjunta de Economía Sanitaria en la Universidad Erasmo de Róterdam (Países Bajos). En su investigación, se enfocó en la evaluación de las reformas del financiamiento de la salud y la medición de la equidad en este ámbito, y su trabajo se publicó en importantes revistas. Obtuvo su título de doctorado en la Escuela de Economía Erasmus.



# Siglas y abreviaturas

FBD	financiamiento basado en el desempeño
FDE	financiamiento directo de los establecimientos de salud
IHME	Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud
MMF	Mecanismo Mundial de Financiamiento
OMS	Organización Mundial de la Salud
TMC	transferencias monetarias condicionadas
TPI	tratamiento preventivo intermitente
VIH/sida	virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida



# Panorama general

## Mensajes principales

1. Los incentivos financieros o la remuneración por desempeño a los establecimientos y personal de atención primaria surgieron como una forma innovadora de mejorar la cantidad y la calidad de los servicios sanitarios prestados. Esta manera de financiar la salud surgió a raíz de los malos resultados constantes en materia sanitaria en los países de ingreso bajo y mediano, a pesar del aumento en el uso de los servicios.
2. Este informe incluye nuevas investigaciones que complementan las revisiones bibliográficas realizadas con el fin de evaluar los resultados de implementar dichos incentivos financieros.
  - a. Se presta especial atención a los impactos de la cobertura efectiva, una medida que combina el acceso a la salud con la calidad de la atención recibida.
  - b. Se cuestiona qué limitaciones en materia de calidad de la asistencia pueden abordarse mediante incentivos financieros para el personal sanitario.
  - c. También se plantea un interrogante sobre cuál fue el impacto de dichos incentivos en el uso y la calidad de la atención.
  - d. Por último, se pregunta cómo se puede comparar la oferta de esos incentivos con algunas alternativas de políticas clave: las transferencias monetarias, los bonos y el financiamiento directo de los establecimientos de atención primaria.
3. Varios estudios rigurosos demuestran que los proyectos de financiamiento basado en el desempeño (FBD), que incluyen la remuneración por desempeño entre otras características fundamentales, como las reformas en materia de transparencia y rendición de cuentas, generaron aumentos en la cobertura, pero una cantidad mucho menor de mejoras (si es que se produjo alguna) en la calidad de los servicios sanitarios prestados.

4. En comparación con las prácticas habituales, los proyectos de FBD generan mejoras de una magnitud similar a la de los enfoques de financiamiento directo de los establecimientos de salud (FDE), los cuales transfieren fondos equivalentes e incluyen reformas relacionadas con la transparencia y la rendición de cuentas, como sucede con los proyectos de FBD, aunque no cuentan con incentivos específicos para el personal sanitario ni con los componentes de seguimiento conexos.
5. Para los responsables de la formulación de políticas, el FBD puede resultar atractivo debido a la rendición de cuentas inherente a su vínculo con los resultados. Por lo tanto, las reformas del FDE deben incluir medidas, como portales o paneles de información, que permitan hacer un seguimiento de los flujos de fondos y brinden información oportuna sobre la calidad y la eficiencia de los servicios de atención de la salud que se prestan. Además, la remuneración por desempeño o las transferencias monetarias dirigidas a los hogares pueden complementar el financiamiento de las mejoras en determinados indicadores.

## Reseña del informe

*Cómo mejorar la cobertura efectiva de la salud: ¿Funcionan los incentivos financieros?* se organiza de la siguiente manera:

- **Panorama general.** Esta sección incluye un resumen de las conclusiones y los mensajes más importantes del informe.
- **Capítulo 1: Introducción.** En el capítulo 1, se describe el estado de la prestación de servicios en el ámbito de la atención materno-infantil, haciendo hincapié en el financiamiento de la atención, con incentivos adicionales para la oferta y la demanda, o sin ellos. Asimismo, se plantea el enigma de la persistencia de los malos resultados en materia de salud a pesar del aumento de la cobertura, lo que genera la necesidad de analizar la cobertura efectiva y los incentivos financieros para tal fin.
- **Capítulo 2: La cobertura efectiva: Un marco que vincula la cobertura con la calidad.** En el capítulo 2, se intenta responder la siguiente pregunta: “¿Qué es la cobertura efectiva y cuáles son sus consecuencias para la eficiencia?”.
- **Capítulo 3: La calidad de la atención: Un marco para medirla.** El capítulo 3 se enfoca en la pregunta “¿Cómo se relaciona la calidad de la atención con la cobertura efectiva, cómo medirla y qué limitaciones presenta?”.

- **Capítulo 4: Análisis de las limitaciones que atentan contra la calidad de la atención mediante el uso de información sobre las consultas prenatales en cinco países de África subsahariana.** En el capítulo 4, se ofrecen nuevas pruebas sobre las limitaciones en materia de calidad de la atención prenatal.
- **Capítulo 5: El financiamiento basado en el desempeño mejora la cobertura de las intervenciones de salud reproductiva, materna e infantil.** En el capítulo 5, se presentan pruebas del impacto del FBD sobre la prestación de los servicios, la calidad de la atención, los recursos humanos y la equidad hasta este momento.
- **Capítulo 6: Alternativas de políticas para el financiamiento basado en el desempeño.** En el capítulo 6, se mencionan alternativas, en las que se contemplan aspectos tales como los incentivos a la demanda y el FDE, por medio de una revisión sistemática y un análisis agrupado. Presenta un estudio profundo del FDE.
- **Capítulo 7: El financiamiento basado en el desempeño como una reforma del sistema de salud y una prueba de advertencia sobre la remuneración por desempeño y la atención irrelevante.** En el capítulo 7, se describe la función del FBD en el desarrollo de los sistemas sanitarios: evitar la atención no indicada y el uso inadecuado de los recursos; integrar la medición de la calidad en los sistemas sanitarios, y medir los impactos más amplios de la reforma del financiamiento de la salud.
- **Capítulo 8: Conclusión e implicaciones operativas.** En el capítulo 8, se llevan a la práctica los aspectos fundamentales del FBD, para lo que se toman en cuenta las pruebas presentadas.

## Introducción

Los incentivos financieros o la remuneración por desempeño permiten vincular los pagos realizados a los establecimientos de salud y al personal sanitario con la cantidad y la calidad de los servicios que prestan. Estos incentivos al desempeño aparecieron en escena en el financiamiento de la salud como consecuencia de un *statu quo* frustrante: los resultados en materia de salud han seguido siendo deficientes en los países de ingreso bajo y mediano a pesar de las inversiones sostenidas en la prestación de servicios de salud y el aumento concomitante de la utilización de los servicios en las últimas dos décadas (Eichler y Levine, 2009). Los proyectos de FBD —que

incluyen la remuneración por desempeño entre otras características fundamentales, como la reforma de la gestión financiera pública, la autonomía de los establecimientos de salud, la descentralización, la supervisión de apoyo a la atención primaria y la participación de la comunidad—resultaron atractivos para los organismos de desarrollo y los donantes debido a sus vínculos explícitos con la transparencia y la rendición de cuentas. Desde finales de la década de 2000, se han invertido más de USD 2500 millones en proyectos de FBD para la prestación de servicios de atención primaria en países de ingreso bajo. En el presente informe, se examinan las investigaciones sobre el impacto de la remuneración por desempeño específicamente, y de los proyectos de FBD en general, con respecto a la cobertura, la cobertura efectiva, los resultados en materia de salud, y la calidad clínica y de infraestructura.

A lo largo de este informe, se utiliza principalmente la cobertura efectiva para medir el desempeño. La cobertura efectiva es una medición que combina la posibilidad de acceso a la salud con un nivel mínimo de contenido y calidad. Tener en cuenta el contenido y la calidad de la atención es fundamental para entender por qué el aumento de la utilización de los servicios no siempre se traduce en una mejora de los resultados en materia de salud. Si bien el contenido y la calidad de la atención pueden estar aparentemente bajo el control de los establecimientos y el personal de atención primaria—después de todo, es el personal sanitario quien debe proporcionar la atención pertinente en cualquier interacción entre el paciente y el proveedor—, existen otras limitaciones a la calidad que los establecimientos o el personal no pueden controlar.

Para entender los motivos por los que el contenido y la calidad de la atención pueden ser inadecuados y comprender el alcance de la remuneración por desempeño para mejorarlos, en el informe se analizan las limitaciones para el contenido de la atención mediante un marco teórico y una aplicación empírica con respecto a la atención prenatal en cinco países de África subsahariana. En este marco, se desglosan las limitaciones que atentan contra la calidad de la atención y se describen los distintos niveles en los que se encuentran (Ibna *et al.*, 2019). El no contar con una infraestructura sanitaria adecuada que tenga una financiación suficiente y sostenible, y un equipo de personal sanitario competente que conozca los procedimientos necesarios, o que ponga el esfuerzo necesario, son algunas de las barreras que limitarán la calidad de la salud. Esta última barrera es la única sobre la que los trabajadores tienen un control directo, y, por ello, la remuneración por desempeño puede ayudar a mejorar la motivación y, en

consecuencia, la calidad de la salud provista. Por ejemplo, en un sistema de salud centralizado en el que los establecimientos de atención primaria no reciben un presupuesto adecuado —lo que con demasiada frecuencia es la realidad de muchos países de ingreso bajo—, si se avería un equipo o se agotan las existencias de medicamentos, es posible que los miembros del personal sanitario no puedan proveer la atención necesaria porque carecen de la infraestructura para hacerlo. La remuneración por desempeño puede ser un incentivo para los establecimientos y el personal de atención primaria, pero solamente mejora la calidad en cuanto sirve para motivar y así mejorar la labor de los trabajadores. Sin embargo, los datos muestran que las brechas en la infraestructura física y la disponibilidad de medicamentos y suministros son sustanciales. En otras palabras, muchas de las limitaciones a la calidad escapan al control del establecimiento o del personal sanitario, lo que sugiere que la remuneración por desempeño tiene un potencial limitado para mejorar la cobertura, la cobertura efectiva o la calidad de la atención.

A continuación, en el informe se realiza un análisis general del impacto de la remuneración por desempeño y de los proyectos más amplios de FBD en los sistemas de salud de los países de ingreso alto y de los países de ingreso bajo y mediano, y se aportan nuevas pruebas procedentes de múltiples evaluaciones de impacto rigurosamente diseñadas. Los datos demuestran que los proyectos de FBD han permitido mejorar la prestación de servicios sanitarios primarios, incluso en sistemas de salud centralizados y en países de ingreso bajo. No obstante, surgen interrogantes cuando se comparan la eficacia y la efectividad de las intervenciones centradas en FBD con otros programas de incentivos financieros, ya sea en el lado de la demanda como en el de la oferta. Por el lado de la demanda, en este informe se examinan tanto las transferencias monetarias condicionadas (TMC) como los bonos, mientras que, por el lado de la oferta, se considera el FDE, que comparte muchas características de los proyectos de FBD en cuanto a la provisión de un presupuesto operativo a la atención primaria, así como la autonomía sobre la forma de desembolsar ese presupuesto, pero no incluye la remuneración por desempeño.

Los resultados muestran que los incentivos financieros en el lado de la demanda y de la oferta pueden aumentar la cobertura. Estos incentivos suelen funcionar en paralelo, pero el aumento considerable de la cobertura efectiva sigue siendo un objetivo difícil de alcanzar. El debate y la interpretación de estos resultados ponen de manifiesto la importancia del entorno institucional. La remuneración por desempeño puede funcionar

adecuadamente en sistemas de salud descentralizados y de alta calidad que ya apoyan el financiamiento y la autonomía de los establecimientos de salud, así como la rendición de cuentas y la transparencia; en cambio, su potencial puede ser más limitado en sistemas de salud centralizados y con escasos recursos que presentan carencias en varios puntos clave. Además, en el informe se muestra que los incentivos del lado de la demanda y de la oferta pueden complementarse y así abordar distintas limitaciones. Entre los determinantes clave del impacto de la remuneración por desempeño en los indicadores seleccionados, se destacan los niveles base de la cobertura, el contenido y la calidad antes de introducir los distintos programas, los cambios en el esfuerzo por parte de los trabajadores ante los distintos programas, y la complementariedad de las tareas. Este informe advierte que la remuneración por desempeño puede incentivar la prestación de una atención inadecuada, innecesaria o irrelevante, y, por ello, considera importante integrar la medición de la calidad de la atención médica en la reforma del sistema de salud, teniendo en cuenta tanto la prestación deficiente como la prestación de atención innecesaria o irrelevante, lo que puede convertirse en una dimensión importante de la calidad a medida que los sistemas de atención médica maduran. En conjunto, estas conclusiones arrojan luz sobre cómo los equipos de trabajo y los encargados de la formulación de políticas pueden combinar de forma fructífera el financiamiento de la demanda y de la oferta, y ponen de relieve diversas cuestiones que deberían plantearse a la hora de seleccionar los indicadores para los que se podría utilizar la remuneración por desempeño. Por último, se analizan las consecuencias operativas de estas conclusiones, especialmente en lo que respecta al diseño de una reforma del financiamiento de la salud sostenible y ampliable que tenga como meta lograr una mejora sustancial de la cobertura efectiva.

### ¿Por qué es conveniente la cobertura efectiva?

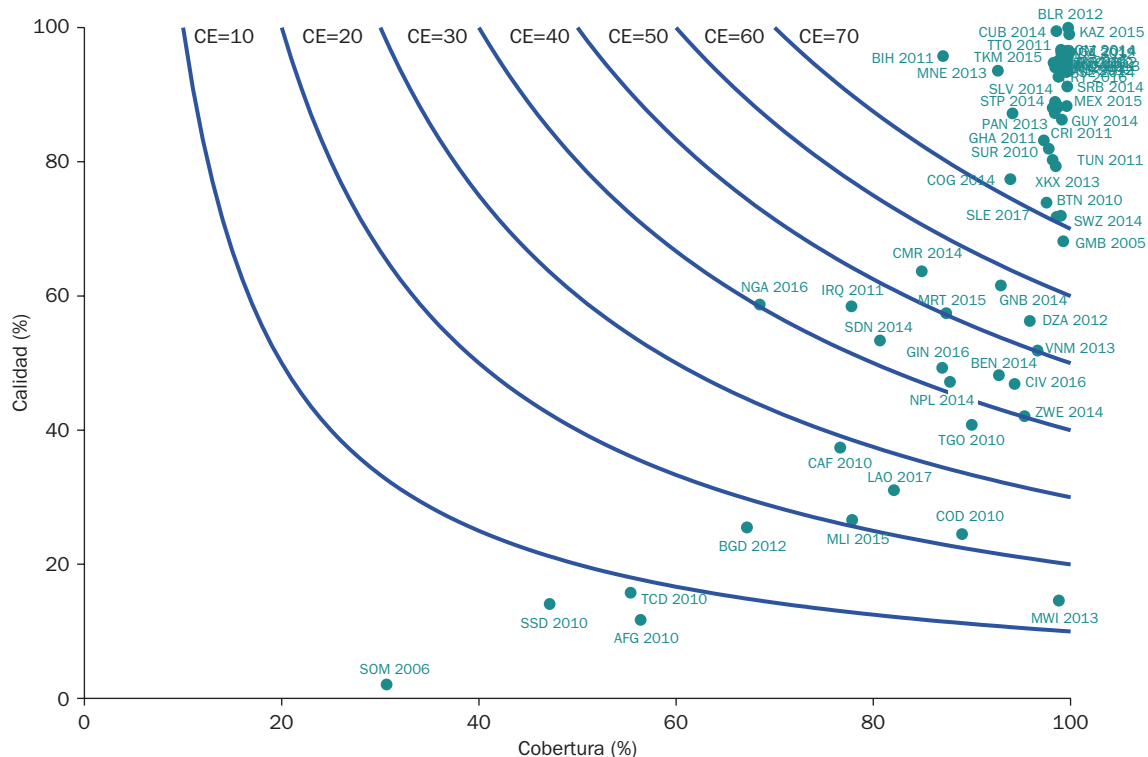
El objetivo final de los esfuerzos en pos del desarrollo en materia de salud es mejorar la salud en las poblaciones de los países de ingreso bajo y mediano. La inversión para mejorar la salud es indispensable porque, en todos los países en desarrollo, la cobertura de los servicios sanitarios sigue siendo baja, en especial entre los sectores más desfavorecidos, a pesar de los progresos realizados durante el impulso para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Wagstaff, Bredenkamp y Buisman, 2014). Por ejemplo, el acceso equitativo a una atención de salud asequible no es una



realidad para una gran cantidad de mujeres, hombres, niños y adolescentes de países en desarrollo, debido a lo cual se producen más de seis millones de muertes por causas evitables cada año (OMS, 2020). Esto es evidente tanto para los servicios básicos, por ejemplo, la salud materno-infantil, como para los servicios destinados a prevenir y tratar la amenaza emergente de las enfermedades no transmisibles. De hecho, Kruk *et al.* (2018) demuestran que la mayoría de las muertes neonatales y maternas de los países de ingreso bajo y mediano podrían evitarse mejorando la calidad de la atención.

Los resultados son aún más crudos si, más allá del acceso a los servicios, se considera la cobertura efectiva, es decir, la cobertura con un nivel mínimo de calidad y contenido. En un marco para la cobertura efectiva se expone cómo este concepto se puede desglosar en el producto de la cobertura (los que necesitan recibir atención) y la calidad (tratamiento correcto entre los que reciben atención). Las estimaciones de la cobertura efectiva y sus dos componentes para seis condiciones y problemas médicos (embarazo, paludismo infantil, diarrea infantil, hipertensión arterial, tuberculosis y VIH) utilizando datos de las encuestas de hogares establecen, en primer lugar, que la cobertura efectiva —y, por extensión, la calidad de la atención— sigue siendo en la actualidad escandalosamente deficiente para muchas condiciones y problemas médicos en muchos contextos. En el gráfico PG.1 se ilustran las diferencias entre la cobertura y la cobertura efectiva, tomando como ejemplo la atención prenatal. En él se muestran las curvas de la cobertura efectiva y sus componentes, la cobertura y la calidad, en la atención prenatal para un amplio conjunto de países de ingreso bajo y mediano, utilizando datos de encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados. Cada punto representa una encuesta con el nombre del país abreviado y el año de la encuesta. La cobertura, en el eje horizontal, se mide como el porcentaje de mujeres que dan a luz y que han tenido al menos una visita de atención prenatal. La calidad se define como la proporción de estas mujeres que tuvo un mínimo de cuatro visitas de atención prenatal, a las que en cada una de dichas visitas se les tomó tanto la presión arterial como muestras de sangre y orina, y con al menos una de esas visitas ante un proveedor especializado. Muchos países se sitúan en el ángulo superior derecho del gráfico, lo que indica tanto una cobertura como una calidad de alto nivel y, por consiguiente, una cobertura efectiva superior. Sin embargo, hay otro grupo de países situados más abajo, en la parte derecha del gráfico, en los que la cobertura es alta, pero la calidad es menor (del 20 % al 60 %).

**Gráfico PG.1** Curvas de la cobertura efectiva para la atención prenatal



Fuente: Banco Mundial, con datos de encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados.

Nota: Cobertura: porcentaje de mujeres que dan a luz y que han tenido al menos una visita de atención prenatal. Calidad: de las mujeres incluidas, el porcentaje que tuvo al menos cuatro visitas, al menos una visita con un proveedor especializado, toma de presión arterial y toma de muestras de sangre y orina (tratamiento correcto). CE = cobertura efectiva. Para las abreviaturas de los países, se utilizan los códigos ISO 3166-1 alfa-3 (<https://unstats.un.org/wiki/display/comtrade/Country+codes+in+ISO+3166>).

Las estimaciones del informe analizan en mayor detalle si la cobertura o la calidad constituyen un obstáculo para una mejor cobertura efectiva, lo cual varía según la condición o problema médico y el país. Utilizando el ejemplo del tratamiento contra el VIH, los resultados también indican una variación sustancial en función de la riqueza de los hogares, y que, aunque en las últimas décadas se han producido avances significativos en la cobertura de las personas pobres (a menudo más que en la de los hogares más ricos, incluso aunque los niveles sigan siendo demasiado bajos), las importantes deficiencias en la calidad se traducen en una marcada desigualdad en la cobertura efectiva.

## Enfoque regional y temático del informe

Impulsada por la carga de morbilidad en los países de ingreso bajo y por el hecho de que la mayor parte de la atención en los países de ingreso bajo y mediano se presta en el nivel primario, la introducción de incentivos financieros se ha centrado sobre todo en el personal sanitario de atención primaria, específicamente en los servicios de salud materno-infantil. Por ello, este informe se centra en los servicios de salud materno-infantil, y la mayor parte de los datos analizados proceden de África subsahariana. Las investigaciones sugieren que la mala calidad, además del acceso, es el principal obstáculo para obtener mejores resultados en cuanto a la mortalidad materna y neonatal, incluida la atención prenatal, como se indica en el gráfico PG.1. Además de que la mayoría de las muertes maternas y neonatales podrían evitarse mejorando la calidad de la atención (Kruk *et al.*, 2018), las enfermedades maternas y neonatales se encuentran entre los dos principales factores que contribuyen a la carga de morbilidad en los países de ingreso bajo (IHME, 2020). De hecho, los cinco países de África subsahariana que se incluyen en el análisis detallado de este informe (Camerún, Nigeria, la República Centroafricana, la República del Congo y la República Democrática del Congo) representan casi el 20 % de la carga mundial de mortalidad materna (Kassebaum *et al.*, 2014). En este informe también se revisan y destacan investigaciones pertinentes de países de ingreso alto y mediano (por ejemplo, Argentina, Armenia, Estados Unidos, el Reino Unido, la República Kirguisa y Tayikistán), y se incluyen algunas relacionadas con el impacto de los incentivos financieros en la atención curativa y la prevención de enfermedades no transmisibles.

De las 26 evaluaciones de impacto de proyectos de FBD financiados por el Banco Mundial en el ámbito de la salud, finalizadas o en curso, este informe se basa en 22 de ellas, y 19 se centran en la prestación de servicios de salud materno-infantil en África subsahariana (sitio web de RBFHealth)<sup>1</sup>. El análisis sobre las barreras para proveer servicios de calidad requiere observar las interacciones entre el personal de los establecimientos y sus pacientes durante las consultas de atención prenatal. Dado que estos datos no se han podido recoger en la mayoría de las evaluaciones de impacto, este análisis se limita a los cinco países anteriormente mencionados. Del mismo modo, la comparación del FBD con el FDE se basa en las evaluaciones de impacto de los cinco países (Camerún, Nigeria, Rwanda, Zambia y Zimbabwe) de la cartera de evaluaciones de impacto que incluyeron esta alternativa. Por lo tanto, el análisis y los resultados que se presentan aquí no solo reflejan la

mayor parte de los factores que contribuyen a los malos resultados en materia de salud, sino que también proporcionan pruebas que son relevantes para varios contextos de países de ingreso bajo.

## Remuneración por desempeño

Se han realizado un amplio número de intervenciones para abordar el doble problema de la baja calidad de la atención y el acceso inadecuado a la atención de alta calidad en los países de ingreso bajo. Sin embargo, se ha avanzado poco, sobre todo en lo que respecta a los resultados en el ámbito sanitario. Debido a la frustración por la situación actual, donde pese a haberse incrementado sustancialmente la utilización de los servicios las muertes evitables se mantienen a un nivel elevado, la remuneración por desempeño ganó importancia (Eichler y Levine, 2009). Las primeras investigaciones prometedoras sobre la eficacia de los incentivos financieros para el personal sanitario en forma de remuneración por desempeño procedían de países de ingreso alto, como Estados Unidos, el Reino Unido y muchos otros países (Doran *et al.*, 2006). Además, los primeros datos sobre el paquete del FBD —la remuneración por desempeño, junto con la reforma de la gestión financiera pública, la autonomía de los establecimientos de salud, la descentralización, la supervisión de apoyo a la atención primaria y la participación de la comunidad— de dos países de ingreso bajo, Burundi y Rwanda, también eran prometedores. Tanto los donantes como los Gobiernos se vieron atraídos por la transparencia, la rendición de cuentas y el vínculo con los resultados que promovían los programas de FBD (Fritsche, Soeters y Meessen, 2014), y, así, los proyectos de FBD en el ámbito de la salud primaria recibieron importantes inversiones, con USD 2400 millones de financiamiento de la Asociación Internacional de Fomento (Gergen *et al.*, 2017). En particular, estos fondos también incluían recursos para realizar evaluaciones de impacto rigurosas. En este informe se examinan todos los estudios, basándose principalmente en las evaluaciones de impacto de los proyectos piloto de FBD en los países de ingreso bajo, en especial la prestación de servicios de salud materno-infantil en el nivel primario en África subsahariana, para evaluar el impacto del FBD.

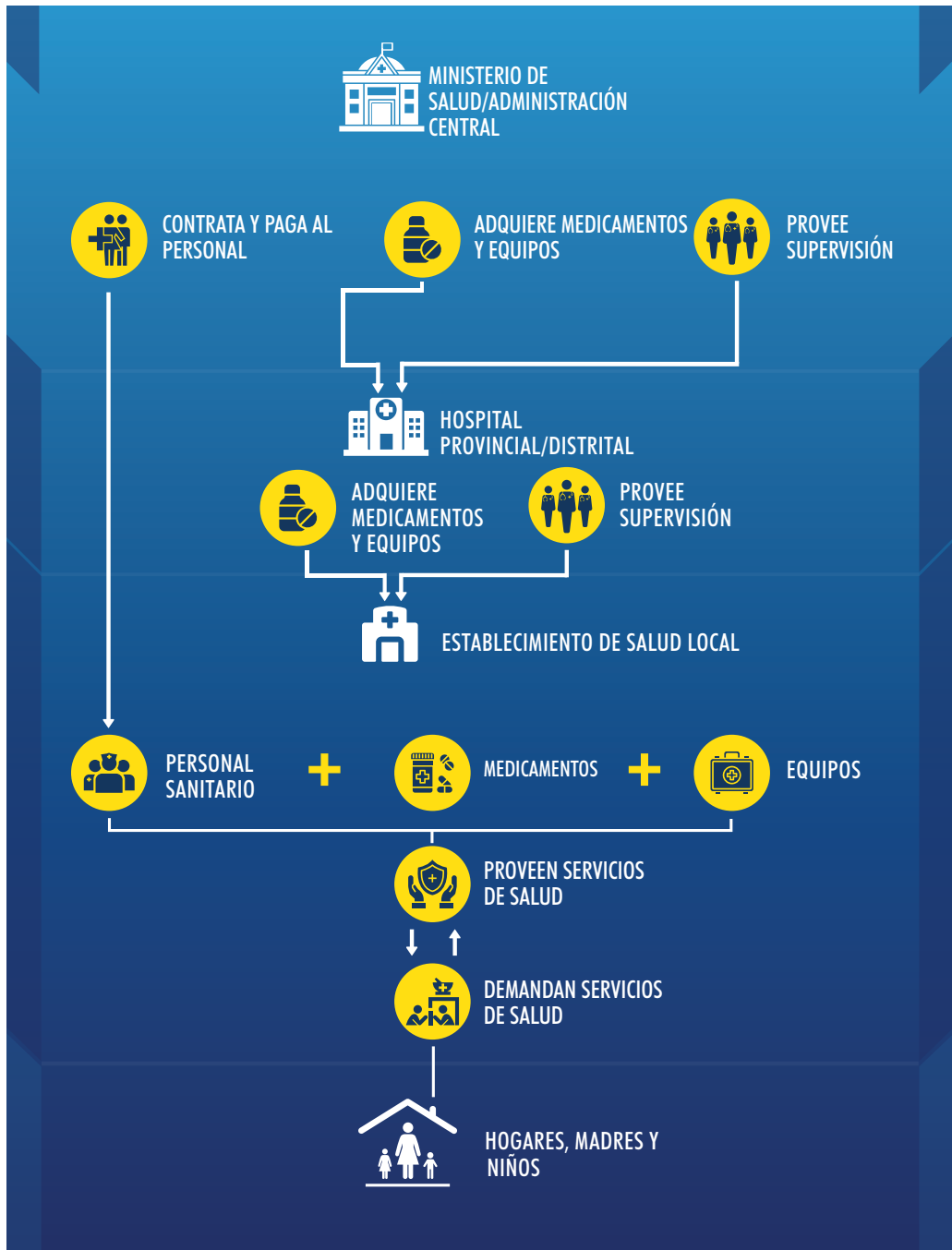
También se destaca la importancia del entorno institucional. Gran parte de las investigaciones sobre la eficacia de la remuneración por desempeño para mejorar los servicios y los resultados en el ámbito de la salud

proceden de países de ingreso alto y mediano. Para ser precisos, gran parte de la experiencia de los países de ingreso alto se basa en la aplicación de la remuneración por desempeño para indicadores seleccionados, sin intervenciones complementarias. Los sistemas de salud en cuestión ya cuentan con las siguientes características: alta calidad, descentralización, transparencia y medidas de rendición de cuentas. Además, todos los establecimientos de salud, incluidos los de atención primaria, tienen presupuestos operativos y autonomía. Muchas de las aplicaciones de la remuneración por desempeño en entornos de bajos ingresos se dan en un tipo diferente de sistema de salud. En el gráfico PG.2 se muestra el caso del sistema de salud modal en un entorno de bajos ingresos. Por lo general, estos sistemas están centralizados, no cuentan con un presupuesto operativo para los establecimientos de atención primaria y no tienen autonomía con respecto a la gestión de los establecimientos, la dotación de personal o la adquisición de equipos, medicamentos o suministros. El informe se basa en los datos obtenidos en evaluaciones de impacto en las que se analizó la eficacia de los proyectos de FBD, que incluyen la remuneración por desempeño y una serie de otras reformas en materia de autonomía, transparencia y rendición de cuentas. Por ello, es difícil hacer una comparación directa de las intervenciones de remuneración por desempeño en los países de ingreso alto con los resultados de las evaluaciones de impacto del Banco Mundial en proyectos de FBD.

## Cómo entender las limitaciones que obstaculizan la cobertura efectiva

Hay pruebas sustanciales que sugieren que la calidad de la atención en muchos países de ingreso bajo y mediano es deficiente, especialmente para la población pobre (Kruk *et al.*, 2018). Los incentivos basados en el desempeño dan por sentado que los establecimientos o proveedores pueden responder a los incentivos relacionados con la calidad mejorando la calidad. Para entender por qué la cobertura efectiva se encuentra desfasada en relación con la cobertura se debe comprender por qué la tasa de tratamiento pertinente no es del 100 %. Como se muestra en este informe, las bajas tasas de cobertura efectiva pueden surgir por diversas razones, y no todas ellas están bajo el control de los establecimientos de salud o del personal sanitario. A veces, las tasas de utilización de los servicios pueden seguir siendo deficientes en los países de ingreso bajo, especialmente en lo que

**Gráfico PG.2** El estado de los sistemas de salud centralizados en los países de ingreso bajo



Fuente: Banco Mundial.

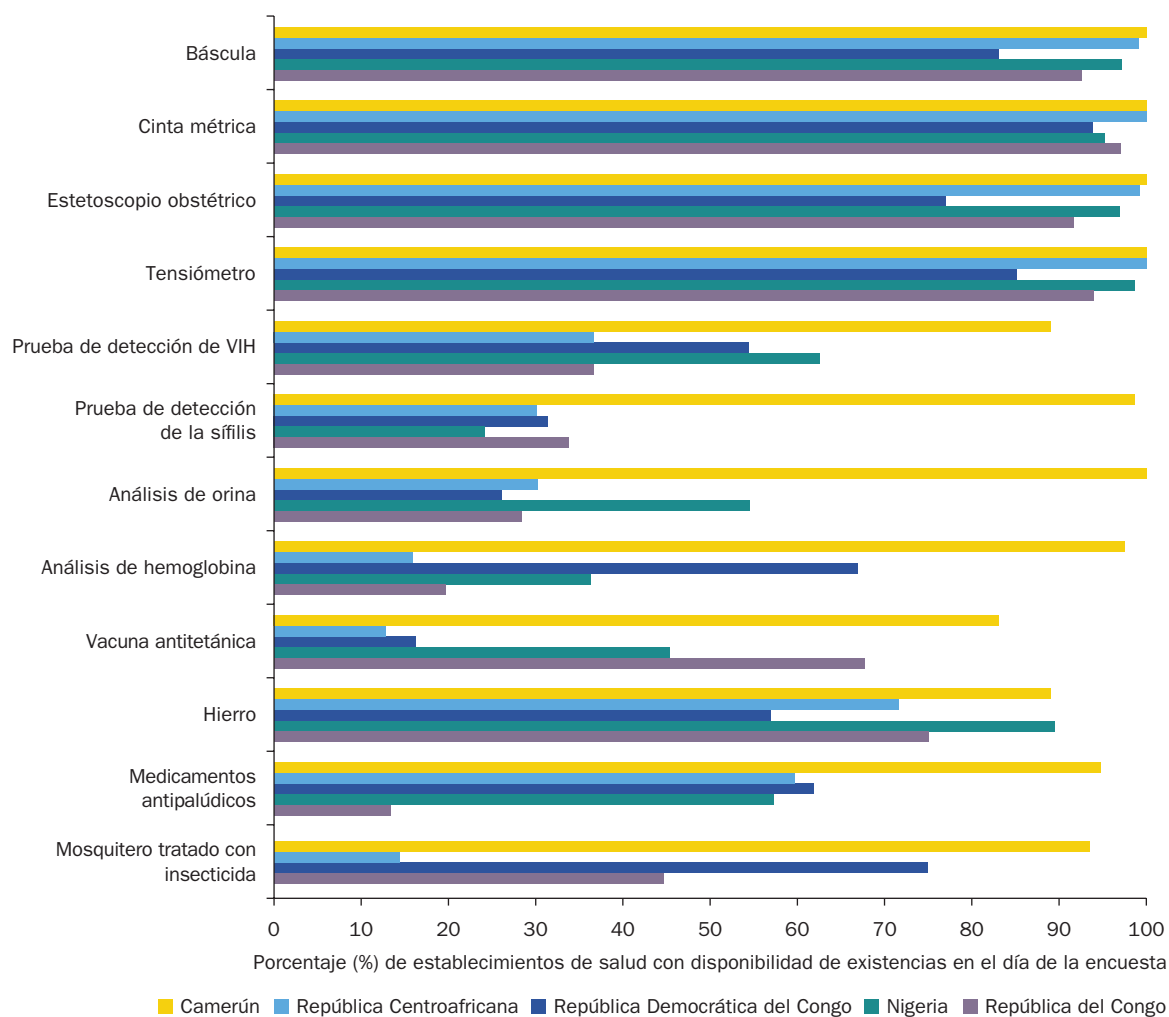
respecta a la atención preventiva (Mills, 2014). Además, los problemas médicos suelen diagnosticarse erróneamente, e, incluso cuando están bien diagnosticados, es posible que no se prescriban o apliquen las intervenciones o los tratamientos correctos (Das, Hammer y Leonard, 2008). En otras palabras, aunque se tenga acceso a la atención, la calidad de esta puede ser deficiente, lo que provoca una brecha entre la cobertura y la cobertura efectiva.

El interrogante central para entender si los incentivos financieros, como la remuneración por desempeño, mejorarían significativamente la calidad —y, por lo tanto, aumentarían la cobertura efectiva— consiste en saber dónde se encuentran las diversas limitaciones que atentan contra la calidad y el grado de importancia de cada una de ellas. Por ejemplo, es posible que los establecimientos y el personal sanitario no estén en condiciones de cambiar las limitaciones de la demanda que redundan en una baja utilización de los servicios. Por el lado de la oferta, la baja cobertura efectiva puede deberse a 1) la falta de capacitación del personal que no sabe tratar al paciente, una cuestión que se aborda en la fase inicial del sistema en las facultades de medicina y mediante la formación profesional; 2) la falta de infraestructura, como equipos, medicamentos o suministros esenciales, cuya solución probablemente no esté dentro del ámbito de control del trabajador sanitario individual (de hecho, en los sistemas centralizados, es posible que ni siquiera los establecimientos de atención primaria puedan controlar esta situación); 3) la falta de esfuerzo de los proveedores, incluso aunque cuenten con toda la infraestructura y todos los conocimientos necesarios (Ibnat *et al.*, 2019), o 4) la diferencia de tratamiento de los pacientes en función de su condición socioeconómica (Fink, Kandpal y Shapira, 2022). Como se demuestra en este desglose de las limitaciones a la calidad, solo el esfuerzo y, quizás, algunas de las deficiencias derivadas de la infraestructura están dentro del ámbito de control del personal sanitario o del establecimiento. Sin embargo, estos dos factores no pueden atribuirse a gran parte del desempeño deficiente, y, por lo tanto, son pocas las probabilidades de solucionarlo con la remuneración por desempeño o incluso con los programas más amplios de FBD.

En este informe se ilustran y cuantifican las dimensiones relativas de las diferentes limitaciones a la calidad y, por ende, los límites para el posible impacto que una intervención de incentivos financieros puede tener en el personal y los establecimientos de atención primaria, mediante una aplicación empírica del modelo de tres brechas a un conjunto de datos de cinco países sobre consultas prenatales en África subsahariana. Asimismo, se

constata la existencia de limitaciones en muchos ámbitos, empezando por las infraestructuras. Como se muestra en el gráfico PG.3, a pesar de décadas de inversiones en infraestructura, la mala calidad estructural está generalizada. Los establecimientos de algunos países están mejor provistos que otros, pero en todos los países analizados los establecimientos que supuestamente prestan atención a la maternidad a menudo carecen incluso de la infraestructura y el equipamiento básicos para dicha atención, con una

**Gráfico PG.3** Disponibilidad de medicamentos e insumos, equipos y otros suministros para proveer atención prenatal



Fuente: Banco Mundial.

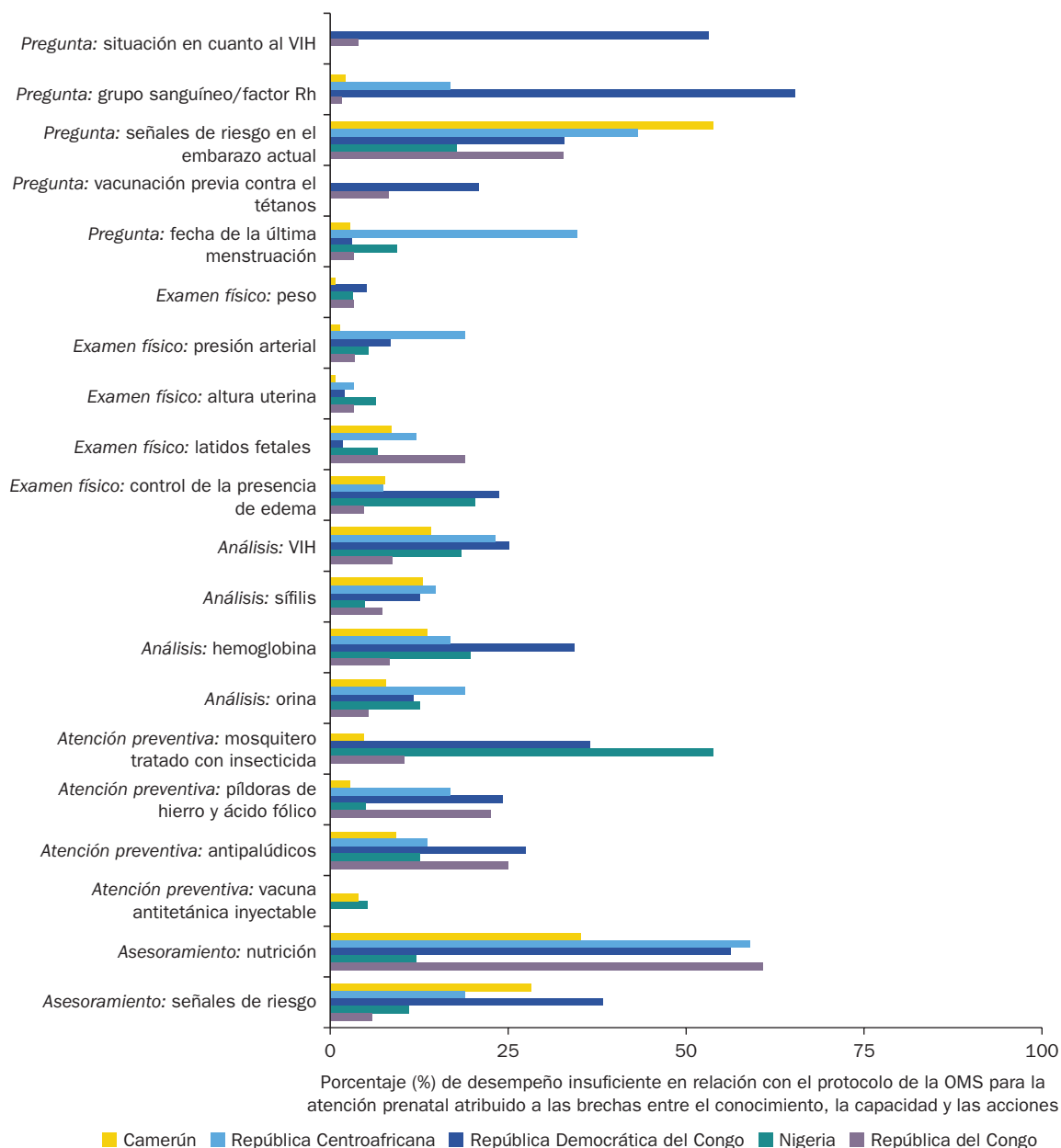


disponibilidad especialmente escasa de kits de pruebas de detección para el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual y de insumos como las vacunas antitetánicas inyectables. Muchas de las acciones relacionadas, por ejemplo, la aplicación de una vacuna antitetánica a una mujer embarazada o la realización de pruebas de detección de VIH, están claramente vinculadas a los resultados en materia de salud materna y neonatal (Carroli, Rooney y Villar, 2001). Estas deficiencias en la disponibilidad representan, por consiguiente, carencias significativas en la capacidad de los establecimientos de salud para proporcionar una atención prenatal de alta calidad.

Más allá de las deficiencias relacionadas con la infraestructura, en el informe se documentan casos de desempeño deficiente con respecto a los protocolos internacionales decretados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En particular, se constata que el desempeño insuficiente es generalizado. Como se muestra en el gráfico PG.4, en los cinco países, el personal sanitario solo cumple entre el 50 % y el 60 % del protocolo esencial de la OMS para la atención prenatal. Para evaluar los niveles de capacidad no utilizada, los niveles de desempeño observados se relacionan con la capacidad estructural y los conocimientos del personal sanitario. Los resultados muestran que hasta una tercera parte del desempeño insuficiente puede atribuirse a la capacidad no utilizada; es decir, un tercio de las veces, los trabajadores sanitarios cuentan con todos los conocimientos y equipos necesarios para prestar un determinado servicio de la atención prenatal, pero no lo hacen. En este informe también se describen variaciones significativas entre los países y dentro de ellos (y entre los establecimientos y dentro de ellos) en cuanto a la capacidad no utilizada, lo que sugiere que, incluso en el país con el nivel general de atención más deficiente (la República Democrática del Congo), algunas mujeres reciben una atención prenatal de una calidad comparable a la prestada en el país con el nivel de atención más alto (Camerún).

Como se muestra en el gráfico PG.5, la mala calidad de la atención por incumplimiento del protocolo no solo implica un tratamiento insuficiente, sino que también puede incluir un tratamiento inadecuado o irrelevante. En general, las tasas de atención médica innecesaria son bajas, pero pueden llegar al 25 %. Este hallazgo es sorprendente porque la medición de la atención preventiva ni siquiera está orientada a captar el tratamiento innecesario, y gran parte de esta atención innecesaria en los países de ingreso bajo y mediano puede deberse al uso de medicamentos irrelevantes (Kwan *et al.*, 2019; López, Sautmann y Schaner, 2022), lo cual no se mide en los datos. De hecho, solo hay dos medidas sólidas de tratamiento

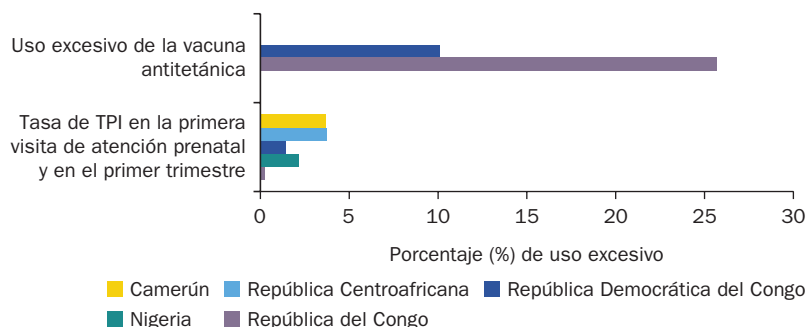
**Gráfico PG.4 Brechas entre el conocimiento, la capacidad y las acciones en la prestación de atención prenatal**



Fuente: Banco Mundial.

Nota: OMS = Organización Mundial de la Salud.

**Gráfico PG.5** Prestación de servicios innecesarios para la atención prenatal en cinco países de África subsahariana



Fuente: Banco Mundial.

*Nota:* El uso excesivo de la vacuna antitetánica se define como el suministro de esta vacuna sin comprobar la documentación para saber si la mujer ya ha recibido una en el embarazo actual. El tratamiento preventivo intermitente (TPI) se refiere al inicio del tratamiento profiláctico contra el paludismo mediante la prescripción de sulfadoxina/pirimetamina. Las directrices recomiendan iniciar el tratamiento profiláctico contra el paludismo a partir del segundo trimestre de embarazo. El uso excesivo del TPI se define como el suministro de dicho tratamiento en la primera visita de atención prenatal de la mujer en el primer trimestre de embarazo.

inadecuado o irrelevante en la atención prenatal: el suministro de vacunas antitetánicas en el embarazo sin comprobar si la mujer ya ha recibido una vacuna contra el tétanos, y el suministro con demasiada anticipación de tratamiento profiláctico contra el paludismo, que no solo es innecesario, sino que incluso puede ser perjudicial para el desarrollo del feto (Peters *et al.*, 2007; Hernández-Díaz *et al.*, 2000). Sin embargo, la prestación de servicios innecesarios o irrelevantes está presente, para ambas mediciones, en todos los contextos estudiados. Aunque la mayoría de las pruebas sobre el tratamiento irrelevante se centran en la atención curativa y no en la atención preventiva, este hallazgo despierta la preocupación por el tratamiento inadecuado y la necesidad de una evaluación más cuidadosa de este. Por último, en este hallazgo se pone de manifiesto que el escaso esfuerzo de los proveedores da lugar tanto al tratamiento deficiente como al tratamiento irrelevante o inadecuado, a menudo de forma simultánea.

Los resultados sugieren además que la falta de esfuerzo de los proveedores no puede atribuirse fácilmente a características como el nivel del establecimiento o la edad, el grado y la experiencia de los proveedores, ni siquiera a los aspectos característicos de los pacientes, como la edad y la educación, que podría suponerse que afectan el desempeño de los proveedores. Estas deficiencias en el esfuerzo pueden atribuirse a hasta una tercera parte de todos los resultados insuficientes en relación con el protocolo para

la consulta prenatal, lo que sugiere que el solo hecho de eliminar las limitaciones estructurales y de conocimiento no será suficiente para mejorar la calidad de la atención. En el informe también se analizan diversas pruebas que demuestran la existencia de una marcada desigualdad en la relación entre riqueza y calidad, que indica que los pacientes más ricos reciben una atención de mayor calidad, incluso en el mismo establecimiento. A pesar de ello, las pruebas recopiladas sugieren que, en función de la calidad de la atención, los pacientes más ricos pagan más que los más pobres. En conjunto, estos resultados señalan la necesidad de realizar intervenciones que permitan mejorar la infraestructura de los establecimientos de salud, abordar las principales deficiencias en la formación médica y potenciar el esfuerzo del personal sanitario, ya sea ofreciendo incentivos económicos o por otros medios.

### **Observaciones clave sobre los incentivos financieros en la prestación de servicios de atención primaria de la salud en los países de ingreso bajo**

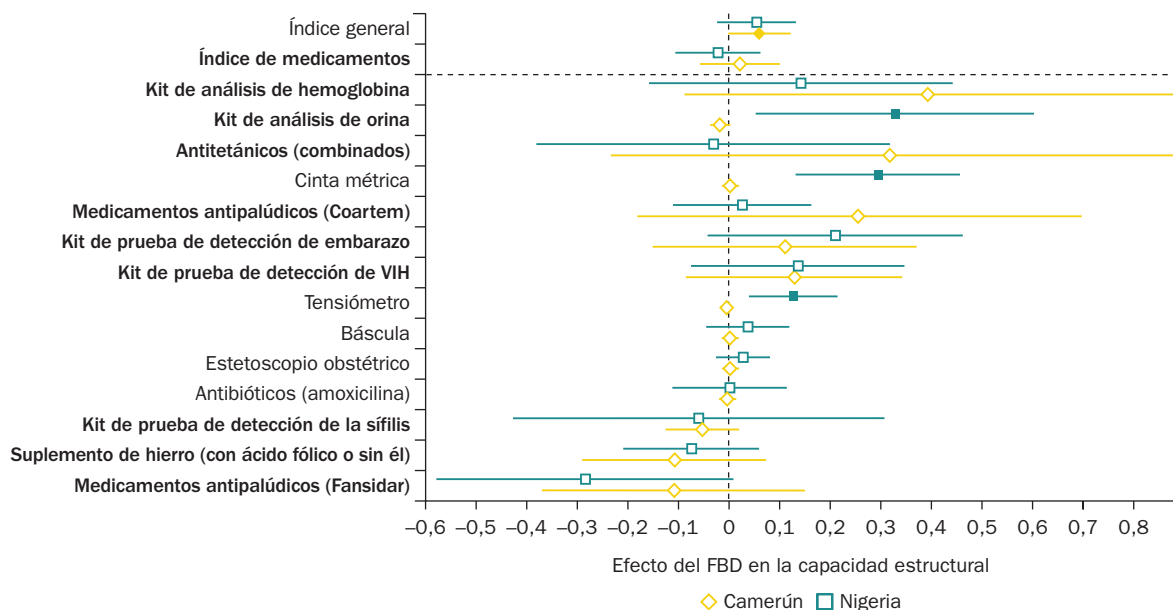
En gran parte del mundo, especialmente en los países de ingreso alto y mediano, se están comenzando a dejar de lado las compensaciones a los proveedores de servicios de salud del sector público mediante incentivos poco motivadores, como los salarios y los presupuestos fijos para los establecimientos, y se están empezando a adoptar incentivos muy motivadores, que incluyen una combinación de salarios/presupuestos y primas, así como fondos vinculados al desempeño a nivel de los establecimientos de salud. En un ejemplo concreto de Nigeria se ilustra el funcionamiento de estas intervenciones: sumado al financiamiento directo y a los incentivos al personal sanitario, un establecimiento podría recibir USD 12 por cada parto dentro de la institución; USD 1,20 por una visita prenatal, y USD 0,80 por un niño que haya recibido todas las vacunas. Además de esta remuneración por desempeño, un proyecto de FBD incluiría la transferencia directa de los presupuestos operativos a los establecimientos y la concesión de autonomía sobre el uso de estos fondos, junto con la exigencia de informar sobre el uso de los fondos para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas y, en algunos casos, la supervisión por parte de la comunidad de aspectos tales como la promoción de la salud y el aumento de la utilización de los servicios. Desde luego, para que estos proyectos funcionen, se debe contar ya con un sistema de financiamiento basado, principalmente, en

insumos. Por lo tanto, la magnitud del incentivo depende del nivel de referencia del financiamiento, que puede ser un factor impulsor importante del impacto del programa, pero que las limitaciones de los datos han impedido cuantificar.

El informe comienza con una rápida reseña del diseño y las características de los enfoques de remuneración por desempeño en el ámbito de la salud, basándose, en gran medida, en la experiencia de los países de ingreso alto y mediano, y destacando el potencial de la remuneración por desempeño para mejorar el esfuerzo del personal. A continuación, se realiza un análisis exhaustivo de los resultados obtenidos en los proyectos de FBD. Las conclusiones muestran que, en la mayoría de los contextos, los proyectos de FBD han mejorado la cobertura. Con frecuencia, se trata de los partos en establecimientos de salud, pero los resultados sugieren que el aspecto de la remuneración por desempeño de los proyectos de FBD no sea probablemente la fuerza motriz de dichas mejoras.

Como se muestra en el gráfico PG.6, algunos de los principales impactos de los proyectos de FBD analizados en este informe se observan en la calidad estructural, es decir, en el estado de la infraestructura y el equipamiento de los establecimientos de salud, aspectos que no se verían afectados por la remuneración por desempeño. En consonancia con el debate sobre las distintas limitaciones que atentan contra la calidad, en este informe se observa que los proyectos de FBD tienen un bajo impacto en la mayoría de los aspectos de la capacidad no utilizada, lo que sugiere que dichos proyectos no pueden mejorar demasiado la calidad clínica de la atención más allá de las mejoras en la calidad estructural (gráfico PG.7). En todo caso, como se muestra en el gráfico PG.7, los impactos del FBD con una estimación considerable sobre la capacidad no utilizada son positivos. En otras palabras, el FBD aumenta algunas dimensiones de la capacidad no utilizada, lo que significa que los proveedores responden al FBD dejando de lado aspectos adicionales de la atención que podrían desarrollar. Sin embargo, algunos de los primeros programas de FBD estudiados en este informe solo incentivaban la calidad estructural en lugar de la calidad clínica o del proceso, mientras que los programas piloto posteriores incentivaban todas las dimensiones de la calidad. En el informe se destaca un programa de “última generación” (recuadro 6.1, capítulo 6) aplicado en la República Kirguisa, en el que se utilizaron modelos anatómicos para capacitar y proporcionar supervisión de apoyo con respecto a la correcta prestación de atención de la salud materna y neonatal de alto impacto. La evaluación de este proyecto piloto reveló que este tipo de formación puede mejorar significativamente la calidad clínica.

**Gráfico PG.6** Impactos del financiamiento basado en el desempeño sobre la infraestructura de los establecimientos de Camerún y Nigeria

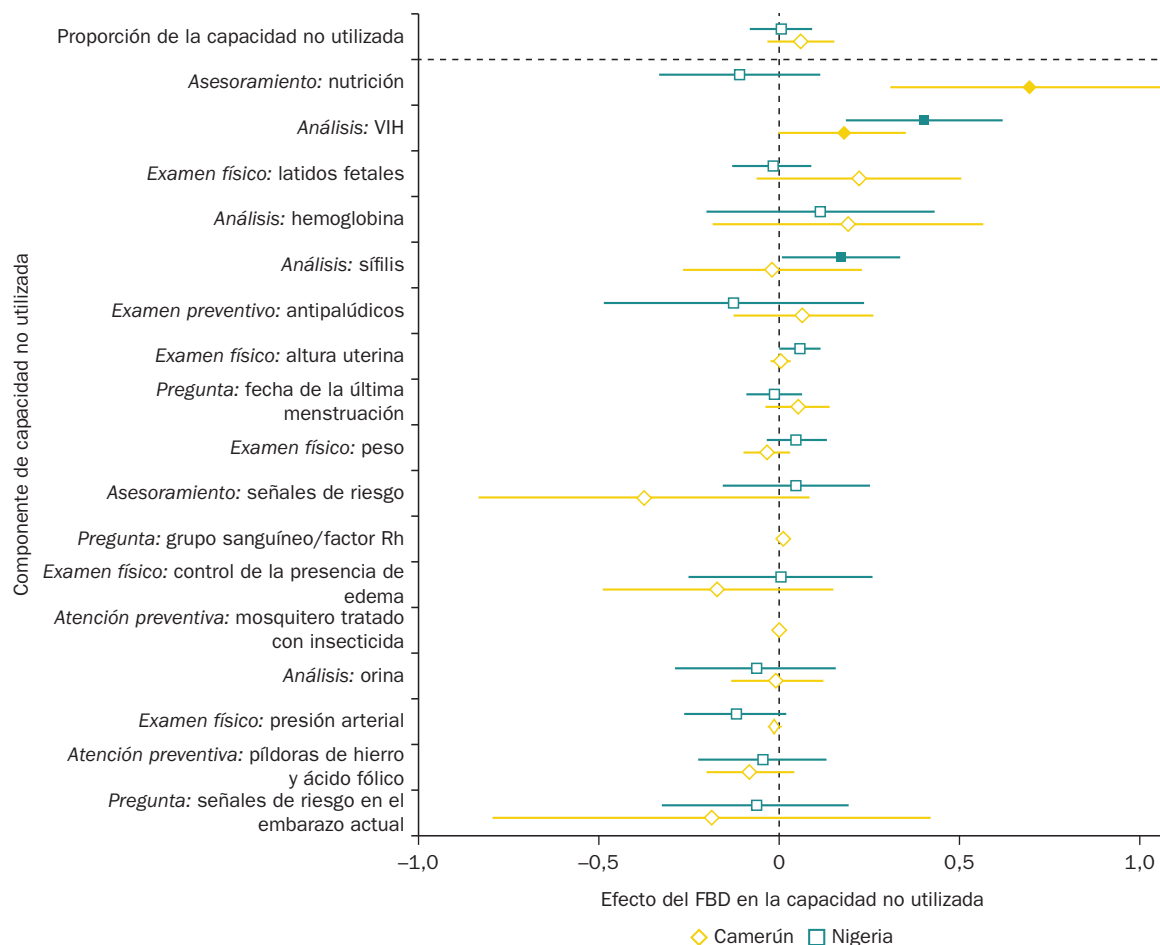


Fuentes: Banco Mundial, basado en Khanna et al. (2021), y De Walque et al. (2021).

Nota: Los marcadores de color sólido indican estimaciones estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ); los marcadores sin relleno indican estimaciones imprecisas. Se muestran intervalos de confianza del 95 %. Los componentes del índice de medicamentos aparecen en **negrita** a lo largo del eje Y. FBD = financiamiento basado en el desempeño.

No obstante, el hecho de que las repercusiones relativamente mayores de muchos proyectos de FBD se produzcan en la calidad estructural y no en la capacidad no utilizada puede indicar que el aspecto de la remuneración por desempeño de los proyectos de FBD no es un factor impulsor clave de los beneficios observados en dichos proyectos. Incluso en el ejemplo de la República Kirguisa, los impactos de la formación en la calidad aparecen en un grupo en el que no se proporcionó ninguna remuneración por desempeño, sino únicamente la capacitación. Esta conclusión, a su vez, pone en tela de juicio la rentabilidad de este enfoque particular de incentivos financieros para mejorar la salud. En este informe también se encuentran evidencias limitadas y mixtas de las repercusiones en la equidad, ya que los proyectos de FBD reducen la disparidad en la calidad de la atención recibida por las mujeres ricas y las pobres en un caso, pero la aumentan en otro.

**Gráfico PG.7 Impactos del financiamiento basado en el desempeño sobre la capacidad no utilizada, o la brecha entre el conocimiento, la capacidad y las acciones en Camerún y Nigeria**



Fuentes: Banco Mundial, basado en Khanna *et al.* (2021), y De Walque *et al.* (2021).

Nota: Los marcadores por encima de la línea discontinua indican un efecto global. Los marcadores de color sólido indican estimaciones estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ); los marcadores sin relleno indican estimaciones imprecisas. Se muestran intervalos de confianza del 95 %. FBD = financiamiento basado en el desempeño.

Además, cabe preguntarse si la remuneración por desempeño funciona como incentivo financiero. Los datos de Argentina y Nigeria sugieren que la remuneración por desempeño puede funcionar, principalmente, para señalar la importancia de los servicios que se incentivan. Esto, a su vez, sugiere que puede haber margen para mejorar la eficacia en función de los costos de los proyectos de FBD si existen otras formas de mejorar

el esfuerzo señalizando dicha importancia, en vez de ofrecer incentivos financieros elevados que también requieren la verificación por parte de terceros. Estos costos de verificación por parte de terceros pueden aumentar significativamente los costos generales del programa, que podrían ser de hasta una tercera parte de todos los costos administrativos según una estimación (Zeng *et al.*, 2021), pero pueden reducirse sustancialmente mediante el uso de algoritmos basados en los riesgos (Grover, Bauhoff y Friedman, 2019).

En este informe se advierte que, en los sistemas de alto costo, la remuneración por desempeño puede conducir a un aumento de la atención inadecuada o al tratamiento innecesario en respuesta al desajuste de los incentivos pecuniarios. Asimismo, los resultados sugieren que esta respuesta a la remuneración por desempeño también podría producirse en los sistemas sanitarios de los países de ingreso bajo. Además del posible daño a los pacientes, la provisión de tratamientos innecesarios también está relacionada con la sostenibilidad.

## La remuneración por desempeño y las alternativas del lado de la demanda y de la oferta

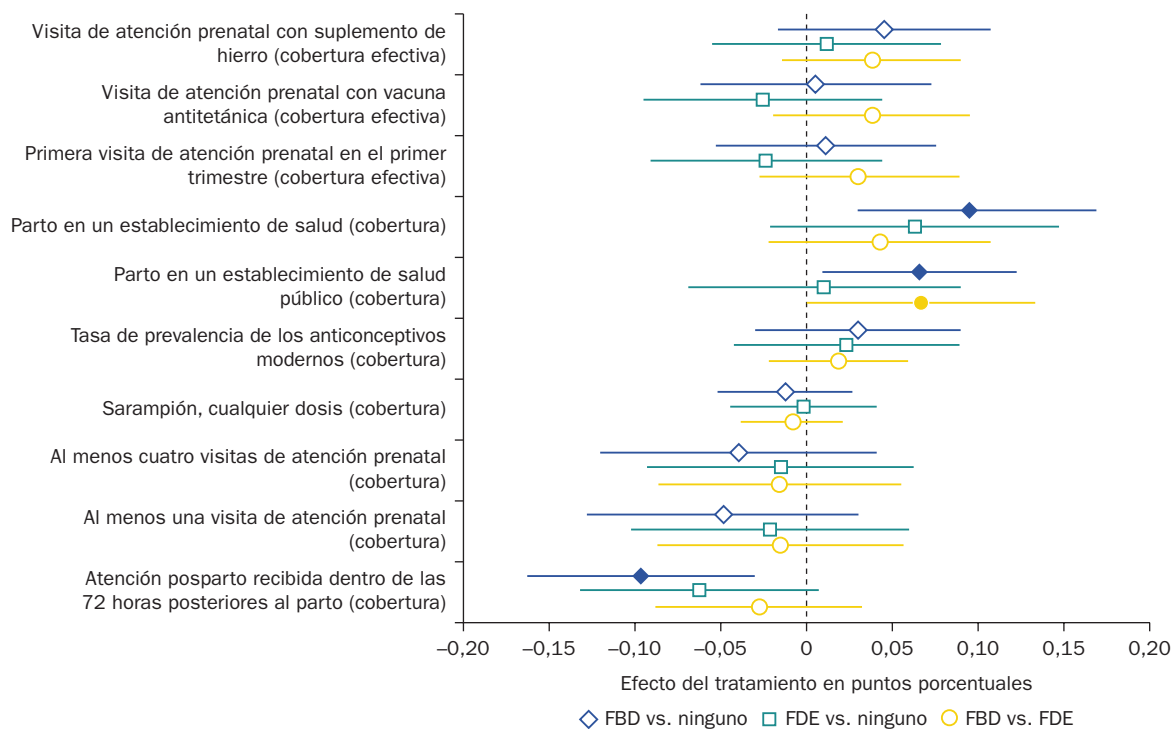
La bibliografía existente y el presente informe aportan algunas pruebas de que la introducción de proyectos de FBD ha mejorado la cobertura y la calidad estructural, pero ponen en duda el impacto del aspecto de la remuneración por desempeño de estos proyectos. Esta conclusión se explora en detalle comparando los proyectos de FBD con los de FDE. Si bien la diferencia clave entre los proyectos de FBD y de FDE es, concretamente, el componente de remuneración por desempeño, comparten otras características, como la reforma de la gestión de las finanzas públicas, la autonomía de los establecimientos de salud, la descentralización, la supervisión de apoyo a la atención primaria y la participación de la comunidad. El FDE transfiere fondos equivalentes a los del componente de remuneración por desempeño de los proyectos de FBD, pero sin un mecanismo de condicionalidad.

Utilizando datos armonizados de cinco países (Camerún, Nigeria, Zambia, Zimbabwe y el primer proyecto piloto de Rwanda) que han probado un enfoque FDE (De Walque *et al.*, 2021; Khanna *et al.*, 2021; Friedman, Das y Mutasa, 2017; Friedman *et al.*, 2016; Basinga *et al.*, 2011), en el informe se constata que, con frecuencia, tanto los proyectos



de FBD como los de FDE representan mejoras notables con respecto a las prácticas habituales a la hora de avanzar en la ansiada transformación de los sistemas de salud. Sin embargo, como se muestra en el gráfico PG.8, salvo en el caso de los partos en establecimientos de salud, los proyectos de FBD no suponen un aumento de los beneficios con respecto a los proyectos de FDE, incluso cuando el grupo de FDE desembolsó una cantidad significativamente menor que el paquete global de FBD. Esto es una prueba más que sugiere que la remuneración por desempeño puede producir resultados escasos o limitados en comparación con los demás aspectos de los proyectos de FBD, y pone en tela de juicio la justificación de los incentivos financieros en forma de remuneración por desempeño en los proyectos de FBD. En el

**Gráfico PG.8** Comparación del impacto agrupado del financiamiento basado en el desempeño y el financiamiento no condicionado de los establecimientos de salud en cinco países de África subsahariana (Camerún, Nigeria, Rwanda, Zambia y Zimbabwe)



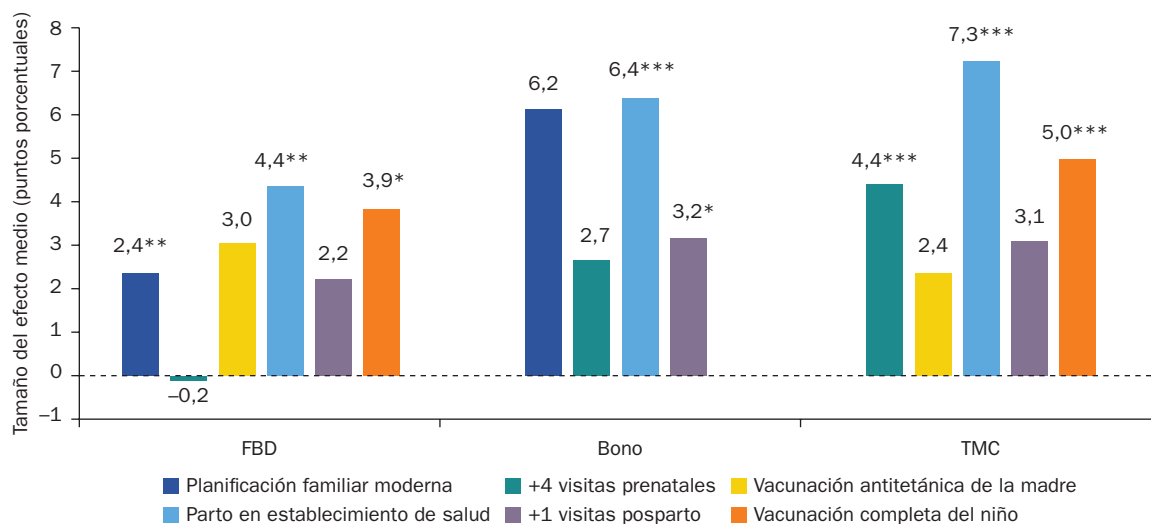
Fuentes: Banco Mundial, basado en De Walque *et al.* (2022).

Nota: Los marcadores de color sólido indican estimaciones estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ); los marcadores sin relleno indican estimaciones imprecisas. Se muestran intervalos de confianza del 95%. FDE = financiamiento directo de los establecimientos; FBD = financiamiento basado en el desempeño.

informe se analizan varias razones que podrían explicar por qué los partos en establecimientos de salud pueden ser más receptivos a las intervenciones de FBD que a las de FDE, incluida la evaluación de las diferencias en el diseño del programa y la importancia relativa del precio pagado frente a la relevancia de la tarea en sí.

Una alternativa a los incentivos financieros para el personal sanitario es ofrecer dichos incentivos por el lado de la demanda, como los programas de TMC, que están presentes en 64 países, y los bonos, que dan a los beneficiarios acceso gratuito o subsidiado a los servicios de salud por los que se reembolsa a los proveedores sobre la base de un arancel por servicios. Neelsen *et al.* (2021) realizan un examen y un metaanálisis sistemáticos en los que se comparan estudios sobre los resultados en materia de salud de los proyectos de FBD, los programas de bonos y las TMC. Con las necesarias advertencias inherentes a la metodología del metaanálisis, los resultados, presentados en el gráfico PG.9, sugieren que los incentivos financieros, en promedio, mejoran los indicadores de los servicios de salud materno-infantil, pero los tamaños del efecto medio son modestos y oscilan entre 2 y 7 puntos porcentuales. Los proyectos de

**Gráfico PG.9** Impactos del financiamiento basado en el desempeño, los bonos y las transferencias monetarias condicionadas en el uso de los servicios de salud materno-infantil: Resultados de un metaanálisis



Fuente: Neelsen *et al.* (2021).

Nota: TMC = transferencia monetaria condicionada; FBD = financiamiento basado en el desempeño.

\*\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*  $p < 0,1$ .

FBD (que proporcionan dichos incentivos, así como muchas otras características) tienen un efecto medio positivo e importante en el uso de la planificación familiar moderna, los partos en establecimientos de salud, la vacunación antitetánica de la madre y la vacunación del niño, pero no en las visitas prenatales o de atención posparto.

La comparación de los incentivos del lado de la oferta y de la demanda muestra que el efecto medio es similar en volumen y en importancia entre todos los proyectos de FBD, los bonos y las TMC. Solo en el caso de las visitas prenatales hay una diferencia estadísticamente significativa entre los tamaños del efecto de los distintos tipos de intervención, y las TMC resultan mucho más eficaces que los proyectos de FBD y los bonos. La similitud general de los tamaños del efecto subraya la necesidad de un análisis de costo y beneficio, ya que cada uno de estos tres enfoques con respecto a los incentivos financieros tiene diferentes costos de ejecución. El análisis de costos y rentabilidad de los programas de FBD es incipiente (véanse algunos ejemplos en Zeng *et al.*, 2018; y Shepard *et al.*, 2020), y existen muy pocos estudios comparativos de costos. No obstante, la elección de los esquemas específicos, ya sea que se implementen de forma individual o combinada, debe basarse, en primer lugar, en la naturaleza de la barrera que impide la utilización y la prestación de los servicios (tema que se aborda en el recuadro PG.1). Una TMC carecería de trascendencia si no existiera un establecimiento, y lo mismo sucedería con los programas de FBD si los pacientes no pudieran pagar la atención en un establecimiento de salud.

## De cara al futuro: Investigación y consecuencias operativas

Las pruebas analizadas en este informe ponen de manifiesto que los incentivos por el lado de la oferta, en concreto, la remuneración por desempeño al personal sanitario y los establecimientos de atención primaria, pueden arrojar resultados limitados, pero el objetivo de financiar la atención primaria no es poco importante. La clave está en cómo alcanzar la cobertura sanitaria universal de forma sostenible, eficaz y eficiente. Utilizar un sistema de financiamiento condicionado en alcanzar ciertos resultados puede hacer que la remuneración por desempeño sea vista de una manera más aceptable desde el punto de vista político. Además, es probable que este vínculo entre los resultados y la transparencia haya atraído el tan necesario financiamiento de donantes, incluso para la investigación en la que se basa este informe.

## Recuadro PG.1 En la mira: Elementos de acción para los equipos de trabajo que trabajan en la reforma del financiamiento de la salud

En este informe se presentan pruebas que demuestran que se pueden obtener mejoras significativas en el desempeño del sistema de salud cuando la autonomía financiera y administrativa se extiende directamente a los proveedores de servicios de salud. Este financiamiento directo no solo requiere que los establecimientos reciban una transferencia de recursos, sino también que rindan cuentas en cuanto a la prestación de servicios y la gestión financiera prudente. Al mismo tiempo, en este informe se pone en duda la necesidad de la remuneración por desempeño como punto de partida de la reforma del financiamiento de la salud en entornos con escasos recursos. En consecuencia, podrían surgir preguntas razonables sobre cómo los encargados de la formulación de políticas pueden diseñar una reforma del financiamiento de la salud que respalde directamente a los proveedores de servicios de salud, con transparencia y rendición de cuentas, y que solo utilice las opciones de remuneración por desempeño cuando sean cuidadosamente adaptadas al contexto.

En este recuadro se reúnen diversas conclusiones pertinentes de todo el informe para ofrecer a los equipos que trabajan en proyectos de reforma del financiamiento de la salud elementos de acción destinados a mejorar la cobertura efectiva de la atención primaria de la salud en los países de ingreso bajo de manera sostenible y que facilite la ampliación del proyecto en caso de que sea deseable. A grandes rasgos, estas acciones se clasifican en cuatro etapas: diagnóstico para identificar los obstáculos a la atención de alta calidad, identificación de las opciones de políticas pertinentes, preguntas sobre la sostenibilidad y la capacidad de ampliación de las intervenciones del lado de la oferta, y evaluación de los resultados.

### Diagnóstico para identificar los obstáculos relevantes para el acceso a la atención de alta calidad

Los equipos que diseñan proyectos de financiamiento de la salud pueden beneficiarse del seguimiento de los siguientes indicadores de forma anticipada, con el objetivo de decidir si la remuneración por desempeño es adecuada para alguno de los indicadores incluidos en el marco del proyecto:

1. ¿Qué diferencias hay entre las tasas de cobertura y las tasas de cobertura efectiva de los indicadores clave?
  - a. Utilizando las encuestas demográficas y de salud u otros datos de hogares representativos a nivel nacional, calcular la cobertura y la cobertura efectiva para los indicadores de interés.
  - b. Los indicadores que presentan las mayores diferencias entre la cobertura y la cobertura efectiva pueden ser los “más alcanzables” para los proyectos de salud que se enfocan en la mejora de la calidad.
2. ¿Cuáles son los niveles de referencia de la cobertura?
  - a. Como se muestra en el capítulo 6, la remuneración por desempeño no tiene mucho sentido en las zonas de captación ni para los indicadores en los que los niveles de cobertura ya son muy altos.
  - b. Los niveles de cobertura especialmente bajos pueden revelar problemas del lado de la demanda, lo que indica la necesidad de utilizar bonos y transferencias de efectivo.
  - c. Los equipos pueden considerar el uso de incentivos por el lado de la demanda para reforzar la demanda de los servicios

*(Continúa en la página siguiente)*

## Recuadro PG.1

- esenciales menos utilizados y, luego, probar niveles bajos de remuneración por desempeño para indicadores seleccionados.
- d. El “punto óptimo” para la remuneración por desempeño puede ser para los indicadores en los que la utilización de referencia tiene margen de mejora, pero no es tan baja como para ser indicativa de obstáculos del lado de la demanda.
3. ¿Existen deficiencias en la capacidad estructural para prestar servicios de salud esenciales?
- a. ¿Cuáles son los elementos esenciales (equipos, suministros, medicamentos y otros insumos) que se necesitan para prestar los servicios de interés?
- b. ¿Están disponibles, almacenados según las directrices, en los establecimientos de atención primaria?
4. Además, ¿existen brechas en los conocimientos de los proveedores para la prestación de los servicios de salud esenciales?
- a. En caso afirmativo, ¿en qué nivel se abordan normalmente estas brechas?
- b. Los planes de estudios de las facultades de medicina pueden ser más lentos de actualizar, pero los módulos de capacitación interna pueden complementar la formación médica formal en algunos casos.
5. En el caso de los indicadores para los que conviene considerar la remuneración por desempeño, ¿cuál es el nivel de capacidad no utilizada, que es la parte de la atención que podría haberse prestado teniendo en cuenta los conocimientos del personal sanitario y la infraestructura de los establecimientos de salud, pero que no es provista por el proveedor?
- a. La remuneración por desempeño solo puede ser conveniente para los indicadores que tienen un alto grado de capacidad no utilizada.
- b. Si la capacidad no utilizada no puede atribuirse al bajo desempeño de un indicador, es posible que sea conveniente aplicar otros enfoques, como el financiamiento de los establecimientos de salud y los incentivos del lado de la demanda.
6. ¿Cuál es la capacidad del país para financiar a los establecimientos directamente a través de los sistemas de gestión de las finanzas públicas vigentes?
- a. Aplicar el diagnóstico propuesto por Piatti-Fünfkirchen, Hadley y Mathivet (2021).

### Identificación de las opciones relevantes

Adoptar un enfoque integral para los sistemas de salud:

- o Trazar un mapa de los distintos flujos de financiamiento entre las fuentes y asegurarse de que sean complementarios.
- o La cuestión práctica no debería ser “el financiamiento basado en el desempeño (FBD) o el financiamiento directo de los establecimientos (FDE)”, sino más bien cómo, a través de todas las fuentes, se paga a los establecimientos de salud y cómo sería una estructura de incentivos orientada hacia un objetivo.
- o Las opciones del lado de la demanda, cuando sea factible, pueden combinarse con las intervenciones del lado de la oferta, ya que abordan un conjunto de cuestiones diferentes a las del FBD o el FDE.

*(Continúa en la página siguiente)*

## Recuadro PG.1

### Capacidad de ampliación y sostenibilidad de los enfoques basados en la oferta

En los casos en los que los esquemas de oferta resulten más oportunos, o en el contexto en el que dichos esquemas lleven un tiempo ya funcionando, a continuación se plantean algunos interrogantes sobre la capacidad de ampliación y la sostenibilidad:

1. Si los establecimientos de salud no tienen un presupuesto bajo su control, ¿qué se debe hacer para enviarles los fondos directamente? Esto puede requerir una reforma política y jurídica. Las opciones pueden ser las siguientes:
  - o Establecer subvenciones en bloque específicas para los establecimientos (como se está haciendo en Burkina Faso).
  - o Reconocer a los establecimientos como proveedores y pagarles de forma similar a como se reembolsaría a los proveedores de servicios privados (como se está haciendo en Uganda).
  - o Incorporar a los establecimientos de salud en el presupuesto como unidades de gasto específicas (como se está haciendo en Tanzania).
  - o Reconocer a los establecimientos como unidades extrapresupuestarias que reciben una transferencia intergubernamental (esto es más conveniente para los hospitales más grandes y se aplica en muchos países, por ejemplo, en Rwanda).
2. Si las adquisiciones están centralizadas, considerar opciones de presupuestos ocultos para los establecimientos que utilizan los fondos, en las que los establecimientos adquieren insumos de un repositorio central a un precio con descuento.
  - o Habilitar opciones para adquirir medicamentos de emergencia del sector privado si no están disponibles de otra forma.
3. Si los establecimientos de atención primaria no reciben visitas de supervisión de apoyo periódicas, considerar la posibilidad de añadir visitas del equipo de salud del distrito. Las visitas de verificación en las pruebas de FBD proporcionan un buen modelo para dicha supervisión, incluso aunque esté desvinculada de la remuneración por desempeño.
4. Ante la falta de supervisión comunitaria, considerar la posibilidad de involucrar a la comunidad en la administración del establecimiento de salud; por ejemplo, mediante tarjetas de calificación por parte de los ciudadanos y reuniones con los comités para el desarrollo de las aldeas.
5. Si hay retrasos importantes en el pago de los sueldos, considerar la posibilidad de reformar el sistema de seguimiento del gasto público para mejorar la puntualidad de dichos pagos.
6. Explorar las innovaciones en tecnología financiera, como el uso de dinero móvil, para facilitar los pagos a proveedores remotos dejando una huella digital de la transacción.
7. Reforzar la capacidad básica de gestión financiera a nivel de los establecimientos para garantizar la rendición de cuentas financieras y fomentar la confianza en el uso prudente de los recursos por parte de las instituciones financieras.
8. La remuneración por desempeño no es la única forma de orientar los pagos a los proveedores hacia los resultados: puede aprovecharse el tamaño y la composición

*(Continúa en la página siguiente)*

## Recuadro PG.1

de la población del área de salud, la carga de morbilidad y la lejanía para atender necesidades clave sin la remuneración por desempeño.

- o La remuneración por desempeño debe considerarse con cuidado y solo debe añadirse de forma paralela una vez que se haya establecido un sistema funcional de pago a los establecimientos.
  - o Utilizar la sección de diagnóstico anterior para identificar los indicadores susceptibles de recibir una remuneración por desempeño o un arancel por servicio.
9. Cómo secuenciar correctamente las intervenciones:
- o Los equipos pueden comenzar con entre 18 y 24 meses de intervenciones del lado de la demanda alineadas con el FDE.
  - o El dinero móvil, los portales y los paneles de información pueden servir a los fines de la rendición de cuentas, pero también pueden utilizarse para comenzar a cambiar la orientación de los establecimientos de salud y el personal de atención primaria hacia una más vinculada a los resultados.
  - o Repetir el ejercicio de diagnóstico y, posteriormente, considerar si es conveniente añadir la remuneración por desempeño para alguno de los indicadores.

### Evaluación de los resultados

En este informe y en estos elementos de acción se destaca la importancia de contar con buenos datos a nivel de los hogares y de los establecimientos de salud.

1. Los censos nacionales de los establecimientos que incluyen al menos una muestra representativa de los proveedores privados suponen una gran inversión, pero proporcionan una gran cantidad de datos valiosos.
2. Las encuestas demográficas y de salud y otras encuestas de hogares representativas a nivel nacional pueden servir para hacer un seguimiento de la cobertura y de la cobertura efectiva.
3. Las encuestas de Evaluación de la Prestación de Servicios y de Indicadores de Prestación de Servicios de las encuestas demográficas y de salud proporcionan una gran cantidad de datos útiles sobre la capacidad estructural de los establecimientos de atención primaria.
4. Es necesario hacer un seguimiento de la atención irrelevante, y no solo de la prestación insuficiente de la atención necesaria. Como se señala en este informe, los programas de remuneración por desempeño pueden influir de manera negativa en los incentivos que afrontan los trabajadores de la salud, pudiendo hacer que aumente la prestación de atención irrelevante, lo que tiene consecuencias para el bienestar de los pacientes y para la eficacia en función de los costos del sistema de salud.
5. Medir la calidad clínica puede ser complicado. Aunque las observaciones directas son costosas, brindan un panorama detallado de la prestación de atención de la salud. Cuando están disponibles, los cuadros de mando integral y otros datos de seguimiento habitual que se informan a través de los portales de FBD pueden aportar información valiosa.
6. Los datos administrativos de los certificados de nacimiento y otros certificados del registro civil y de estadísticas vitales pueden proporcionar datos actualizados de forma sistemática sobre los resultados en materia de salud.

No obstante, en el informe también se destaca la importancia del entorno institucional en el que se aplica la reforma. Existen pocas investigaciones que respalden la remuneración por desempeño en sistemas de salud centralizados, con escasos recursos y sin financiamiento, mientras que otros aspectos de las reformas relacionados con la autonomía, la transparencia y la rendición de cuentas en los proyectos de FBD y FDE han permitido obtener notables mejoras con respecto a los resultados en materia de salud en comparación con las prácticas habituales. Los recursos aportados por los proyectos de FBD a la atención primaria han mejorado considerablemente la calidad estructural de los establecimientos de atención primaria de la salud.

Por lo tanto, se plantea la cuestión del valor de la remuneración por desempeño en relación con sus limitados beneficios. La remuneración por desempeño requiere una verificación, que es compleja y puede ser costosa de ejecutar. En un ejemplo, los costos se estimaron en aproximadamente un 20 % de todos los gastos administrativos (Zeng *et al.*, 2021). Aunque los algoritmos de verificación basados en los riesgos pueden reducir estos costos de la remuneración por desempeño, otras medidas, como los paneles de información y los planes de operaciones (como en los proyectos de FDE), pueden ofrecer un nivel similar de rendición de cuentas y transparencia, pero a menor costo y con mayor simplicidad. Además, los costos de la remuneración por desempeño pueden ser imprevisibles para el Gobierno y el establecimiento de salud, lo que hace que esta sea difícil de ampliar a menos que esté bien alineada con el sistema de gestión de las finanzas públicas del Gobierno. Esto también plantea dudas sobre su sostenibilidad. Desde luego, el FDE también puede requerir la alineación con los sistemas de gestión de las finanzas públicas (por ejemplo, lograr que los establecimientos de salud sean reconocidos como unidades de gasto en el plan de cuentas no siempre es un proceso sencillo), pero el FDE no se enfrenta al desafío de la imprevisibilidad presupuestaria que se presenta cuando se amplían los programas de FBD.

Las opciones de políticas para mejorar los servicios de salud a través de incentivos financieros se encuentran en progresión. Por ejemplo, una opción de bajo costo puede consistir en identificar las áreas en las que la demanda de referencia es particularmente débil para determinados tipos de servicios, garantizar un nivel mínimo de calidad de la atención en un establecimiento público (utilizando el financiamiento directo), seguido de transferencias de efectivo a los hogares para comprobar en qué medida aumentan un determinado indicador, y, solo entonces, considerar la remuneración por desempeño para el personal sanitario y los



establecimientos de atención primaria. El futuro de la remuneración por desempeño —como un enfoque de financiamiento de la salud dentro de un arsenal de varias opciones— no debería ser una cuestión de “sí” o “no”, sino de “cómo” y “en qué secuencia”. En el recuadro PG.1 se analiza en detalle el modo en que los equipos de trabajo podrían abordar estos interrogantes.

En el capítulo 8 se analiza el futuro de los enfoques de fortalecimiento de los sistemas de salud, incluidos el FBD y el FDE. Los esquemas de FBD ofrecen una sólida rendición de cuentas ante los donantes externos, lo que probablemente haya contribuido a su popularidad. Estos esquemas incorporan importantes innovaciones además de la remuneración por desempeño; por ejemplo, la rendición de cuentas y la transparencia vinculadas a la descentralización y el financiamiento de la atención primaria. En los contextos en los que los mecanismos de pago como el FDE resultan más convenientes, como se analiza en el recuadro PG.1, los encargados de la formulación de políticas deberían incorporar medidas de rendición de cuentas que satisfagan las exigencias de información de los donantes. Este es precisamente el caso de los países que dependen sobre todo de los donantes, en los que se podría argumentar que, al menos a corto plazo, los esquemas de FBD deberían servir como herramienta para mejorar la alineación de los donantes con respecto a un paquete de servicios, mucho más que como herramienta para cambiar la función de pago a los proveedores públicos. De este modo, la reforma del financiamiento de la salud sostenible posiblemente no incorpore la remuneración por desempeño, pero sí conserve otros aspectos importantes de las intervenciones de FBD.

El informe concluye en el capítulo 8 con un análisis de las implicaciones operativas de las pruebas presentadas. De las implicaciones presentadas en el informe se extraen cuatro mensajes principales para el diseño de una reforma del financiamiento de la salud sostenible y susceptible de ampliación. En primer lugar, la sostenibilidad no se limita al dinero, y el riesgo y la incertidumbre pueden provocar que las intervenciones sean insostenibles aunque se disponga de fondos. En segundo lugar, los establecimientos suelen beneficiarse de la autonomía presupuestaria y la flexibilidad, así como de sistemas de pago unificados, y sus presupuestos pueden orientarse a los resultados sin estar vinculados a la remuneración por desempeño. En tercer lugar, la remuneración por desempeño debe ser coherente con el contexto más amplio del sistema de salud. Es decir, el personal sanitario debe poder controlar una parte sustancial de las limitaciones que atentan contra la calidad; el sistema de gestión de las finanzas públicas debe tener

la posibilidad de aplicar y, si es necesario, ampliar la remuneración por desempeño; debe existir un departamento de compras, ya sea exclusivo o no, y la estructura presupuestaria debe permitir manejar la imprevisibilidad de la remuneración por desempeño. En cuarto lugar, el uso de las tecnologías emergentes puede permitir reducir los costos de ejecución inherentes a los enfoques de la remuneración por desempeño. Por ejemplo, los pagos electrónicos a los establecimientos pueden ayudar a lograr la reforma necesaria de la rendición de cuentas, junto con la descentralización y el financiamiento directo de los establecimientos de atención primaria. En este informe se hace un llamamiento a la recopilación y el análisis de datos para hacer un seguimiento de las limitaciones a la cobertura efectiva y al diseño de intervenciones de financiamiento de la salud que se basen en esos datos.

El diseño de incentivos financieros en la atención de la salud y la mejor manera de medir la calidad de la atención a escala para respaldar dichos esquemas de incentivos son un difícil problema en materia de políticas en el que siguen existiendo interrogantes sin resolver. Aunque todavía quedan muchas preguntas por responder, en este informe se presenta una investigación que evidencia los límites de las complejas intervenciones de FBD, especialmente si se comparan con opciones de políticas más “superficiales”, como el FDE. Además, la investigación que se analiza en este informe demuestra que la reforma del financiamiento de la salud puede —de hecho, debe— incluir la rendición de cuentas y la transparencia, aunque no incluya la remuneración por desempeño. En el informe se analizan varios métodos rigurosos para medir la calidad y la eficiencia de la atención, y se ofrecen ideas con respecto a la ampliación de dicha medición. Asimismo, en la investigación aquí recabada se demuestra la importancia de establecer los fundamentos: la descentralización, el financiamiento de la atención primaria y los incentivos para la utilización de los servicios de salud preventivos pueden ser reformas significativas por sí mismas. Dicho esto, en todos los países analizados sigue existiendo un gran margen de mejora en muchas medidas del desempeño del sistema de salud. Siempre que los países intenten aprovechar la reforma del financiamiento de la salud para desarrollar sistemas de salud de alta calidad, en el informe se argumenta la necesidad de contar con un conjunto ampliado de opciones de políticas, que incluyan, entre otras, el FBD, y que puedan ayudar a los países a abordar todos los obstáculos que enfrentan para mejorar la cobertura efectiva.

## Nota

1. Inicialmente se financiaron 36 evaluaciones de impacto de programas piloto de FBD en el ámbito de la salud, pero, hasta donde sabemos, solo se han completado o se espera completar 25 de ellas (<https://www.rbhhealth.org/impact>).

## Referencias bibliográficas

- Basinga, P., P. J. Gertler, A. Binagwaho, A. L. Soucat, J. Sturdy, and C. M. Vermeersch. 2011. “Effect on Maternal and Child Health Services in Rwanda of Payment to Primary Health-Care Providers for Performance: An Impact Evaluation.” *The Lancet* 377 (9775): 1421–28.
- Carroli, G., C. Rooney, and J. Villar. 2001. “How Effective Is Antenatal Care in Preventing Maternal Mortality and Serious Morbidity? An Overview of the Evidence.” *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 15: 1–42.
- Das, J., J. Hammer, and K. Leonard. 2008. “The Quality of Medical Advice in Low-Income Countries.” *Journal of Economic Perspectives* 22 (2): 93–114.
- De Walque, D., J. Friedman, E. Kandpal, M. Saenz, and C. Vermeersch. 2022. “Performance-Based Financing versus Direct Facility Financing for Primary Health Service Delivery: Pooled Evidence from Five Sub-Saharan African Countries.” World Bank, Washington, DC.
- De Walque, D., P. J. Robyn, H. Saidou, G. Sorgho, and M. Steenland. 2021. “Looking into the Performance-Based Financing Black Box: Evidence from an Impact Evaluation in the Health Sector in Cameroon.” *Health Policy and Planning* 36 (6): 835–47.
- Doran, T., C. Fullwood, H. Gravelle, D. Reeves, E. Kontopantelis, U. Hiroeh, and M. Roland. 2006. “Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom.” *New England Journal of Medicine* 355 (4): 375–84.
- Eichler, R., and R. Levine. 2009. *Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Fink, G., E. Kandpal, and G. Shapira. 2022. “Inequality in the Quality of Health Services: Wealth, Content of Care, and Price of Antenatal Consultations in the Democratic Republic of Congo.” *Economic Development and Cultural Change*. <https://doi.org/10.1086/713941>.
- Friedman, J., A. Das, and R. Mutasa. 2017. “Rewarding Provider Performance to Improve Quality and Coverage of Maternal and Child Health Outcomes: Zimbabwe Results-Based Financing Pilot Program: Evidence to Inform Policy and Management Decisions.” World Bank, Washington, DC.
- Friedman, J., J. Qamruddin, C. Chansa, and A. K. Das. 2016. “Impact Evaluation of Zambia’s Health Results-Based Financing Pilot Project.” World Bank, Washington, DC.
- Fritsche, G. B., R. Soeters, and B. Meessen. 2014. *Performance-Based Financing Toolkit*. World Bank, Washington, DC.

- Gergen, J., E. Josephson, M. Coe, S. Ski, S. Madhavan, and S. Bauhoff. 2017. “Quality of Care in Performance-Based Financing: How It Is Incorporated in 32 Programs across 28 Countries.” *Global Health: Science and Practice* 5 (1): 90–107.
- Grover, D., S. Bauhoff, and J. Friedman. 2019. “Using Supervised Learning to Select Audit Targets in Performance-Based Financing in Health: An Example from Zambia.” *PloS One* 14 (1): e0211262.
- Hernández-Díaz, S., M. M. Werler, A. M. Walker, and A. A. Mitchell. 2000. “Folic Acid Antagonists during Pregnancy and the Risk of Birth Defects.” *New England Journal of Medicine* 343 (22): 1608–14.
- Ibnat, F., K. L. Leonard, L. Bawo, and R. L. Mohammed-Roberts. 2019. “The Three-Gap Model of Health Worker Performance.” Policy Research Working Paper 8782, World Bank, Washington, DC.
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2020. *GBD Compare Data Visualization*. Seattle, WA: IHME, University of Washington. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
- Kassebaum, N., A. Bertozzi-Villa, M. Coggeshall, K. A. Shackelford, C. Steiner, K. R. Heuton, D. González-Medina, et al. 2014. “Global, Regional, and National Levels and Causes of Maternal Mortality during 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.” *The Lancet* 384 (9947): 980–1004.
- Khanna, M., B. Loevinsohn, E. Pradhan, O. Fadeyibi, K. McGee, O. Odutolu, G. Fritsche, et al. 2021. “Decentralized Facility Financing versus Performance-Based Payments in Primary Health Care: A Large-Scale Randomized Controlled Trial in Nigeria.” *BMC Medicine* 19: Article 224. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02092-4>.
- Kruk, M. E., A. D. Gage, N. T. Joseph, G. Danaei, S. García-Saisó, and J. A. Salomon. 2018. “Mortality Due to Low-Quality Health Systems in the Universal Health Coverage Era: A Systematic Analysis of Amenable Deaths in 137 Countries.” *The Lancet* 392 (10160): 2203–12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4).
- Kwan, A., B. Daniels, S. Bergkvist, V. Das, M. Pai, and J. Das. 2019. “Use of Standardised Patients for Healthcare Quality Research in Low- and Middle-Income Countries.” *BMJ Global Health* 4 (5): e001669. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001669>.
- López, C., A. Sautmann, and S. Schaner. 2022. “Does Patient Demand Contribute to the Overuse of Prescription Drugs?” *American Economic Journal: Applied Economics* 14 (1): 225–60.
- Mills, A. 2014. “Health Care Systems in Low- and Middle-Income Countries.” *New England Journal of Medicine* 370 (6): 552–57.
- Neelsen, S., D. de Walque, J. Friedman, and A. Wagstaff. 2021. “Financial Incentives to Increase Utilization of Reproductive, Maternal and Child Health Services in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis.” Policy Research Working Paper 9793, World Bank, Washington, DC.
- Peters, P. J., M. C. Thigpen, M. E. Parise, and R. D. Newman. 2007. “Safety and Toxicity of Sulfadoxine/Pyrimethamine: Implications for Malaria Prevention

- in Pregnancy Using Intermittent Preventive Treatment.” *Drug Safety* 30 (6): 481–501.
- Piatti-Fünfkirchen, M., S. Hadley, and B. Mathivet. 2021. “Alignment of Performance-Based Financing in Health with the Government Budget: A Principle Based Approach.” Health, Nutrition, and Population Discussion Paper, World Bank, Washington, DC.
- Shepard D., W. Zeng, R. Mutasa, A. Das, C. Sisimayi, S. Shamu, S. Banda, and J. Friedman. 2020. “Cost-Effectiveness of Results-Based Financing of Maternal and Child Health Services in Zimbabwe: A Controlled Pre-Post Study.” *Journal of Hospital Management and Health Policy* 4 (32). <https://doi.org/10.21037/jhmhp-20-84>.
- Wagstaff, A., C. Bredenkamp, and L. R. Buisman. 2014. “Progress on Global Health Goals: Are the Poor Being Left Behind?” *World Bank Research Observer* 29 (2): 137–62.
- WHO (World Health Organization). 2020. *Improving Child Survival and Mortality*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
- Zeng, W., D. Shepard, H. Nguyen, C. Chansa, A. Das, J. Qamruddin, and J. Friedman. 2018. “Cost-Effectiveness of Results-Based Financing, Zambia: A Cluster Randomized Trial.” *Bulletin of the World Health Organization* 96 (11): 760.
- Zeng, W., E. Pradhan, M. Khanna, O. Fadeyibi, G. Fritsche, and O. Odutolu. 2021. “Cost-Effectiveness Analysis of the Decentralized Facility Financing and Performance-Based Financing Program in Nigeria.” *Journal of Hospital Management and Health Policy*. doi:10.21037/jhmhp-20-82.

## AUDITORÍA AMBIENTAL

### ***Declaración sobre los beneficios para el medio ambiente***

El Banco Mundial ha asumido el compromiso de reducir su huella ambiental. Por lo tanto, sacamos provecho de las opciones de publicación electrónica y de las tecnologías de impresión a demanda, instaladas en centros regionales de todo el mundo. Esto permite reducir las tiradas y las distancias de los envíos, con lo que disminuyen el consumo de papel, el uso de productos químicos, las emisiones de gases de efecto invernadero y los desechos.

Seguimos las normas recomendadas por Green Press Initiative para el uso del papel. La mayoría de nuestros libros están impresos en papel certificado por el Consejo de Administración Forestal (FSC), y casi todos contienen entre un 50 % y un 100 % de papel reciclado. Las fibras recicladas del papel de nuestros libros no están blanqueadas, o bien se ha utilizado un blanqueo totalmente libre de cloro (TCF) o procesado sin cloro (PCF) o mejorado sin cloro elemental (EECF).

Para obtener más información sobre la filosofía ambiental del Banco, visite <http://www.worldbank.org/corporateresponsibility>.



Aunque en muchos países de ingreso bajo y mediano la cobertura sanitaria ha mejorado drásticamente durante las últimas dos décadas, no ha ocurrido lo mismo con los resultados en materia de salud. En este contexto, la cobertura efectiva, una métrica que permite conocer si la prestación de servicios cumple con un nivel mínimo de calidad, sigue siendo inaceptablemente baja. En el presente documento se examina un enfoque normativo específico para mejorar la cobertura efectiva: incentivos financieros en forma de financiamiento basado en el desempeño (FBD), un paquete de reformas que, por lo general, incluye remuneración por desempeño para el personal sanitario de atención primaria, así como también autonomía de los establecimientos de salud, transparencia y participación de la comunidad.

Este informe sobre investigaciones relativas a las políticas de desarrollo se basa en una amplia variedad de estudios rigurosos existentes, complementados por nuevos análisis. En comparación con las prácticas habituales, en los entornos de bajos ingresos con sistemas de salud centralizados, el FBD puede traer aparejado un aumento sustancial de la cobertura efectiva. No obstante, los beneficios relativos del FBD —en particular, el componente de remuneración por desempeño— no son tan evidentes si se los compara con dos enfoques alternativos, como el financiamiento directo de los establecimientos de salud, que brinda presupuestos operativos para los servicios sanitarios de atención primaria con autonomía de los establecimientos en el momento de la asignación, pero no remuneración por desempeño, y el apoyo financiero orientado a la demanda para los servicios sanitarios (es decir, transferencias monetarias condicionadas y bonos). Si bien el FBD suele traducirse en mejoras marginales, son muchos los países que aún no tienen a su alcance la posibilidad de subsanar las importantes deficiencias que presentan en materia de cobertura sanitaria efectiva. No obstante, existen importantes enseñanzas y experiencias obtenidas a partir de la implementación del FBD en la última década que pueden orientar el financiamiento de la salud de cara al futuro. En particular, para cumplir su cometido, es posible que la reforma del financiamiento de la salud deba dejar de lado la remuneración por desempeño, pero, al mismo tiempo, preservar los elementos de financiamiento directo de los establecimientos de salud, autonomía, transparencia y participación de la comunidad.

