

Salud, nutrición y población

*M. Claeson, C. Griffin, T. Johnston, M. McLachlan, A. Soucat,
A. Wagstaff y A. Yazbeck*

Esquema

1. **Introducción**
2. **Marco conceptual para mejorar la salud de los pobres**
3. **Evaluación de los resultados de las intervenciones y fijación de metas**
 - 3.1 Los pobres como centro de atención
 - 3.2 El ciclo de vida y los resultados de las intervenciones
 - 3.3 Recopilación de evidencias sobre resultados de las intervenciones entre los pobres
 - 3.4 Indicadores de salud y fijación de prioridades
 - 3.5 Fijación de objetivos
 - 3.6 Resumen
4. **Comprensión de la deficiencia en los resultados de las intervenciones:
El papel de las familias y las comunidades**
 - 4.1 Resultados de las intervenciones: Conductas y factores de riesgo
 - 4.2 Influencias de tipo familiar sobre las conductas y los resultados de las intervenciones
 - 4.3 Influencias de la comunidad sobre las conductas y los resultados de las intervenciones
5. **Evaluación del desempeño del sector de la salud: Apoyo a las familias para mejorar los resultados de las intervenciones**
 - 5.1 El sistema de salud y el ciclo de vida
 - 5.2 Evaluación del desempeño del sistema de salud
 - 5.3 Resumen
6. **La interfaz entre el gobierno y el sistema de salud**
 - 6.1 Prestación de servicios de salud
 - 6.2 Mercados de insumos
 - 6.3 Administración estatal del sector de la salud
 - 6.4 Financiamiento y combinación de riesgos
 - 6.5 Resumen
7. **Medidas factibles: Políticas estatales para mejorar los resultados de las intervenciones**
 - 7.1 Marco de gasto en salud
 - 7.2 Financiamiento y aumento de la recaudación de ingresos
 - 7.3 Prestación y entrega de servicios
 - 7.4 Administración de bienes

7.5 Seguimiento y evaluación

7.6 Políticas ajenas al Ministerio de Salud

8. Consejos para la preparación del DELP en materia de salud

8.1 El equipo

8.2 Proyección cronológica y presupuesto

8.3 Uso del marco lógico

8.4 Ejemplo de fijación de prioridades en Bolivia

9. Bibliografía

1. Introducción

Ahora que los países están refinando sus estrategias de reducción de la pobreza, el papel del capital humano, que comprende la salud y la nutrición, está recibiendo mucho reconocimiento. Las personas sufren mayor pobreza cuando se deteriora su salud o cuando tienen crisis de salud; pero la pobreza misma también deteriora la salud de las personas y la somete a riesgos aún mayores. Un ejercicio de consulta realizado recientemente por el Banco Mundial, con el título de *Voces de los pobres*, reveló que una de las principales razones por las cuales las familias consideran que terminarán siendo pobres es una enfermedad grave. Una mujer egipcia comentó, “Cuando mi esposo se enferma, lo que nos espera es una calamidad. Nuestra vida se detiene hasta que él que se recupera y vuelve a trabajar.”

El estado de la salud (que para los fines generales de este estudio incluye el estado nutricional y la capacidad de manejo de la fecundidad) es igualmente un elemento fundamental del bienestar. En un renombrado ejercicio llevado a cabo hace casi 40 años (Cantril, 1965), se interrogó a una muestra de personas de 12 países, de ingresos altos y bajos, acerca de lo que constituye su bienestar personal. Las respuestas fueron casi idénticas en todos los países, culturas y niveles de ingreso: La salud ocupó el tercer lugar, después del ingreso y de una buena vida familiar.

El mejoramiento de la salud de los pobres puede dar lugar a mejores resultados para toda la población, por la naturaleza de las dolencias (las enfermedades contagiosas generalizadas entre los pobres aumentan los riesgos para todos) y la naturaleza de las intervenciones, muchas de las cuales benefician a toda la población (como inmunizaciones e intervenciones en materia de salud ambiental). Los insumos relativos a la salud, la población y la nutrición tienen potencial para mejorar los resultados, pero también lo tienen otras actividades que se realizan en otros sectores. La educación, el medio ambiente y la disponibilidad de vías de transporte, así como el abastecimiento de agua potable contribuyen igualmente a mejorar la salud, de modo que la consecución de las metas para los pobres depende en parte de lo que se realice en estos otros sectores. Dentro del sector de la salud, las buenas intervenciones en materia de población y nutrición también contribuyen en forma independiente, aumentando el impacto y sustituyendo las intervenciones de los servicios de salud.

El Cuadro 1 presenta los tres auditorios principales a los que se dirige este capítulo. Para uno de los grupos de técnicos que contribuyen al DELP, abocados a los temas “macro”, el punto principal puede ser la cantidad de recursos que se asigna a la salud, así como las posibles reasignaciones que se efectúen para llegar mejor a los pobres (renglón 1 del Cuadro 1). Un segundo grupo de contribuidores puede dedicarse a perfeccionar el funcionamiento del sistema de salud para los pobres, recurriendo a reformas e iniciativas de cambio (renglón 2 del Cuadro 1). Finalmente, un tercer grupo puede asumir la labor de definir cómo han de ponerse en práctica las actividades de atención y asistencia a los pobres (renglón 3 del Cuadro 1). Los que trabajan a nivel de proyecto o de prestación del servicio no pueden realizar exitosamente su labor sin la cooperación y la asistencia de quienes se desempeñan en los niveles de sistemas y gastos. El DELP representa una oportunidad para que los tres grupos trabajen en forma mancomunada.

En el Cuadro 1 se resumen asimismo los puntos que se plantean en los tres niveles, y las medidas de tipo conceptual que puedan proponerse en un DELP para tratar esta temática. Las medidas que adopten algunos países determinados serían obviamente distintas de las ideas específicas que se proponen aquí a modo de ilustración.

Cuadro 1: Niveles de acción para quienes contribuyen al DELP

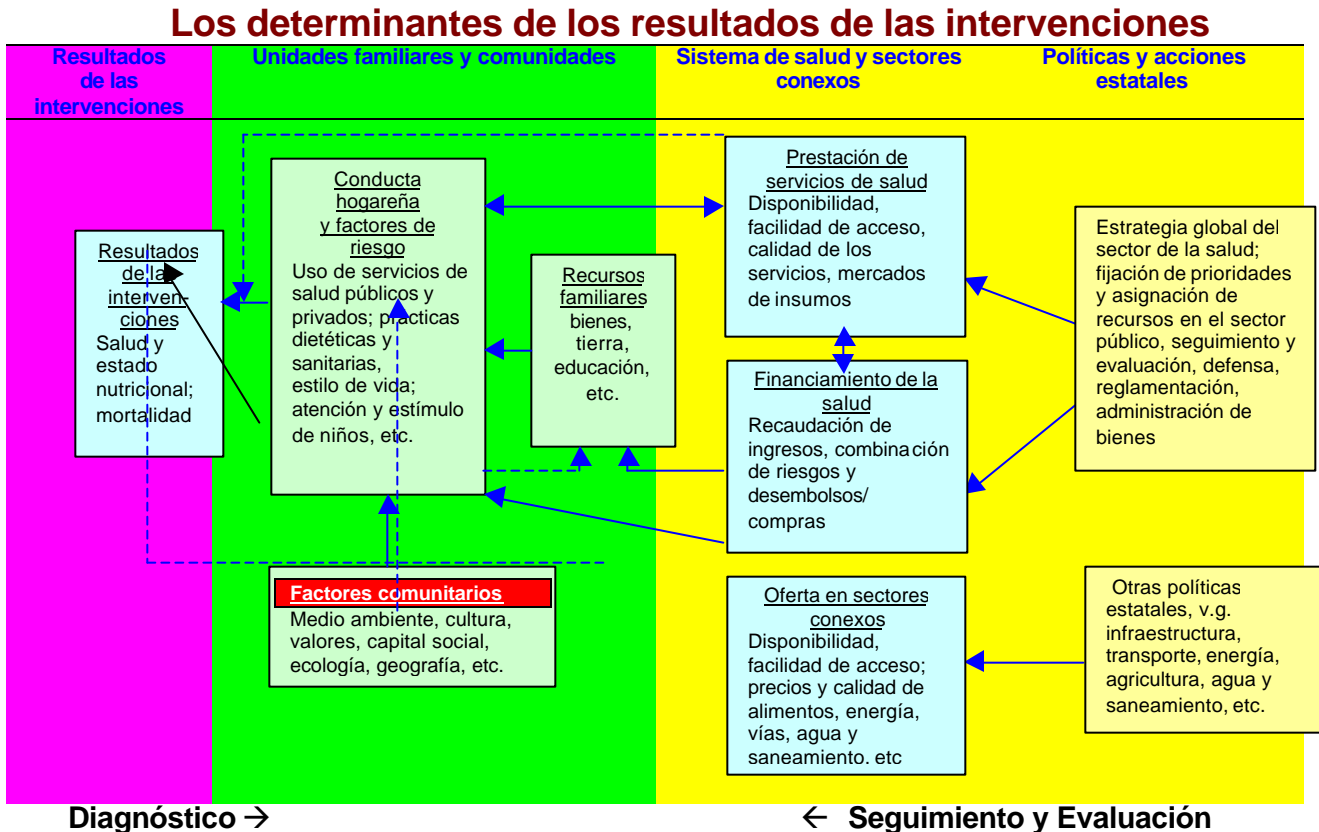
Área de problemas	Temas	Acciones
1. Gasto público (nivel macro)	<ul style="list-style-type: none"> Reasignaciones para mejorar la destinación y eficiencia del gasto 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de tres a cinco años para modificar el gasto, tomando en cuenta las reasignaciones y los nuevos recursos
2. Perfeccionar el funcionamiento del sistema de salud (nivel de sistema)	<ul style="list-style-type: none"> Elevar la eficacia, calidad y resultados mejorando el desempeño del sistema Mejorar la receptividad del sistema para poblaciones pobres y excluidas Aumentar la capacidad de respuesta a los clientes 	<ul style="list-style-type: none"> Reformas sistémicas para resolver atascamientos y resolver problemas mediante la modificación de métodos de incentivos, contratación, propiedad, seguros y coordinación entre las partes Sistemas experimentales de prueba y evaluación Difusión de conocimientos; capacitación y comunicación sobre cambios introducidos
3. Intervenciones dirigidas que dan buenos resultados (nivel de intervención)	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de intervenciones dirigidas relativamente simples y de fácil ejecución para los pobres Necesidad de programas con resultados mensurables y evaluados, y con aprendizaje incorporado 	<ul style="list-style-type: none"> Proyectos y planes experimentales que abran camino para el mejoramiento del sistema Programas dirigidos de salud materna e infantil, nutrición y salud pública Mejor coordinación de proyectos por distintas entidades y donantes

Este capítulo está organizado en torno al marco conceptual que se presenta en la próxima sección. Los dos principios fundamentales del marco son los siguientes:

- En primer lugar, que la pobreza constituye principalmente una característica hogareña o familiar y comunitaria. ¿Qué grado de éxito ha tenido el sistema al tratar de romper las barreras específicas que restringen la acción de los pobres cuando tratan de mejorar su salud? Al hacer esta evaluación, es imprescindible escuchar a los pobres y utilizar la información así obtenida para diagnosticar los problemas y planificar fórmulas que permitan superar dichas restricciones. Sin embargo, aun cuando es necesario escuchar, esto no es suficiente si el propio sistema de salud es incapaz de producir aquello que se requiere para romper las barreras que lo obstaculizan. Es posible que el esfuerzo por llegar a los pobres exija cambiar el modus operandi, en lugar de simplemente añadir más recursos o reasignarlos.
- En segundo lugar, que se reconoce que, siendo limitados los recursos y las capacidades, se hace necesario definir las prioridades. Es muy difícil que la sola enumeración detallada de políticas y medidas, sin indicación de prioridades, se traduzca en una ejecución eficaz y en la solución de los problemas.

2. Marco conceptual para mejorar la salud de los pobres

Figura 1: Los determinantes de los resultados de las intervenciones



En este capítulo se sugiere adoptar un marco dividido en cuatro partes (Figura 1) para identificar los factores que obstaculizan el mejoramiento de la salud para los pobres y las políticas que pueden reducir tales impedimentos. Se trata de un marco lógico que comienza con los resultados en el lado izquierdo y que va retrocediendo hasta llegar a las políticas y medidas señaladas en el lado derecho. Para quienes conocen el marco lógico como medio de identificar los resultados deseados, las acciones para alcanzar dichos resultados, y los insumos que se requieren para producir las acciones, la Figura 1 puede ser un instrumento dinámico para estructurar el proceso de elaborar el DELP sobre salud, nutrición y población. El proceso puede ser tan importante como lo es el producto que efectivamente se escriba para la consecución del consenso sobre los problemas esenciales y lo que ha de hacerse al respecto, los riesgos que tendrán que afrontarse para asegurar el éxito, y lo que habrá que medir para observar y evaluar el desempeño. El resto de este capítulo está organizado en función de las cuatro columnas de este marco.

Al usar el marco, el diagnóstico procede desde la izquierda, partiendo de los resultados deseados (como una menor tasa de mortalidad infantil entre los pobres) pasando por la cadena causal hasta llegar a la derecha, donde pueden usarse las políticas e instrumentos estatales para modificar los resultados. Sin embargo, el seguimiento y la evaluación comienzan desde la derecha y avanzan hacia la izquierda. ¿Qué efectos producen las decisiones estatales de

modificar el funcionamiento del sistema, su financiamiento o los incentivos en la consecución de los resultados deseados? ¿Se ha incorporado un proceso de aprendizaje que suministre información regular sobre consecuencias y resultados, y se tiene flexibilidad para hacer ajustes en función de esta información?

En los párrafos siguientes se analizan las cuatro columnas de la Figura 1, empezando por la izquierda.

- **Resultados de las intervenciones – Evaluación de los resultados de las intervenciones y fijación de metas:** Este es el conjunto de resultados que aquí se propone mejorar mediante el proceso de preparación y aplicación del DELP. Al nivel de país, es esencial escoger un conjunto definido de medidas de resultados sobre los que haya de enfocarse la atención, luego retroceder a través del diagrama para desarrollar políticas que sean capaces de mejorar estos resultados en beneficio de las poblaciones pobres. El presente libro de consulta ofrece orientación sobre lo que se puede buscar y cómo se puede analizar la desigualdad que se advierte en los resultados y los productos de la salud, y señala las fuentes de datos disponibles. Para facilitar la concentración en los resultados más importantes para diferentes grupos de edades, se presenta una herramienta de diagnóstico del ciclo de vida.
- **Familias y comunidades – Su parte en el deterioro de la salud:** Como se observó en la introducción, los resultados de las intervenciones son generados por las complejas interacciones que se producen entre la conducta familiar, los recursos hogareños (especialmente la falta de recursos entre los pobres) y el entorno comunitario (tanto físico como social). Este libro de consulta ofrece instrumentos para entender las variaciones que sufren los resultados de las intervenciones desde el punto de vista de la vida familiar y comunitaria. A tales efectos, se resumen distintos métodos para escuchar a los pobres y aprovechar el actual conocimiento científico acerca de las funciones que desempeñan las familias y las comunidades.
- **Sistemas de salud y sectores conexos – Evaluación del desempeño del sector de la salud para respaldar a las familias y obtener mejores resultados:** Existe una jerarquía de intereses en esta parte del marco. Hemos de reconocer la importancia de los insumos de sectores ajenos a la salud que influyen positivamente en los resultados de las intervenciones, tales como las funciones que desempeñan la educación, la infraestructura y el medio ambiente (véase el recuadro inferior en esta columna). En este capítulo se llama la atención hacia varios factores, a saber: (a) qué puede hacerse para mejorar la prestación de los servicios (recuadro superior) en el sistema de salud ampliamente definido, incluidos los servicios estatales y no estatales; y (b) el financiamiento de la salud (recuadro situado a mitad de la columna). Algunas actividades del sector de la salud inciden directamente en los resultados de las intervenciones. Nadie morirá de paludismo, por ejemplo, donde se haya eliminado el vector mediante la adopción de medidas de salubridad pública. Por ende, sólo hay una flecha directa que va desde la prestación de servicios hacia los resultados. La eficacia de la mayoría de las intervenciones en salud, empero, depende en parte de la conducta del núcleo familiar. Por ejemplo, el uso de mallas de cama para controlar la transmisión del paludismo es función fundamentalmente de la conducta familiar. Por ende, también hay una flecha que va desde la prestación de los servicios, pasando por la conducta familiar, hasta los resultados.
- **Políticas y acciones estatales – Cómo se puede mejorar el resultado mediante la acción estatal:** Los gobiernos cuentan con una variedad de palancas normativas que pueden accionar para fortalecer el sistema de la salud, la financiación de los servicios y el entorno regulativo en el que funcionan los sistemas. Las políticas que propugnan los

gobiernos en todas estas áreas influyen poderosamente en la igualdad de los servicios y en el mejoramiento de los resultados para los pobres. En este capítulo se presenta un resumen de estos instrumentos y de cómo pueden adaptarse a los propósitos del DELP. Se destacan las estrategias para observar los insumos y productos y evaluar las políticas sobre resultados.

Un factor decisivo para lograr el éxito en este empeño es reconocer cómo interaccionan estos cuatro elementos para mejorar los resultados para los pobres. La combinación de políticas de salud puede variar sustancialmente según los niveles de educación, el acceso a insumos por parte de las familias, la presencia de vectores de enfermedades o la existencia de transporte adecuado. En cualquier circunstancia, todos, pero especialmente los pobres, se benefician de un sistema de salud más eficiente y que preste servicios eficaces de consulta, preventivos y de salud pública.

El desafío que asume este capítulo es ofrecer información básica sobre causas y efectos, con miras a ampliar la capacidad de los equipos que evalúan las políticas de salud pública y el gasto en salud, y proponer cambios factibles (normalmente de incremento) en las políticas que tengan un impacto considerable sobre los resultados de las intervenciones. Tales acciones estatales recaerán, someramente, en las tres categorías mencionadas en el Cuadro 1: Gasto público general y financiación, reforma del sistema (mejorar el funcionamiento del sistema de salud), e intervenciones localizadas o proyectos. Lo más común es que se necesiten reformas y acciones en los tres niveles. Para lograr una mejor aceptación en los tres auditorios distintos, se ha mantenido breve el texto principal, haciéndose mención de enlaces directos y de anexos que ofrecen mayor detalle y que apuntan a datos y recursos disponibles.

3. Evaluación de los resultados de las intervenciones y fijación de metas

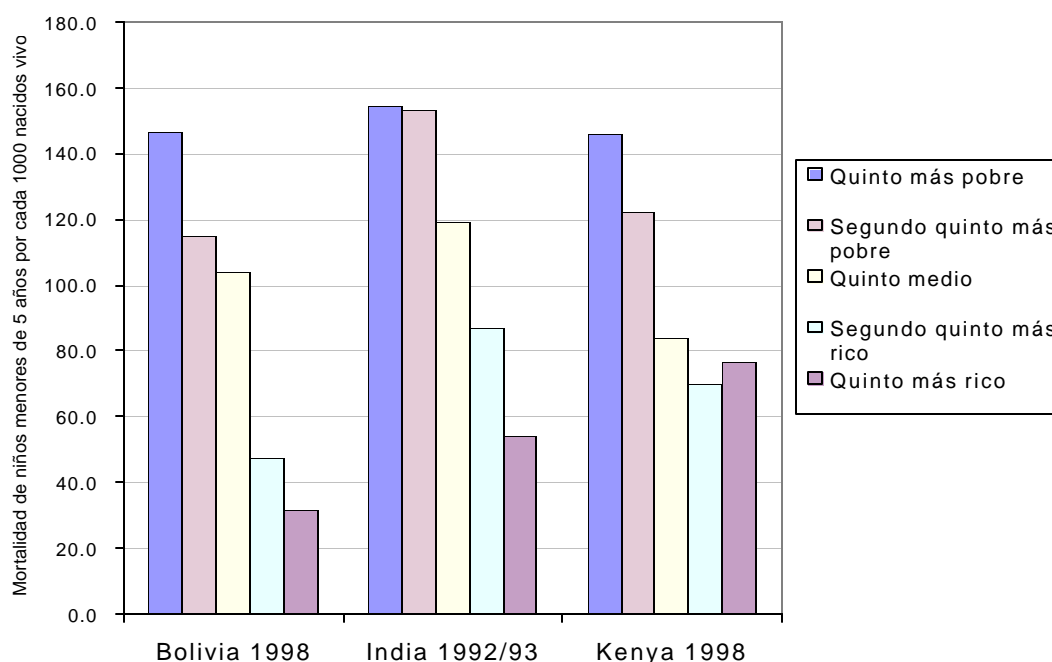
El propósito final del componente de salud de las estrategias para la reducción de la pobreza es mejorar los resultados de las intervenciones, especialmente entre las poblaciones pobres y vulnerables, y el primer paso para formular dichas estrategias es evaluar la situación actual.

3.1 Los pobres como centro de atención

Los promedios demográficos suelen ocultar las grandes diferencias que existen al interior de los países entre distintos grupos de pobreza. Bolivia, Kenya e India, por ejemplo, tienen aproximadamente la misma tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, de alrededor de 108 por cada mil nacidos vivos. La Figura 2 muestra cuál es, en cada uno de estos tres países, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en el quinto más pobre de la población, en el quinto más pobre siguiente y así por el estilo. El gráfico ilustra tres puntos importantes: Primero, que el grupo más pobre de cada país es el que tiene resultados de las intervenciones peores que los otros grupos. Segundo, que la mortalidad de niños menores de cinco años empeora progresivamente al avanzar a través de los grupos de ingresos pasando de los más ricos hacia los más pobres. Tercero, que las disparidades entre pobres y no pobres y las diferencias progresivas a través de grupos económicos, varían de un país a otro. En Bolivia, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en el quinto más pobre de las familias es casi cinco veces la que se registra en el quinto más acomodado. En la India, se triplica la diferencia entre los quintos más ricos y los más pobres de las familias, mientras que en Kenya se duplica.

¿Qué indica todo esto desde un punto de vista de la política? En Bolivia, las diferencias probablemente coinciden con las zonas geográficas o con grupos étnicos. En tales casos, podrían lograrse mejoras rápidas en la tasa general dirigiendo las intervenciones adecuadas hacia el quinto más pobre de la población como primera prioridad, luego pasando a los quintiles cuarto y tercero. En los casos de la India y Kenya, podrían obtenerse buenos resultados enfocando la atención en los dos quintos inferiores de las familias mediante un conjunto de intervenciones adaptadas según los principales obstáculos que enfrentan. ¿Cómo puede hacerse esto? ¿Qué intervenciones deben enfatizarse, para quiénes y por parte de quiénes? Estos son puntos importantes que deben analizarse al utilizar el marco de la Figura 1. De lo que se trata en este caso es determinar, como primer paso del proceso, qué resultados han de enfocarse y medirse por grupo de pobreza. Esta es una medición que se realiza con miras a llegar a una solución del problema.

Figura 2: Mortalidad de niños menores de cinco años entre poblaciones pobres y no pobres



3.2 El ciclo de vida y los resultados de las intervenciones

El concepto de la salud es amplio, ya que comprende no sólo la mortalidad sino también la condición general de salud, el estado nutricional, la morbilidad, el manejo de la fecundidad y la discapacidad. Incluye no sólo la salud de los niños pequeños, sino también la de los más grandes y de los adultos, y abarca igualmente la salud reproductiva, es decir la salud de la mujer durante del embarazo y después del alumbramiento, así como los embarazos no deseados.

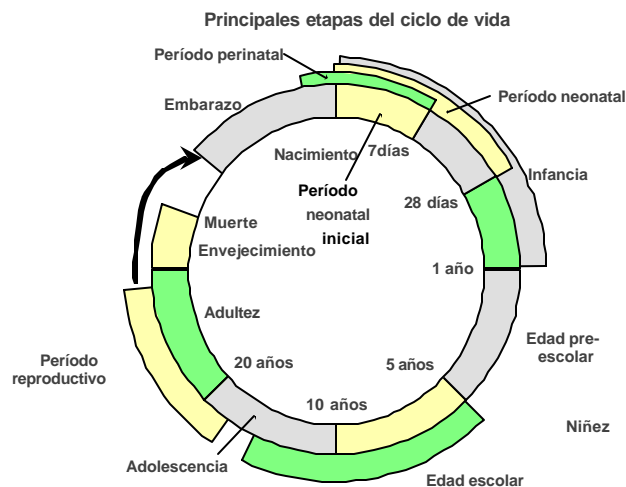
Un modo conveniente de organizar una evaluación de la salud es pensar en términos del ciclo de vida (Figura 3), que comienza en la gestación y pasa por el nacimiento, la infancia, la niñez los años escolares, la adolescencia, la vida adulta y la tercera edad, incluido el período

reproductivo en esta última edad. El ciclo de vida se completa con la gestación y el nacimiento de una nueva generación. Este marco pone de relieve cuatro principios, a saber:

- que las intervenciones en salud tienen un impacto acumulativo, esto es, que el beneficio, la naturaleza y el costo de las intervenciones a una edad posterior dependen parcialmente de las intervenciones anteriores;
- que es necesario registrar las intervenciones según la prioridad en diferentes puntos a través del ciclo de vida para que se mantengan las mejoras ya logradas en los resultados de las intervenciones;
- que las intervenciones realizadas en una generación acarrear consigo los beneficios a las generaciones sucesivas. Los casos más obvios son el buen cuidado prenatal, así como los programas destinados a ayudar a las jóvenes adolescentes a postergar los embarazos, dos factores que dan a los bebés la oportunidad de comenzar la vida en mejores condiciones de salud;
- que este criterio también facilita la identificación de riesgos decisivos para las familias y los vacíos de este tipo que hay en el sistema de salud, casos en los cuales las intervenciones pueden romper el ciclo de la pobreza y de mala salud.

Cada etapa del ciclo de vida conlleva riesgos para la salud, y para cada uno de ellos hay un indicador de resultados. Por ejemplo, durante el primer año de vida (infancia), hay riesgos de enfermedades, deficiencias nutritivas, lentitud de crecimiento y desarrollo e incluso posibilidad de muerte. Los indicadores correspondientes incluyen la incidencia de enfermedades específicas (como la diarrea), el bajo peso para la edad (peso insuficiente), la baja estatura para la edad (retraso en el crecimiento), y la muerte (mortalidad infantil).

Figura 3: Principales etapas del ciclo de vida



3.3 Recopilación de evidencias sobre resultados de las intervenciones entre los pobres

El Anexo 3A contiene las hojas de los indicadores del ciclo de vida. En ellos se señalan los principales riesgos de cada etapa del ciclo, los respectivos indicadores de resultados y su definición y medición. No es necesario —y en algunos países simplemente no es factible— evaluar *todos* los diversos resultados de las intervenciones en *todas* las etapas del ciclo de vida. Lo que sí puede hacerse es seleccionar, para el mayor número posible de etapas del ciclo, los indicadores fundamentales de los resultados de las intervenciones para los cuales se dispone de datos. De ser posible, conviene que los indicadores permitan hacer comparaciones a lo largo del tiempo, a través de grupos y áreas dentro del país y con otros países en etapas similares de desarrollo. También es útil incluir, como mínimo, indicadores correspondientes a las metas internacionales de desarrollo establecidas por el Comité de Asistencia para Desarrollo (CAD) (para consultar un análisis detallado de estos indicadores, véase la página virtual del CAD en <http://www.oecd.org/dac/Indicators/index.htm>). En los casos en que sea posible, los datos deben recopilarse no sólo para la población total, sino también en forma desglosada entre pobres y no pobres. Ya existen estimaciones de estos desgloses para 48 países. El Anexo 3B incluye información sobre las hojas de información del Banco Mundial sobre salud, nutrición y población (SNP) en el ámbito de la pobreza, de donde proceden los datos de la Figura 2. Estos datos señalan una variedad de resultados de las intervenciones, incluidas muchas de las metas internacionales de desarrollo, por grupo económico. También puede resultar valioso efectuar un desglose por origen étnico y por sexo, dado que las distancias entre pobres y no pobres suelen reflejar diferencias de un tipo u otro en estas dimensiones.

3.4 Indicadores de la salud y fijación de prioridades

Los datos correspondientes a indicadores de la salud —para la población como un todo y para los grupos económicos que la componen— permiten percibir algo de los desafíos que enfrenta el país en términos de salud. Estos datos deben incorporarse al proceso de fijación de prioridades. Siendo los demás factores iguales, los recursos deben concentrarse en el mejoramiento de los indicadores que, en general, son especialmente deficientes y para lo cual la población pobre se encuentra en situación especialmente desventajosa. La advertencia de “siendo los demás factores iguales” es importante. Los gobiernos deben tener presentes los recursos médicos y otros medios que hay disponibles para mejorar cada indicador, el costo que ello implica, la capacitación necesaria para el personal de servicios de salud y la estructura que se necesita para la prestación de dichos servicios. No basta con fijar “metas indicativas” que el sistema no esté en condiciones de alcanzar, ni que impliquen demasiados factores externos para que el sistema de salud tenga un impacto claro.

3.5 Fijación de objetivos

Como parte del proceso de elaboración del DELP, se fijarán objetivos para los resultados de las intervenciones. Esto debe hacerse de modo realista, teniendo en cuenta lo que puede observarse en la práctica y evaluarse a través del tiempo. Los indicadores de resultados, por su propia naturaleza, se mueven con lentitud y muchos se derivan de encuestas periódicas realizadas hace pocos años. Suele ser útil fijar objetivos de corto plazo en términos de indicadores de procesos (determinantes próximos o intermedios) que puedan medirse

regularmente para evaluar el avance logrado hacia los objetivos más importantes. También es preciso tener en mente lo que se puede lograr a la luz de la situación actual, los recursos disponibles y las políticas que se propugnan. La fijación de objetivos, al igual que la de prioridades, no puede realizarse sin una apreciación de la importancia que tienen los determinantes de los resultados de las intervenciones en el país, y de la eficacia de las políticas estatales que inciden en ellos.

Por ejemplo, si se supone que uno de los objetivos es la reducción de la tasa de mortalidad infantil, las intervenciones seleccionadas podrían ser metas específicas para visitas prenatales, identificación de casos de alto riesgo, inoculaciones con anatoxina tetánica y una mejor nutrición para madres embarazadas en situación de riesgo. La tasa de mortalidad infantil sería un indicador demasiado general y lento para evaluar esta labor. La fijación de objetivos de corto plazo se efectuaría en términos de una fluctuación en las variables intermedias para las mujeres objeto del estudio (en este ejemplo, se fijarían los objetivos para visitas prenatales, protección con anatoxina tetánica, identificación de madres en situación de alto riesgo e intervenciones de nutrición para ellas). El seguimiento se concentraría en las intervenciones; la evaluación se dirigiría al resultado de una menor mortalidad infantil, al éxito relativo de las intervenciones en la consecución de los objetivos, y a las razones por las cuales éstas funcionaron o no funcionaron como se esperaba. El Anexo 3C contiene una breve descripción del uso de los resultados de los sondeos realizados en Bolivia para mejorar las intervenciones con miras a reducir la mortalidad infantil.

3.6 Resumen

Los puntos señalados a continuación sintetizan brevemente esta sección, así como la columna de “Resultados de las intervenciones” de la Figura 1:

- Para los resultados decisivos del ciclo de vida, ¿cuál es la evidencia que ha de observarse en el país, incluidas las diferencias entre los grupos de ingresos?
- ¿Qué tipos de comparadores contribuirían a fijar objetivos factibles para mejorar estos resultados? ¿Para otros países con limitaciones similares pero con diferentes resultados? ¿Comparaciones entre los pobres y otros grupos dentro del país?
- ¿Qué hipótesis hay sobre lo que puede hacerse para modificar los resultados seleccionados?
- ¿Cuáles deberían ser las prioridades correctas para lograr estos resultados? Supuestamente, las prioridades no serán las mismas en todas partes, ya que las condiciones varían considerablemente en la mayoría de los países.
- ¿Qué implican los objetivos de resultado para las intervenciones y los insumos, y qué tipo de estadísticas podrían reflejar el avance logrado?
- ¿De qué modo podrían organizarse o perfeccionarse sistemas para suministrar información regular a los gerentes y ejecutores sobre el progreso alcanzado y la eficacia de sus esfuerzos, tanto para las variables intermedias como para los resultados?

4. Comprensión de la deficiencia en los resultados de las intervenciones: El papel de las familias y las comunidades

4.1 Resultados de las intervenciones: Conductas y factores de riesgo

4.1.1 ¿Cuáles son las conductas y los factores de riesgo más importantes?

Partiendo desde la izquierda en la Figura 1, hay muchos factores que influyen *directamente* en los resultados de las intervenciones. Por ejemplo, en el caso de los resultados de la salud infantil, los factores incluyen la utilización de ciertos servicios de salud preventiva y curativa, las prácticas de alimentación e higiene, la frecuencia y el número de los alumbramientos, y el cuidado y estímulo que se les dé a los niños.

Existe actualmente evidencia científica extensa sobre los factores que contribuyen a buenos resultados de las intervenciones en salud infantil, salud reproductiva y salud de los adultos. Por ejemplo, se cuenta con un conocimiento considerable en materia de servicios preventivos y curativos que promueven la buena salud entre niños pequeños, buenas prácticas dietéticas y sanitarias, y la importancia del estímulo para los niños pequeños. El complemento de las buenas intervenciones de salud es la buena información acerca de la capacitación y los recursos que se requieren para prestar los servicios. También existe un conocimiento considerable acerca de cómo ha de alterarse la conducta mediante programas de modificación del comportamiento y de comunicación. Los organismos especializados —como OMS, ONUSIDA y FNUAP— cuentan con amplios recursos sobre estos temas. Las hojas del ciclo de vida que aparecen en el Anexo 3A enuncian lo que se sabe acerca de las intervenciones, la conducta familiar, los factores de riesgo, las cuestiones relativas a la prestación de servicios y los puntos de política en cada etapa del ciclo de vida, incluida la temática intersectorial que resulta de tanta importancia para enfermedades como el SIDA.

4.1.2 Recopilación de evidencias sobre conductas y factores de riesgo

Los factores que influyen directamente sobre los resultados de las intervenciones, tales como la utilización de servicios de salud, prácticas dietéticas e higiénicas, y los estilos de vida, no son fijos; más bien, varían ampliamente de país a país. Por ejemplo, en Chad sólo el 10% de los niños se encuentran inmunizados; en la República del Kyrgyz, la cifra llega a casi el 70%. En Uganda, el 70% de los niños se alimenta de leche materna, en cambio en Senegal lo hace sólo el 9%. Los factores que influyen en los resultados de las intervenciones igualmente varían en forma amplia al interior de los países, especialmente entre grupos familiares pobres y no pobres. En Burkina Faso, por ejemplo, la probabilidad que tienen los niños pobres, al nacer, de ser atendidos por una persona con formación médica llega apenas a un tercio de la que tienen los niños de familias acomodadas. Cuando sufren diarrea, aquellos sólo tienen la mitad de la probabilidad de ser tratados con terapia oral de rehidratación, y menos de un tercio de probabilidad de recibir una batería completa de inmunizaciones durante su infancia.

La segunda etapa en la comprensión de la deficiencia en los resultados de las intervenciones es medir los factores que influyen directamente en ellos según distintos grupos económicos. Las hojas de ciclo de vida que aparecen en el Anexo 3 indican que esto puede hacerse utilizando encuestas domiciliarias. Las hojas indican, asimismo, qué encuestas existen para

evaluar los niveles y las disparidades entre los grupos. Para muchos de los factores que influyen directamente en los resultados de las intervenciones en salud materna e infantil, se dispone de datos desglosados por grupo económico para 48 países, como se observa en las hojas informativas del Banco Mundial sobre SNP en el ámbito de la pobreza (Anexo 3B).

4.2 Influencias de tipo familiar sobre la conducta y los resultados de las intervenciones

4.2.1 ¿Cuáles son las influencias más importantes al nivel de familia?

El próximo paso es preguntarse *por qué* los grupos familiares se encierran en patrones de utilización, prácticas dietéticas e higiénicas y estilos de vida particulares que no propician buenos resultados de las intervenciones. Parte de la respuesta reside en el propio hogar. Esta cuestión de la conducta familiar no se plantea con el propósito de justificar la falta de acción por parte del estado, sino por el contrario, de recalcar que la acción estatal puede ser más eficaz cuando se toman en consideración la conducta y las limitaciones de los grupos familiares pobres. En el Anexo 4A se presenta un análisis más pormenorizado sobre los hogares y la salud.

Los grupos familiares varían en cuanto a los recursos que tienen a su alcance, incluidos el ingreso, los bienes económicos, y otras posesiones físicas (como tierras y animales) que en conjunto constituyen su riqueza. Uno de los principales factores restrictivos de los hogares pobres en épocas de enfermedad o crisis son los bajos niveles de riqueza, especialmente aquella que fácilmente puede convertirse en dinero en efectivo.

Igualmente importantes son los bienes no tangibles de quienes forman el grupo familiar, vale decir el conocimiento, la alfabetización y la educación. En este sentido, el conocimiento acerca de los temas de la salud es especialmente importante. ¿Saben las madres qué señales dan los niños cuando están enfermos, o qué es lo que deben hacer en casa y cuándo buscar atención médica? ¿Saben a qué servicios tienen acceso para prevenir y curar las enfermedades infantiles? ¿Han recibido información los adultos acerca del VIH/SIDA y cómo han de protegerse ellos y sus parejas? Por la falta de conocimiento, cosa que se observa especialmente en los hogares pobres, las personas no pueden aprovechar las oportunidades que tienen a su disposición. Un estudio de caso citado en el Anexo 4B, por ejemplo, señala que los niños de barrios pobres de la India no fueron inmunizados, principalmente porque sus padres no estaban conscientes ya sea de los beneficios de la inmunización o de los establecimientos que la ofrecían. Esta realidad condujo a una intervención un poco distinta de la que se habría planeado en este caso.

Pero lo que importa no es sólo el nivel general de los recursos de los grupos familiares. En muchas sociedades, existe un desequilibrio de poder entre el hombre y la mujer en el núcleo familiar. A veces la mujer tiene poco control sobre las finanzas hogareñas y menos aún cuando se trata de decidir acerca del uso de anticonceptivos para evitar el embarazo o del preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexual. A veces la madre se ve maniatada en la familia cuando busca atención médica para sí misma o para sus hijos. Esta disparidad de poder, que suele ser más pronunciada en los grupos familiares más pobres y menos educados, es un importante factor de riesgo para la deficiencia en los resultados de las intervenciones en salud reproductiva y en la dieta de muchas mujeres.

4.2.2 Recopilación de evidencia sobre las influencias al nivel de grupo familiar

En esta materia, una tarea es establecer, para el país que prepara el DELP, la importancia de los factores de tipo hogareño que influyen en la utilización que hace el grupo familiar de los servicios de salud, sus prácticas dietéticas e higiénicas y su estilo de vida. Estos factores no solamente inciden en el éxito de las intervenciones, sino que posiblemente merezcan ser objeto de intervenciones.

El instrumento más obvio para este propósito es la encuesta domiciliaria, que proporciona información sobre numerosos determinantes, al nivel de familia, de la conducta, las acciones y los resultados en materia de salud, y pueden usarse para destacar las diferencias entre los grupos. Con cierta frecuencia se publican estadísticas que presentan los promedios de las muestras, pero también las distancias entre grupos familiares situados en puntos distintos en la distribución del ingreso. De ahí que el uso de los sondeos domiciliarios no siempre implique analizar los datos directos tomados en una encuesta, y menos aún iniciar nuevos sondeos, que ahora se ven por todas partes. La versión publicada de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial ofrece datos sobre las desigualdades que existen en los diversos grupos económicos en cuanto a ingreso o consumo, y sobre pobreza en los ingresos, para muchos países. Los datos de las realidades hogareñas pueden relacionarse con los datos de los censos con el fin de generar mapas de pobreza, los cuales son útiles para identificar los distritos y vecindarios poblados por los grupos más necesitados.

Por lo general las encuestas domiciliarias contienen información sobre el nivel educativo y la habilidad para leer y escribir entre los adultos de la familia. El grado de instrucción y la matrícula escolar son menores entre los grupos familiares más pobres, aun cuando las disparidades varían de un país a otro. Muchos sondeos contienen además alguna información sobre conocimientos de temas específicos de salud, como por ejemplo, sobre puntos relativos al VIH/SIDA. En este sentido, de especial importancia son los niveles de educación general y de conocimiento de temas concretos de salud entre mujeres y niñas. Las encuestas demográficas y de salud (EDS), así como los sondeos sobre conocimiento, actitudes y prácticas contienen un cúmulo de información sobre creencias, conducta y educación formal de los pobladores. Algunas EDS incluyen preguntas acerca del control que tiene la mujer sobre sus ingresos y acerca de su participación en las decisiones sobre planificación de la familia.

4.3 Influencias de la comunidad sobre las conductas y los resultados de las intervenciones

4.3.1 ¿Cuáles son las influencias más importantes de la comunidad?

Las variables referentes a la comunidad, el medio ambiente y la infraestructura son tan importantes las unas como las otras. Las variables comunitarias se encuadran por lo general dentro de normas culturales y de capital social. Las influencias ambientales incluyen la contaminación interior y exterior, que perjudica la salud. Por ejemplo, es más difícil mantener buenas prácticas sanitarias si las condiciones del agua y el saneamiento de la comunidad son deficientes. Los problemas respiratorios son comunes en los hogares mal ventilados, como cuando en su interior se enciende fuego para cocinar y calentar el aire. Por su parte, la infraestructura condiciona la facilidad de acceso a los servicios: el hecho de llegar al centro de salud es mucho más difícil si no se pueden usar los caminos durante la estación lluviosa.

En estos aspectos, los pobladores pobres se encuentran en desventaja, porque tienden a vivir en zonas apartadas, donde los caminos se hacen intransitables en ciertas épocas del año, y en la periferia de las ciudades a donde no llegan los servicios públicos. Estas personas son las que más probablemente viven en zonas carentes de redes de distribución de agua, de buenos sistemas sanitarios y de caminos asfaltados.

De hecho, la restricción más aguda para la salud sería la falta de infraestructura, especialmente de transporte. Es posible que la gestión que se efectúe a través de varios sectores para coordinar y disponer de las escasas inversiones —tal vez en proyectos viales, como necesidad más urgente, por ejemplo, y servicios de salud adaptados a la disponibilidad de transporte— incrementaría el impacto de las inversiones. Es preciso, igualmente, que las estrategias del sector de la salud sean sensibles a las variaciones que se producen en la infraestructura: los puestos de asistencia situados a 20 kilómetros de distancia unos de otros en caminos de tierra pierden su utilidad cuando se pavimentan los caminos y los autobuses comienzan a pasar en uno y otro sentido regularmente durante el día. Las nuevas vías crean oportunidades para competencia, ingresos y especialización, todo lo cual aumenta la eficacia del sistema de salud, siempre que éste se adapte a las circunstancias.

Las comunidades comparten valores y normas que influyen de manera importante en la conformación de la conducta en materia de salud. Las comunidades pobres suelen ser también tradicionales, de manera que los valores, las normas y las diferencias culturales son factores decisivos que inciden en su salud. Las normas sociales tradicionales impiden con frecuencia el acceso de la mujer a recursos tales como adquisición de tierras, servicios de extensión, crédito y educación, todo lo cual limita su capacidad para abocarse a labores productivas, a requerir atención de salud y a dedicar tiempo y energías al cuidado de sus hijos. Las intervenciones para mejorar la salud reproductiva, junto con la habilitación de la mujer y su pareja para controlar la fecundidad, deben armonizarse con las normas culturales y sociales, pero también han de ayudar a la mujer a romper algunas de las barreras culturales frente a las cuales se encuentra.

Los distintos grupos étnicos tienen distintos valores, normas y creencias, factores que también adoptan dimensiones condicionadas por la pobreza y el sexo. Por ejemplo, la práctica de la mutilación genital (comúnmente llamada circuncisión femenina) está determinada en gran parte por la existencia de una norma cultural. No obstante, los programas de salud no siempre se ajustan convenientemente a las diferencias de normas y valores. En los Andes, por ejemplo, algunas poblaciones autóctonas pobres creen que una criatura debe nacer en el calor humano del hogar; por ende, es menos probable que utilicen los servicios de maternidad de los hospitales modernos. Las autoridades de la salud han reaccionado con frecuencia tratando de enseñar a estas mujeres a adoptar prácticas modernas correctas, en lugar de trabajar con ellas para lograr que la seguridad del entorno moderno les resulte más aceptable.

Las influencias de la comunidad sobre la conducta familiar suelen actuar en forma indirecta a través de *instituciones* locales, tales como los servicios comunitarios de salud, pero también a través de asociaciones cívicas, como clubes juveniles y agrupaciones femeninas, que pueden movilizar la acción comunitaria para mejorar la salud y la nutrición. El término “capital social” se usa a veces para describir las normas y redes de contactos que facilitan la acción colectiva, tales como la organización de un programa comunitario de nutrición. El capital social se concreta en tres estratos, a saber: lazos al interior de la comunidad (“amistades”), relaciones entre miembros de *distintas* comunidades (“conocidos”) y conexiones entre las comunidades y las instituciones formales (“contactos”). Los pobres —ya sea por su condición o como consecuencia de ella— suelen tener bastante de lo primero, un grado moderado de lo segundo

y muy poco de lo tercero. El desafío que se les plantea a los gobiernos es reforzar los “contactos” del capital social de las comunidades pobres, a fin de respaldar y forjar condiciones más amplias de conocidos y amistades.

4.3.2 Recopilación de evidencias de la influencia comunitaria

La medición de los factores geográficos que obstaculizan la buena salud (v.g. caminos imposibles de usar), de la contaminación, la calidad del agua y servicios de saneamiento y la extensión de las instituciones de la comunidad, es bastante sencilla. Las encuestas comunitarias son un instrumento eficaz en este sentido, pero lo importante es invertir recursos en la creación de esta base de datos y usarla para coordinar las inversiones públicas. Menos simple es la medición de las actitudes, las normas y los valores compartidos. Para definir ideas importantes al respecto, se han utilizado grupos focales, consultas y otros ejercicios cualitativos, desde la descripción detallada de la manera intrincada como se construyen y se reproducen las redes, hasta identificar los distintos mecanismos que excluyen a los grupos marginados de la participación equitativa en instituciones formales, tales como los bancos, los tribunales de justicia y los seguros de salud. Igualmente útiles son los módulos contenidos en cuestionarios sobre pobreza, en los que se consulta acerca del nivel de confianza y otras actitudes, o acerca de la naturaleza y el alcance de la participación de los pobladores en la vida cívica de su comunidad. El Anexo 4C contiene pormenores relativos al uso de encuestas para comprender la conducta de las personas en términos de salud.

4.4 Resumen

En los párrafos siguientes se resumen brevemente esta sección y la columna denominada “Familias y comunidades” de la Figura 1:

- ¿Qué están haciendo ahora los grupos familiares pobres para mejorar su salud?
- ¿Cómo pueden dirigirse las intervenciones para aumentar la eficacia de la acción de los pobres para lograr los resultados prioritarios señalados en la Sección 3?
- ¿Qué asuntos de nivel comunitario han de abordarse, incluidos los de tipo ambiental, de infraestructura y de índole social? ¿Qué oportunidades hay de mejorar los resultados, y qué alianzas habría que crear entre los sectores para aprovechar estas oportunidades?
- ¿Cómo cambiarían las intervenciones a medida que las familias reaccionen y cambie la situación ambiental? ¿Cómo se incorporan estos elementos de información sobre efectos y reacciones, creatividad y discreción en el sistema para que éste funcione bien?

5. Evaluación del desempeño del sector de la salud: Apoyo a las familias para mejorar los resultados de las intervenciones

5.1 El sistema de salud y el ciclo de vida

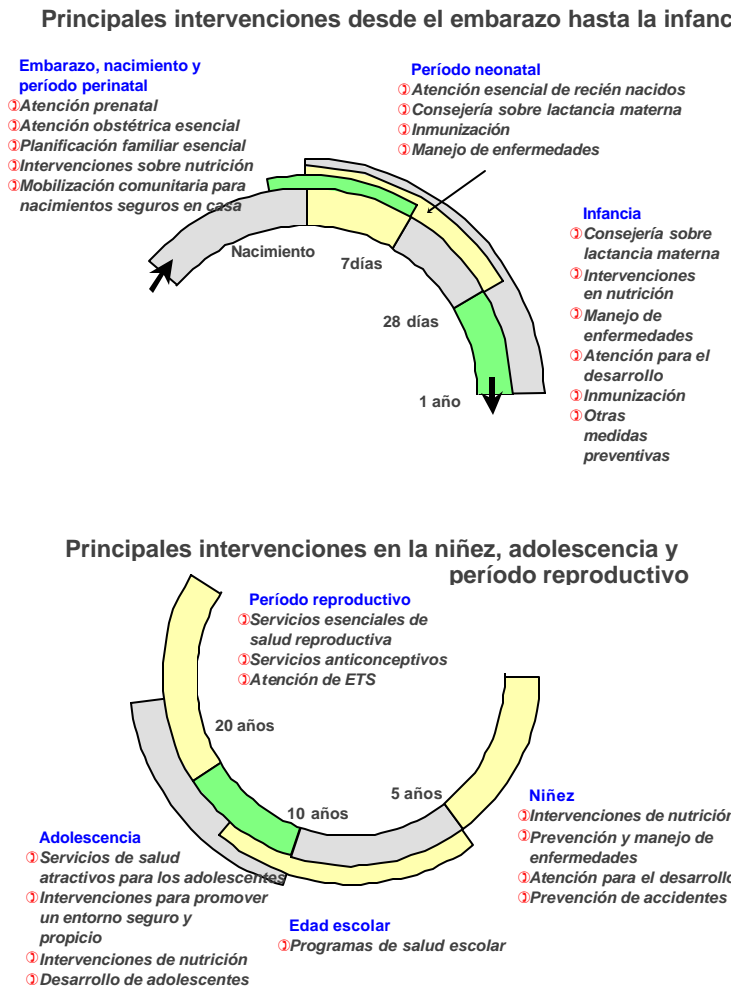
Volviendo a la Figura 1, hemos comentado sobre la selección y la medición de los indicadores para mejorar los resultados de las intervenciones, así como las influencias familiares y comunitarias que hacen más o menos eficaces las intervenciones. La Figura 3 sitúa estos elementos en el contexto del ciclo de la vida. ¿Pero qué sucede con las intervenciones propiamente tales y el sistema que las produce?

La Figura 4, que aparece a continuación, presenta las principales intervenciones del sistema de salud desde antes del nacimiento hasta el primer año de vida y hasta el próximo ciclo reproductivo, para toda una generación. Estas son las intervenciones que crean el material con el que se edificará una mejor salud para toda la población.

Un análisis detenido de la Figura 4 revela cuál es el carácter de un sistema de salud capaz de producir lo que se necesita. Prácticamente todas las intervenciones se realizan en el ámbito de la comunidad y la clínica, pero también requieren una infraestructura de apoyo formada por servicios dirigidos a la población, comunicación y difusión de conocimientos, salud escolar y salud ambiental. En esta sección se hace una evaluación del desempeño de ese sistema.

Podría argumentarse que el enfoque sobre los elementos de la juventud y reproductivos del ciclo de vida es demasiado estrecho, y que desestima la prestación de servicios para los adultos. Pero esto no resulta efectivo por dos razones: En primer lugar, se incluyen servicios para la población, y éstos a su vez comprenden servicios de identificación, manejo y contención de importantes enfermedades contagiosas, tales como el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual que afectan a los adultos. Segundo, que el hecho de concentrarse en esta parte del sistema de salud es compatible con la necesidad de fijar prioridades. Un sistema que produzca los servicios descritos en la Figura 4 típicamente requiere un firme compromiso estatal para hacerlo realidad; pero sin que llegue a constituir un monopolio estatal de prestación de servicios. Si esta parte del sistema funciona en forma eficaz, es casi seguro que las otras partes dirigidas a los adultos que sufren enfermedades graves también funcionarán bien. Pero no sucede lo mismo en el caso inverso: Los servicios de atención para adultos con enfermedades graves que funcionen bien no necesariamente se traducen en buenos servicios de salud reproductiva y salud infantil, especialmente en el caso de los pobres. En cualquier circunstancia, los puntos correspondientes al nivel de sistema abordados aquí se aplican a todo el sistema.

Figura 4: Principales intervenciones desde el embarazo hasta los primeros años de vida adulta



5.2 Evaluación del desempeño del sistema de salud

En esta sección se presenta un marco para la evaluación del grado en el cual las intervenciones prioritarias en materia de salud, nutrición y salud reproductiva efectivamente llegan y benefician a los pobres, y los factores que influyen en su desempeño. Las intervenciones incluyen el uso de suplementos de micronutrientes, gestión integrada de la salud infantil, programa ampliado de inmunización (PAI), planificación de la familia, maternidad segura, prevención y manejo de casos de paludismo, manejo de casos de tuberculosis, prevención del VIH y atención básica, y promoción de la nutrición a nivel comunitario.

5.2.1 La prestación de servicios de salud y los pobres

Cuando el nivel de utilización es bajo a pesar de haber buen acceso a los servicios, las razones suelen ser bastante obvias: Hay graves fallas en la prestación del servicio. Pero cuando se resuelven algunos de los problemas obvios, se hace necesario explorar los datos de las encuestas o realizar entrevistas para identificar y modificar las prácticas con el fin de extender

eficazmente los beneficios a las poblaciones pobres. Como se recalcó en las secciones anteriores, el uso y la eficacia de las intervenciones o servicios no pueden evaluarse solamente desde el punto de vista de los servicios, sino que también es necesario tomar en cuenta la conducta en cuanto a la demanda, las condiciones del mercado y las percepciones de los usuarios.

La presente sección se aboca a la prestación de los servicios de salud, pero hay también otras actividades importantes en materia de salud que dependen críticamente de las interacciones que haya con los clientes. Las intervenciones de promoción de la salud —tales como las unidades de educación de la salud de los Ministerios de Salud y los componentes de información, educación y comunicación de los proyectos— no siempre están diseñadas y ejecutadas de modo eficaz. ¿Se han ensayado previamente los mensajes y dirigido eficazmente hacia los pobres? ¿Se han identificado los conductos más eficaces para llevar los mensajes a los pobres (personas de su misma condición, dirigentes tradicionales, proveedores de servicios de salud, escuelas, medios de comunicación)? ¿Se ha logrado establecer alianzas con entidades caritativas y proveedores del sector privado para llevar a cabo estas actividades? En otras palabras, las mismas preguntas referentes al uso, la eficacia y la orientación hacia los clientes se aplican a las intervenciones dirigidas a la población, cuyo impacto está determinado por la exitosa interacción con los clientes.

Estos factores actúan alterando el uso de los servicios de salud o influyendo directamente en los resultados cuando se usan los servicios. A continuación se indican algunos de los principales elementos que condicionan el desempeño del sistema de salud para aumentar el uso de los servicios por parte de los pobres:

- **Facilidad de acceso físico:** ¿Hay actividades de promoción de la salud que se realicen, o que estén disponibles, con una proximidad suficiente a los pobres para que ellos puedan aprovecharlas? Si bien este interrogante se responde generalmente midiendo el tamaño del área que cubren los servicios de salud (v.g. el porcentaje de población que reside a menos de 5 kms o 10 kms de un servicio de salud), hay muchos otros factores que han de tomarse en cuenta. Los grupos familiares pobres tienden a asentarse en la periferia del área, de modo que si no se dispone de caminos, el hecho de que vivan a relativamente corta distancia no siempre es señal de buen acceso. En el África y en muchos otros lugares, también puede ser importante considerar la variación estacional del acceso físico.
- **Disponibilidad de insumos esenciales:** A veces hay buen acceso geográfico a los servicios, pero los insumos esenciales, tales como medicamentos, vacunas, anticonceptivos, micronutrientes o incluso personal capacitado, no siempre están disponibles o el suministro es escaso en ciertas ocasiones. ¿Se dispone de recursos esenciales para los pobres?
- **Calidad en términos de organización:** En algunos casos, los pacientes no usan los servicios de la salud por la manera en que éstos están organizados. Las características importantes en este sentido son los horarios y la disponibilidad de la atención para los pacientes, el tiempo de espera para ser atendido por el personal médico y el hecho de que los proveedores de la salud sean de sexo masculino o femenino. Hay otros factores que influyen en la manera en que el usuario percibe la calidad del servicio, como la falta de cortesía por parte del personal que atiende, el condicionamiento de la disponibilidad del servicio al pago de comisiones bajo cuerda, la insensibilidad frente a diferencias culturales y la atención preferente a clientes de mejor condición socioeconómica. En resumen, ¿están las actividades de salud organizadas de modo que sean razonablemente acogedoras para los clientes pobres?

- **Cómo derribar las barreras hogareñas que obstaculizan el uso:** ¿Corresponden los servicios que proporciona el sector a las enfermedades que afectan a los pobres? ¿Ofrece diversos niveles de intervenciones, como atención ambulatoria, hospitalización diurna, inmunizaciones, visitas hogareñas, promoción de la nutrición, campañas informativas y sesiones de educación sobre salud, que estén especialmente dirigidas a las necesidades de los grupos socioeconómicos más pobres? ¿Corresponde la cantidad de servicios a las necesidades existentes? Por lo general, entre las poblaciones pobres habrá mayor necesidad de actividades, como servicios de extensión, para superar las barreras ambientales, de infraestructura y culturales mencionadas en la sección anterior que entre las más acomodadas.
- **Oportunidad y continuidad:** Ciertos servicios de salud —como atención de obstetricia y quirúrgica de urgencia, pero también medidas de control epidémico— tienen que suministrarse de modo oportuno. Para otros servicios, como la conclusión del tratamiento contra la tuberculosis o las inmunizaciones, la continuidad es un elemento determinante de la eficacia y del mejoramiento de los resultados. ¿Cuentan los pobres con el beneficio de servicios oportunos y continuos?
- **Calidad técnica:** Cuando los servicios no son de buena calidad técnica, ya sea por la categoría de los insumos o por la competencia del proveedor, no es probable que los resultados de las intervenciones mejoren a pesar de que haya una buena utilización y que la oportunidad sea adecuada. ¿Son los servicios que se prestan a los pobres de menor calidad técnica que los ofrecidos a la población más acomodada? ¿Dispone toda la población de un servicio básico de calidad razonable?
- **Responsabilidad social:** Si bien es cierto que se han desarrollado mecanismos para permitir la participación del usuario en las decisiones que se adoptan en los establecimientos de salud, por lo general dichos mecanismos distan mucho de ser perfectos, y rara vez se escucha la voz del cliente más necesitado. ¿Hasta qué punto asumen su responsabilidad los sistemas de salud y los proveedores de servicios ante sus clientes y comunidades, y en particular ante sus clientes pobres?

En el Cuadro 2 se resumen estos puntos y se ofrece un marco de diagnóstico y acción. El desempeño del sector de la salud puede evaluarse analizando los factores mensurables que influyen en la interacción del sector con sus clientes (véase la columna 1). Si se observa nuevamente la Figura 1, esta es la interfaz que enlaza la columna de “Familias y comunidades” con la de “Sistema de salud y sectores conexos”. Estos determinantes actúan alterando la utilización de los servicios de salud o bien influyendo directamente en los resultados cuando se usan los servicios (v.g., oportunidad y continuidad). Los renglones 1 a 7 del Cuadro 2 resumen los elementos contenidos en el recuadro “Financiamiento de la salud”. En la columna 2 del Cuadro 2 se presentan ejemplos de problemas asociados con cada una de estas características. La columna 3 señala los instrumentos de que se dispone para efectuar modificaciones que sirvan para mejorar el desempeño.

Los países podrían aplicar este ejercicio para definir cuáles son los principales obstáculos para mejorar el desempeño en la prestación de servicios esenciales a los pobres, para luego dirigir las acciones hacia los determinantes que presentan las mayores dificultades. Pero, en lugar de tratar de efectuar un estudio exhaustivo, el mayor beneficio de este instrumento sería usarlo para descubrir a qué niveles se producen los problemas más importantes. También puede llegar a ser una lista de verificación para observar cómo se producen las mejoras en el desempeño del sistema. Lo que debe emanar de este análisis es un conjunto bien ordenado por prioridades de acciones factibles y encuadradas cronológicamente, con costos conocidos, para las que se disponga de suficientes recursos financieros. Además, debe mantenerse la

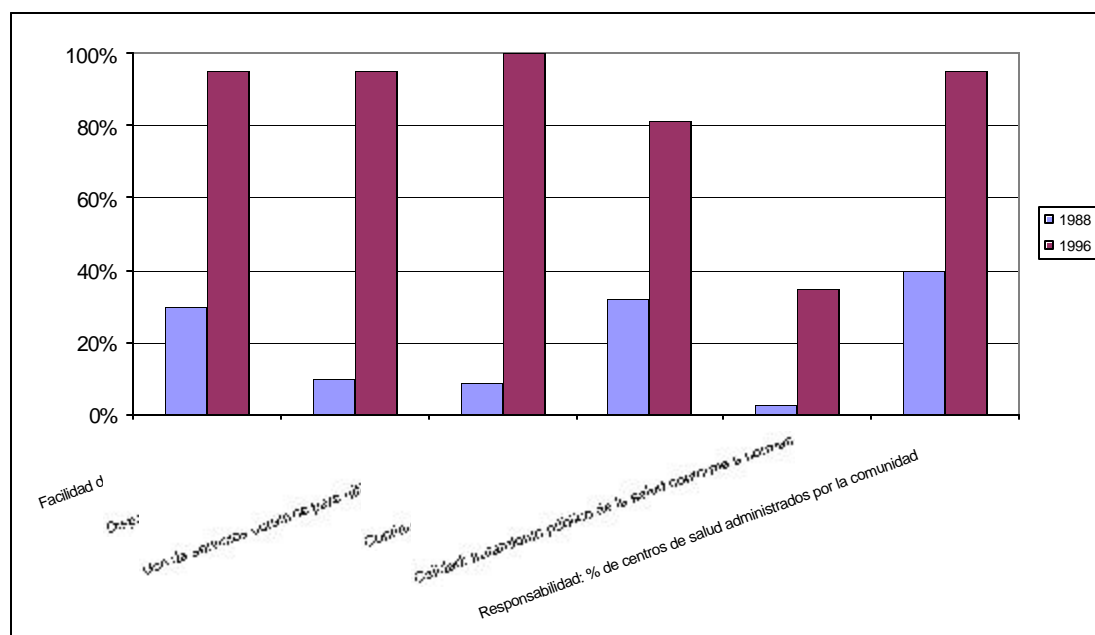
compatibilidad entre estas intervenciones al nivel de sistema y los diagnósticos/objetivos analizados anteriormente en las secciones 3 y 4. Comúnmente, los problemas surgen en la etapa de puesta en práctica, porque se intenta hacer demasiadas cosas en lugar de demasiado pocas.

Cuadro 2: Relación entre el desempeño y las dimensiones estructurales del sector de la salud

1. Determinantes principales del desempeño del sector	2. Ejemplos de la naturaleza del problema identificado	3. Instrumentos disponibles para modificar cada característica (véase una explicación en la sección 6)
1. Facilidad de acceso físico	Acceso insuficiente a servicios clínicos, a actividades comunitarias	<ul style="list-style-type: none"> • Combinación de instrumentos públicos, privados y no estatales • Planes básicos de salud • Recursos humanos
2. Disponibilidad de insumos esenciales	Escasez de fármacos, vacunas y personal capacitado	<ul style="list-style-type: none"> • Productos farmacéuticos • Recursos humanos • Administración de bienes
3. Calidad de la organización	Horarios de atención inconvenientes, falta de atención privada	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos • Participación comunitaria y de la sociedad civil
4. Superación de barreras familiares que obstaculizan el uso	Precios formales e informales altos, elevado costo de servicios auxiliares, calidad percibida como deficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Combinación de instrumentos públicos, privados y no estatales • Planes básicos • Productos farmacéuticos • Contratación y adquisición • Administración de bienes
5. Oportunidad y continuidad	Vínculos frágiles con estructuras comunitarias; supervisión deficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Participación comunitaria y de la sociedad civil • Contratación y adquisición
6. Calidad técnica	Servicios ineficaces por no observarse normas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación y adquisición • Productos farmacéuticos • Recursos humanos • Administración de bienes
7. Responsabilidad social	Falta de voz de los pobres en entrega de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Participación comunitaria y de la sociedad civil
8. Eficiencia distributiva	Insuficiente financiamiento de servicios clínicos eficientes en términos de costo e intervenciones dirigidas a la población	<ul style="list-style-type: none"> • Planes básicos de salud • Contratación y adquisición • Administración de bienes • Combinación de riesgos
9. Igualdad en los gastos	Bajo nivel de recursos canalizados a los pobres en comparación con otros grupos	<ul style="list-style-type: none"> • Planes básicos de salud • Contratación y adquisición • Administración de bienes
10. Capacidad para costearse los servicios	Quintil de ingresos más bajos incapaz de pagar los derechos de usuarios	<ul style="list-style-type: none"> • Recaudación de ingresos • Planes básicos de salud • Combinación de riesgos • Administración de bienes

Algunos países han tratado de orientar la reforma del sector de la salud hacia un mejor servicio a los pobres, para lo cual han utilizado una matriz de desempeño del sector de la salud similar a la del Cuadro 2, como punto de partida para definir las acciones prioritarias. En Benin, por ejemplo, las reformas del sistema de salud implantadas en 1989 sentaron las bases para una tendencia positiva en la mayoría de los indicadores de la salud. La mortalidad infantil bajó de 114 por mil en 1987 al 88 por mil en 1996, disminución que fue mayor que la registrada en los países vecinos que tenían niveles comparables de consumo hogareño. Se consideró que el análisis regular del desempeño del sector para mejorar los determinantes fundamentales de los resultados de las intervenciones era un elemento esencial de un “círculo virtuoso de ejecución” en este país (véase la Figura 5). Este marco se ha aplicado en forma similar en Guinea y Malí, entre otros lugares. El Anexo 5A contiene detalles sobre una evaluación del desempeño del sector de la salud.

Figura 5: Evolución de los determinantes de desempeño del sector de la salud, República de Benin, 1988-1996



5.2.2 El financiamiento de la salud y los pobres

Hay tres interrogantes esenciales sobre la manera en que el sector de la salud canaliza los recursos hacia los pobres:

- ¿Genera el máximo beneficio de salud para los pobres a un nivel determinado de gasto (eficiencia distributiva)?
- ¿Se benefician los pobres más o menos que los ricos según el gasto actual (igualdad o carácter progresivo del gasto)?
- ¿Se benefician los pobres de los mecanismos de protección contra riesgos (capacidad para costear el gasto)?

Eficiencia distributiva: Un típico método para evaluar si el sector de la salud está distribuyendo los recursos de manera eficiente es establecer si se prefiere realizar intervenciones de bajo costo, impacto elevado y dirigidas a la población, y si se están tomando medidas para que estas intervenciones beneficien a los grupos más pobres. Este criterio, propugnado por el Banco Mundial en su *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud*, recalca el gasto público en intervenciones y servicios de bajo costo y gran impacto (y al mismo tiempo aboga en contra del uso de intervenciones de costo elevado y bajo impacto). ¿Se asigna el gasto estatal a actividades de salubridad pública, como educación sobre salud pública e inmunización, o a generar demanda de importantes servicios preventivos, como atención prenatal y planificación de la familia? ¿Se están respaldando otras intervenciones, eficientes en términos de costo, que sean aptas para afrontar el peso de las enfermedades de los pobres ya sea mediante gasto, mandato público o administración de bienes? En su mayor parte, un sistema que facilite una eficiente asignación de recursos tiende a favorecer más a los pobres que uno que no lo haga. Sin embargo, hay compensaciones que efectuar en muchos casos, a fin de lograr una mayor igualdad en los resultados, porque el mejoramiento de los resultados de los pobres puede requerir el uso de recursos que actualmente se gastan en otros grupos.

¿Se canalizan los gastos que pagan los pobres de su propio bolsillo hacia servicios de consulta eficaces y de bajo costo? Este punto es vital en los países más pobres, en los que el gasto privado suele igualar o superar el gasto público.

Carácter progresivo o igualdad del gasto: Aunque las asignaciones presupuestarias hayan sido adecuadas, debido a que los pobres tienen poco acceso a estas actividades, los grupos más acomodados se benefician más de los recursos. ¿Llega a los pobres el gasto estatal en salud? Para evaluar el gasto público en salud para el DELP, es esencial realizar un análisis de incidencia de beneficios.

Capacidad para costear el gasto: Un gobierno bien puede asignar sumas considerables para sufragar servicios esenciales; no obstante es posible que éstos no sean plenamente utilizados por el efecto disuasivo de los pagos compartidos que deben hacerse o los derechos de usuarios mal concebidos o aplicados. A veces no se aplican o no se hacen cumplir las disposiciones establecidas para asegurar que los pobres puedan afrontar el costo de los servicios, como por ejemplo eximiéndolos del pago por el servicio o por los medicamentos. Las encuestas que se realizan para explorar la voluntad de pago suelen evaluar inadecuadamente la capacidad de los pobladores para costear el servicio porque: (a) hacen preguntas que tienden a suscitar una respuesta deseada (v.g., “¿Pagaría usted más por un servicio de mejor calidad?”) o (b) se toman las encuestas entre los pacientes y no entre la población en general. ¿Pueden los pobres costear los pagos que deben hacer los usuarios (derechos de usuario, pagos compartidos, sumas deducibles, primas, etc.)? ¿Qué proporción de pobres se benefician de planes de combinación de riesgos o de pagos previos? ¿Qué proporción se beneficia de planes de exención de derechos? ¿Son suficientes los recursos existentes para proteger a los pobres del costo de enfermedades catastróficas que los dejarían en la miseria absoluta?

complicado de aplicar. El Anexo 5E ofrece orientación sobre los análisis de incidencia-beneficios.

5.2.3 Desempeño de servicios no relacionados con la salud:

Las intervenciones que se realizan en otros sectores no relacionados con la salud influyen de modo significativo en los resultados de las intervenciones para los pobres. Entre ellas figuran la educación básica, especialmente para niñas, y las políticas y programas alimentarios y agrarios, de agua y saneamiento, de atención y desarrollo de la primera infancia, y de crédito para microempresas. También es probable que varíe la facilidad de acceso, la calidad técnica y la utilización de estos servicios por parte de los pobladores pobres. En los capítulos pertinentes del conjunto general de recursos para el DELP se ofrecen sugerencias para evaluar estas intervenciones. Cuando la coordinación intersectorial resulte particularmente beneficiosa, posiblemente convenga realizar evaluaciones conjuntas; por ejemplo, combinando el abastecimiento de agua potable con la educación en salud, fortaleciendo los programas de salud escolar, coordinando las inversiones en salud con otras inversiones en infraestructura y las actividades de evaluación con encuestas domiciliarias para fines múltiples.

5.3 Resumen

En los párrafos siguientes se resumen brevemente esta sección y la columna sobre “Sistemas de salud y sectores conexos” de la Figura 1:

- ¿Cuán favorable a los pobres es la interfaz entre el sistema de salud y los clientes pobres, ya sean efectiva o potencialmente pobres? Es preciso investigar esta interfaz para determinar cuáles son los servicios, acciones de información pública, actividades de modificación de la conducta e intervenciones que comprende.
- ¿Qué características específicas de esta interfaz necesitan la mayor atención? Si estas características se modificaran, ¿contribuirían ellas a que el sistema llegara a alcanzar los objetivos seleccionados en las secciones 2 y 3 de este capítulo?
- ¿Es factible implantar los cambios propuestos? ¿Darían lugar a resultados distintos en el terreno y cómo se pagaría por ellos?
- ¿Cómo se podría vigilar la aplicación de estos cambios?
- ¿Cómo se desempeña el financiamiento del sector de la salud frente a los criterios de eficiencia e igualdad? ¿Qué modificaciones podrían introducirse?
- ¿Existe una coordinación vigente entre el sector de la salud y los otros sectores que suministren insumos importantes para la buena salud de los grupos familiares?

6. La interfaz entre el gobierno y el sistema de salud

En esta sección se hace un examen de los instrumentos con que cuentan los gobiernos que afectan al sistema de prestación del servicio – la interfaz entre las dos columnas de la derecha en la Figura 1: “Sistema de salud y sectores conexos” y “Políticas y acciones estatales”. La premisa de esta sección es que el sistema de salud está formado por una combinación de proveedores públicos, privados y caritativos y una mezcla de financiamiento público y privado. Lo que se trata de definir aquí es qué instrumentos de política hay disponibles y cómo pueden usarse para mejorar el desempeño del sistema en beneficio de los pobres. El análisis que aquí se hace también ofrece orientación sobre las breves anotaciones que figuran en la tercera columna del Cuadro 2.

6.1 Prestación de servicios de salud

Planes básicos de salud: Muchos países desarrollados y de ingresos medianos han organizado “planes básicos”, que consisten en intervenciones de salud ofrecidas al nivel de aldea (puesto de salud), comunidad (centro de salud) y distrito (hospital del distrito). Estos planes toman en cuenta, de un modo eficiente en términos de costo, las necesidades de los segmentos más pobres de la población, y representan actividades prioritarias para el financiamiento público. ¿Hay planes específicos para grupos pobres que sean aptos para soportar el peso de las enfermedades de los pobres (especialmente las contagiosas y la atención materna e infantil)? ¿Incluyen estos planes actividades de base comunitaria, como apoyo para prácticas de atención y promoción de la nutrición? Si hay recursos disponibles, ¿prevén los servicios esenciales de referencia hospitalaria para los pobres? ¿Está la responsabilidad a cada nivel de servicios referida a mapas de pobreza para facilitar el enfoque geográfico?

Combinación de aportes públicos, privados y no gubernamentales: La combinación de proveedores —públicos, privados y no gubernamentales (caritativos)— y sus respectivos principios rectores influyen en el desempeño del sector hacia los pobres, ya que ellos pueden usar servicios privados, tradicionales o caritativos tanto o más que los servicios públicos. ¿Es la actual combinación de proveedores públicos, privados y no gubernamentales eficaz para llegar a los pobres? ¿Existe una buena coordinación o cooperación entre los distintos tipos de proveedores, y se beneficiarían los pobres si se mejorara la coordinación? ¿Hay algo que pueda hacerse para mejorar la eficacia de lo que deben gastar los pobres de su propio bolsillo, como por ejemplo leyes sobre medicamentos genéricos, campañas de información pública sobre modalidades eficaces de gasto, concentración de recursos y riesgos a través de fondos de seguro, y el uso de normas de servicio mínimo como criterios de aceptabilidad para que los proveedores se beneficien del financiamiento público?

Contratación y adquisición: Un aspecto específico de la combinación pública, privada y no estatal es el relativo a la contratación. No obstante, poco es lo que se sabe hasta ahora acerca de los efectos que tiene la contratación de proveedores de salud, apoyo o servicios administrativos sobre la igualdad y sobre los pobres. Es posible que los autores de los diversos capítulos del DELP quieran evaluar la medida en que se está usando actualmente la contratación en el sector de la salud y si estos contratos incluyen cláusulas expresas de atención a los pobres, o incentivos para mejorar los servicios en favor de ellos. ¿Hay mecanismos actuales de contratación que puedan ampliarse o modificarse para atender mejor a las poblaciones pobres, como contratar a más ONG para prestar servicios a los más necesitados? Otros proveedores de servicios podrían incorporarse al proceso del DELP, a fin de explorar opciones para un uso más eficaz de contratos, trabajo de funcionarios en comisión de servicio, arreglos para compartir sistemas logísticos y subsidios estatales para mejorar la prestación de servicios a los pobres.

Descentralización: El hecho de que la descentralización conduzca o no a una mejor atención a los pobres puede depender de la forma en que se diseñe o se ponga en práctica el proceso de descentralización. Al evaluar el impacto de la descentralización sobre los servicios de salud para los más necesitados, posiblemente los autores del DELP desearán considerar las siguientes preguntas: ¿Pueden las autoridades locales recaudar sus propios ingresos de un modo progresivo? Al efectuarse la asignación nacional de recursos, ¿se toma en cuenta el nivel de pobreza y el peso de la enfermedad en distintas subdivisiones geográficas o políticas?

¿Existen mecanismos de subvención recíproca entre zonas acomodadas y pobres? A niveles de distrito y local, ¿son suficientes los recursos que se asignan a servicios prioritarios que benefician a los más necesitados? ¿Tienen los pobres—incluidas las mujeres— la posibilidad de opinar respecto de las decisiones locales sobre asignación de recursos? ¿Es suficientemente competente el personal sanitario del distrito para planificar y ejecutar intervenciones prioritarias de salud para los pobres?

Estructuras de participación responsable para los pobres: Hay varias avenidas posibles para que los más necesitados participen y expresen sus opiniones. La primera es la administración directa de servicios clínicos locales, mediante centros comunitarios de salud o fondos renovables para medicamentos, como se ha experimentado en virtud de la Iniciativa de Bamako. Una segunda avenida es la movilización de comunidades para realizar actividades de promoción de la salud, ya sea para prevención del paludismo o para un mejor abastecimiento de agua. Tercero, los pobres podrían dedicarse a observar el desempeño del sistema de salud, ya sea de los servicios mismos o de los proveedores. Los autores de los capítulos pueden apreciar la percepción que predomina entre los pobres de sentirse o no representados por las estructuras locales; el grado en el cual las estructuras locales de participación respetan las tradiciones locales; la medida en que participan las mujeres, y si las comunidades reciben apoyo suficiente para organizar y mantener sus actividades.

6.2 Mercados de insumos

Productos farmacéuticos: La disponibilidad de medicamentos incide en la calidad clínica de los servicios de salud, los costos y la percepción de los clientes. Las dificultades de adquisición, el elevado costo del apoyo a la fabricación local de productos farmacéuticos y la corrupción obligan a muchos países pobres a pagar varias veces más el valor de los fármacos, las vacunas y los anticonceptivos que pagarían si la adquisición se hiciera mediante licitación internacional. La prescripción excesiva de medicamentos y la deficiente administración de existencias de fármacos y vacunas son causa de desperdicio, como también lo es el inadecuado mantenimiento de los equipos y vehículos. Entre los aspectos cruciales que han de evaluarse figuran la selección, adquisición, distribución, precio y calidad de los productos. ¿Existe una lista de medicamentos esenciales elaborada según las necesidades de salud de los pobres? Si la hay, ¿cuenta con el respaldo de una campaña de comunicación para clientes y vendedores locales de fármacos? ¿Podría incrementarse su impacto benéfico sobre los medicamentos que distribuyen las empresas farmacéuticas privadas? ¿Se usa la mercadotecnia social como herramienta para mejorar la calidad y disponibilidad de fármacos esenciales y de provisiones para planificación de la familia en el sector privado? ¿Están los procedimientos de adquisición pública basados en una lista de medicamentos, suministros y equipos esenciales, en licitaciones o en la transparencia? ¿Aprovechan los sistemas logísticos los servicios competitivos privados o de las ONG? ¿Resulta oneroso distribuir medicamentos hacia zonas en las que residen poblaciones pobres, y se han tomado medidas para compensar el costo? ¿Es el patrón de uso de medicamentos entre los pobres menos eficaz que entre otros segmentos de la población, y se está tomando alguna medida para mejorar dicho patrón?

Desarrollo y gestión de recursos humanos: La calidad, distribución y capacidad de reacción del personal de salud influye en la disponibilidad y calidad de las intervenciones y en el acceso de los pobres a ellas. Los puntos que cabe examinar incluyen los siguientes: el número total y la distribución de diversos tipos de proveedores (por lugar geográfico y nivel de atención); la capacidad del sistema para retener al personal adiestrado; la calidad de la educación y las aptitudes (tanto las destrezas técnicas como la sensibilidad frente el cliente); y los incentivos

fundamentales para el desempeño de los proveedores, especialmente cuando se trata de clientes pobres. ¿Puede decirse que las normas de la administración pública nacional refuerzan la eficacia de los recursos humanos en el sector de la salud, y cómo podrían mejorarse dichas normas?

6.3 Administración estatal del sector de la salud

Una responsabilidad esencial del estado en un sistema mixto es ejercer una supervisión eficaz, vale decir, cumplir la función de “administrador de bienes”. La administración de bienes adquiere mayor importancia cuando los gobiernos pasan de la prestación directa de los servicios a una función regida por los aspectos de políticas; intervenciones dirigidas a la comunidad; financiamiento; reglamentación de entidades proveedoras y aseguradoras; y la conducción del sistema y su forma de actuar mediante la investigación, suministro de información, actividades de mejoramiento de la calidad y uso prudente de los subsidios financieros.

- **Reglamentación:** Este aspecto comprende la creación y aplicación de leyes adecuadas que rijan la acción tanto del sector público como del privado. ¿Controla el gobierno la calidad y el precio de los medicamentos? ¿Emprende alguna acción para mejorar la situación para los pobres? ¿Hay legislación que respalde la participación de la sociedad civil y la comunidad en materia de salud? ¿Hay reglamentos y mecanismos de seguimiento del trabajo de los proveedores que tienda a mejorar la calidad y la eficacia del servicio, contribuyendo al mismo tiempo a rebajar los costos en favor de los pobres?
- **Coordinación:** Es esencial que los Ministerios de Salud coordinen las actividades filantrópicas de donantes externos, que coordinen la acción dentro del estado en distintos sectores, y que establezcan marcos normativos e instituciones que se encarguen de la coordinación en el ámbito nacional con las diversas entidades que participen en el sector de la salud. La coordinación requiere contar con políticas bien definidas, liderazgo y mecanismos institucionales. El capítulo respectivo del DELP podría contribuir a identificar: (a) prioridades y obstáculos para una mejor coordinación con los donantes, (b) intervenciones mediante las cuales una mejor coordinación intersectorial daría lugar a mejores resultados de las intervenciones para los pobres (como salud escolar, o la combinación de abastecimiento de agua potable con educación para mejorar las prácticas de higiene) y (c) opciones para ampliar las actividades estatales mediante alianzas, contribuciones al financiamiento comunitario e incentivos para aumentar la eficacia de lo que pagan las personas de su bolsillo.
- **Seguimiento y evaluación:** No hay nada que sustituya el gasto de fondos públicos para entender lo que sucede en el sistema de salud y cómo está funcionando frente a las metas y la capacidad. ¿Con qué eficacia observa y evalúa el sistema de salud su propio desempeño, especialmente en lo que respecta a los pobres? ¿Permite el marco de seguimiento efectuar un desglose por ingreso, por área geográfica o por otros indicadores socioeconómicos que midan la pobreza? ¿Se recopila, analiza y usa la información necesaria para influir en las decisiones que se adopten? ¿Se vigilan bien los aspectos gerenciales de los servicios públicos? ¿Se usan en el sistema público los contratos por resultado, normas de servicio, y planes sencillos de ejecución para administrar y observar el avance logrado hacia las metas establecidas?

6.4 Financiamiento y combinación de riesgos

En esta sección se hace un análisis de los instrumentos con los que se pueden mejorar: (a) la generación equitativa de recursos; (b) la concentración de recursos para compartir los riesgos entre los pobres y los no pobres, y entre los sanos y los enfermos, y (c) la “adquisición” de servicios que sean favorables a los pobres.

6.4.1 Recaudación de ingresos e igualdad

El financiamiento del sector de la salud proviene de las siguientes fuentes: ingresos generales, gasto directo de las personas y planes de seguro (ya sean financiados mediante tributación o en forma privada). Desde un punto de vista de la pobreza, los puntos e interrogantes importantes para la salud son, entre otros, los siguientes:

- **Sostenibilidad financiera:** ¿Es suficiente el nivel general de recursos asignados al sector para asegurar la prestación de los servicios más esenciales a los pobres? ¿Se han destinado recursos para seguir llevando a cabo el conjunto seleccionado de intervenciones? En caso negativo, ¿se han fijado prioridades para reducir ese conjunto de intervenciones a fin de ajustarlo a las limitaciones? La sostenibilidad no significa tener acceso ilimitado a los recursos, sino adoptar decisiones difíciles para que un sistema que funcione bien preste servicios de la más alta calidad en forma duradera.
- **Carácter progresivo de los aportes:** ¿Existen mecanismos de financiamiento de la salud —ya sea mediante tributación general, pagos previos, primas de seguro u otros derechos de usuarios— cuyos aportes sean proporcionales a los ingresos o progresivos (favorables a los pobres)? En cuanto a los beneficios, la pregunta es sencillamente ¿son progresivos los beneficios? ¿Es progresiva la estructura de subvenciones estatales generales para los seguros? En los países que integran la OCDE, los pagos que hacen las personas de su bolsillo son regresivos, es decir que los pobres pagan una fracción más grande de su ingreso que los más acomodados. Menor es la evidencia disponible sobre el carácter progresivo de los pagos que hace la gente de su bolsillo en los países de ingresos bajos y medios. En algunos países, como China, los pagos son aparentemente regresivos, mientras que en otros, como Egipto y Zambia, en realidad parecen ser progresivos. Todo depende de los patrones de uso de los grupos familiares, de la forma en que estén estructurados y de las opciones que tengan los pobres.
- **Mecanismos de pago previo:** A diferencia de los derechos pagados por los usuarios, el pago previo permite reducir la carga financiera que puede representar una enfermedad. Este tipo de protección suele ser especialmente importante para la población de menores ingresos. Numerosos países de ingresos reducidos han comenzado a poner a prueba planes como éstos, ya sea para los empleados de algunos sectores o en el ámbito de la comunidad (como fondos mutuales). Si existen planes de pago previo, ¿se observa que los pobres hacen un mayor uso de los servicios cuando necesitan ayuda? Si no existen, ¿hay campo para desarrollarlos dentro de las estructuras actuales, por ejemplo en forma de sistemas de crédito rural, cooperativas agrícolas, asociaciones de regadío, asociaciones de madres y otras agrupaciones cooperativas? ¿Son bajos los costos administrativos, de modo que la mayor parte de los recursos se aplique en realidad a los servicios médicos?
- **Manejo responsable de ingresos recibidos:** Cuando se cobran derechos en el sector público, es preciso establecer una gestión compartida de los servicios, involucrando en ella a la comunidad y los usuarios. Estudios realizados en Níger y Camerún han demostrado que la introducción de aportaciones de los usuarios puede aumentar el impacto de los

servicios sobre la igualdad general, si éstos empiezan a funcionar mejor cuando los fondos se vuelven a invertir en acciones para mejorar la calidad de actividades favorables a los pobres y son administrados por la comunidad.

Existen numerosos instrumentos para evaluar la igualdad, la sostenibilidad y la responsabilidad del financiamiento de la salud, como por ejemplo encuestas domiciliarias y en el servicio, análisis del gasto público y técnicas más complejas, como los análisis de la incidencia de beneficios que pueden consultarse en los anexos de la sección 5.

6.4.2 Combinación de riesgos

Otro punto clave es determinar si los mecanismos de pago previo y de seguro, al combinarse con subvenciones públicas, logran crear un fondo común para personas pobres y no pobres con el fin de contrarrestar el mayor riesgo que representa la salud para los pobres con el menor riesgo que representa para los más acomodados.

Es común que los planes de combinación de riesgos se dividan intencionalmente en varios segmentos, a fin de evitar los subsidios recíprocos, pero es importante que los gobiernos que procuren ofrecer acceso universal a servicios básicos y lograr la separación entre financiamiento y prestación de servicios determinen cómo pueden tales mecanismos de combinación de riesgos facilitar la inclusión de todos los grupos de ingresos. Lo común es que, para alcanzar esta meta, haya que recurrir a incentivos, subsidios y coacción. ¿Qué mecanismos actuales y potenciales hay para concentrar los ingresos procedentes de distintos grupos socioeconómicos? ¿Existe suficiente capacidad para administrar y regular estos planes de seguros y de pagos previos? Nunca es demasiado pronto para comenzar a desarrollar esta capacidad, pero la creación de planes de combinación de riesgos que incluyan a los pobres tiende a formar parte de una estrategia de reforma a largo plazo que haga una separación entre el financiamiento y la prestación del servicio y que confiera a los establecimientos la autonomía necesaria para administrar sus actividades.

6.5 Resumen

En los párrafos siguientes se resumen brevemente las interacciones entre las columnas de “Sistemas de salud y sectores conexos” y de “Políticas y acciones estatales” de la Figura 1:

- ¿De qué manera pueden los distintos niveles estatales influir en la prestación de servicios de salud en los sectores público, privado y caritativo para mejorar los resultados de las intervenciones para los pobres?
- Los mercados de insumos para productos farmacéuticos y recursos humanos son gravemente deficientes, aunque los gobiernos suelen tener considerable autoridad en ambos. ¿Se usa esa autoridad para aumentar el valor de lo que se entrega a los pobres, como precios razonables, buena disponibilidad y calidad satisfactoria?
- En los sistemas públicos, privados y caritativos de prestación y financiamiento de servicios, que actualmente son combinados, el estado desempeña un papel central en el uso de mandatos, reglamentos, incentivos, subvenciones e información para influir en la conducta de los proveedores y consumidores con miras a mejorar los resultados de las intervenciones. En los casos en que la prestación de servicios públicos ha sido históricamente la función principal del sector público, estas poderosas herramientas han sido más o menos desestimadas en el pasado. ¿Existen oportunidades hoy para comenzar a usarlas para mejorar los resultados para los pobres?

- En todas partes los gobiernos subvencionan los servicios de salud, y en todas partes los pacientes también pagan directamente por los servicios que reciben. ¿Se ha tomado en cuenta en el diseño del sistema público el efecto empobrecedor que causa el pago de derechos por parte de los usuarios? ¿Se han explorado otros métodos alternativos, tales como los de pago previo? ¿Se ha impuesto a los servicios públicos el deber de rendir cuenta a los pobres, que sufragan parte del costo?
- En definitiva, salvo en lo tocante al financiamiento de bienes públicos, es posible que la función central del financiamiento público en el sector de la salud sea comprobar que todos los ciudadanos tengan acceso a un seguro básico mediante mecanismos de combinación de riesgos. Para los pobres, esto requerirá subsidios y mandatos, porque de otro modo no se hará realidad. Para el sistema de salud, significará pasar de los subsidios para abastecimiento a subsidios comprobados para seguro y pago previo. ¿Hay planes de largo plazo que se estén elaborando para este propósito, y cómo se ve la transición?

7. Acciones factibles: Políticas estatales para mejorar los resultados de las intervenciones

Hemos venido siguiendo, desde el lado izquierdo hasta el derecho de la Figura 1, los trayectos, los instrumentos y las mediciones que forman la base de causas y efectos en la adopción de políticas en el sector de la salud. Esta sección contiene un resumen que dirige la atención hacia las áreas decisivas en las que se debe actuar.

El Cuadro 3, que aparece a continuación, incluye los principales determinantes de los resultados de las intervenciones en los renglones enunciados en el lado izquierdo. Las columnas contienen las seis áreas principales de política estatal, a saber, gasto y asignaciones en salud; financiamiento y recaudación de ingresos; prestación, insumos y entrega del servicio; seguimiento y evaluación; administración (marco regulativo y políticas conexas), y políticas ajenas al Ministerio de Salud. En cuanto a prestación y entrega del servicio, el estado puede optar por la *participación directa* (prestación y financiamiento de servicios como parte de sus propios programas), o bien puede optar por la *participación indirecta*, que incluye la contratación o asociación con otros proveedores, pero también con mayor atención a ciertos aspectos de la *administración de bienes*. En cada columna, se destacan las tres celdas de más alta prioridad y más abajo se comentan las acciones específicas.

Cuadro 3: El gobierno y los servicios de salud

Determinantes de la conducta y resultados de las intervenciones a nivel del sistema de salud, el hogar y la comunidad	Políticas estatales					
	Marco del gasto en salud	Financiamiento y recaudación de ingresos	Prestación y entrega de servicios	Administración de bienes	Seguimiento y evaluación	Políticas ajenas al Ministerio de Salud
Disponibilidad y facilidad de acceso a servicios de salud	A		C	A	C	
Calidad de los servicios	B		B		B	
Precio de los servicios		A				
Ingreso familiar	C	B				
Educación general						A
Conocimientos específicos sobre salud				B		
Desigualdad de acceso por razones de sexo			A		A	
Precio, disponibilidad, facilidad de acceso y calidad del alimento						C
Precio, disponibilidad, facilidad de acceso y calidad del agua y saneamiento						B
Capital comunitario y social						D

7.1 Marco del gasto en salud

La lista que sigue señala los tipos de temas que podrían plantearse para el DELP, tomando sólo en cuenta las celdas principales de la columna sobre asignación para “gasto en salud” del Cuadro 3.

- A. Disponibilidad y facilidad de acceso a servicios de salud:** La amplitud y la gama de actividades que financiará el sector público tendrán que conformarse a la disponibilidad de recursos, razón por la cual es imprescindible fijar prioridades claras dentro de las restricciones presupuestarias. Siguiendo *grossa modo* la Figura 6, las prioridades serían: (1) salud pública y servicios preventivos; (2) servicios clínicos básicos para madres e hijos; (3) mayor protección contra riesgos para los pobres. Esto implica, en la práctica, equilibrar el gasto en (a) intervenciones específicas en salud pública y preventiva; (b) nivel primario frente a otros niveles de atención, y (c) mejor acceso de los pobres a servicios de costo elevado cuando los necesiten.

Hay que considerar el presupuesto oficial como una contribución al costo de los servicios, porque el estado no puede sufragar todos los insumos. Es necesario considerar expresamente el costo completo de un sistema público que funcione bien, lo que comprende la salud pública, servicios preventivos, investigación e información; servicios hospitalarios y clínicos, incluidos los contratos con otros proveedores; y subvenciones para seguro. Considerando que el presupuesto público es incapaz de absorber todos estos costos, es preciso hacer reservas para cubrir los déficit mediante mecanismos de recuperación de gastos a través de las compañías aseguradoras y los pagos que hacen los clientes de su bolsillo. Estas estrategias para “compensar la falta” deben incidir más sobre los acaudalados que sobre los pobres.

- **B. Calidad de los servicios de salud:** La calidad está determinada en parte por el nivel global del gasto, pero también por su combinación. La calidad de la mano de obra, el capital, el equipo y los bienes de consumo dependen de que las asignaciones para (a) mano de obra frente a equipo y bienes de consumo, (b) gastos de capital frente a gastos ordinarios, y (c) mantenimiento sean equilibradas. Un gasto en mano de obra, por ejemplo, de entre 45% y 60% del gasto ordinario constituye un indicio aproximado de que se dispone del conjunto completo de insumos en el lugar de servicio.
- **C. Ingreso familiar:** El presupuesto público debería destinar subvenciones adicionales a las zonas más necesitadas para actividades de salud pública y a los grupos familiares más pobres para servicios prioritarios de salud (o para subvencionar su participación en mecanismos de combinación de riesgos). Al compartirse los ingresos con los niveles estatales inferiores, debe contarse con criterios explícitos de destinación de recursos, de manera que los gobiernos de localidades de mayor incidencia de pobreza reciban más recursos centrales per cápita.

7.2 Financiamiento y recaudación de ingresos

En el sector de la salud, hay que considerar el ingreso y el gasto en forma conjunta, por lo cual esta sección debe considerarse junto con la sección anterior sobre gastos.

- **A. Precio de los servicios de salud:** Todos los servicios públicos de salud, educación sanitaria, atención preventiva y promoción deben subvencionarse tanto cuanto sea posible, dentro de las restricciones presupuestarias estatales. Si no pueden ser subsidiados en su totalidad, es necesario tratar de establecer una normativa que fomente la actividad filantrópica en esta materia. Habida cuenta de que típicamente el presupuesto público adolece de restricciones, será necesario establecer el pago de derechos de usuarios para los servicios de consulta. Pero es preciso evitar que, al configurar dichos pagos, se levanten barreras para el paciente pobre en el punto de uso, para lo cual pueden usarse dispensas, pagos previos, créditos u otras opciones.
- **B. Ingreso familiar:** La labor de recaudación de ingresos debe concentrarse en los servicios de salud que son de índole personal (servicios de consulta), que tienen poco impacto sobre la salud de la población en general, y en servicios para las poblaciones aseguradas y de ingresos elevados.

7.3 Prestación y entrega del servicio

- **A. Conocimiento específico sobre salud:** Debe asignarse la más alta prioridad al suministro de conocimientos específicos sobre salud usando financiamiento estatal para ayudar a los pobres a prevenir y manejar sus problemas de salud. Teniendo en cuenta la trascendencia de la conducta hogareña en la determinación de los resultados, es de suma importancia que los consumidores adquieran los conocimientos necesarios para hacer una mejor selección de proveedores y obtener los servicios adecuados.
- **B. Calidad de los servicios de salud:** Este es un importante aspecto de inquietud en el propósito de reforma del sector de la salud. ¿Funciona adecuadamente el sistema actual y por qué razones? La capacitación es uno de los elementos determinantes, pero el mejoramiento de la estructura de incentivos, la administración, el uso de mecanismos de contratación adecuados y la rendición de cuentas de los proveedores ante los clientes son cuestiones que afectan a todo el sistema y que deben abordarse. También pueden considerarse abriendo espacios para la realización de esfuerzos experimentales dentro del sistema actual.
- **C. Disponibilidad de servicios y facilidad de acceso:** Si se toman decisiones cuidadosas de inversión puede mejorarse la proximidad física de los servicios a los clientes potenciales, especialmente los que son pobres, pero las inversiones deben ser sensibles a las oportunidades de consolidación a que da lugar una buena infraestructura. La facilidad de acceso puede aumentarse a un costo menor si no se duplican los servicios ya existentes en el sector privado y filantrópico, sino más bien incrementando las opciones que tienen los clientes de puntos de servicio mediante contratos con ONG y proveedores privados, y mejorando la eficiencia técnica y los incentivos entre los proveedores de servicios públicos.

7.4 Administración de bienes

- **A. Disponibilidad de servicios de salud y facilidad de acceso:** Estimular la creación de organizaciones comunitarias dedicadas a mejorar la salud de la comunidad mediante actividades de promoción y prevención. Estimular la creación de organizaciones caritativas que se ocupen de asistir a familias pobres no aseguradas que deban afrontar servicios de alto costo por enfermedades catastróficas. Desarrollar y mantener listas de medicamentos esenciales y de políticas para promover la disponibilidad de medicamentos genéricos de bajo costo y alta calidad en todo el país. Establecer políticas claras, normas de procedimiento para proveedores caritativos y privados, y conceptos claros acerca del papel que desempeña el sector público en la prestación de servicios de salud al público en general.
- **B. Conocimientos específicos sobre salud:** Etiquetado de productos para el consumidor, especialmente de productos farmacéuticos y sustancias dañinas (v.g. tabaco). Amplia difusión de conocimientos sobre productos peligrosos y conductas nocivas.

7.5 Seguimiento y evaluación

- **A. Desigualdad por razones de sexo en el control de los recursos:** Evaluación y ajuste regular de servicios para atender mejor a las necesidades de salud de la mujer, mejorar su conocimiento y modificar su comportamiento para fortificar la salud.

- **B. Calidad del servicio de salud:** Comprobación de la calidad mediante programas implantados con ese propósito y que comprendan estructuras armonizadas de responsabilidad e incentivos con miras a mejorar constantemente la calidad del servicio. Evaluación del impacto de la calidad sobre el uso del servicio y sobre los resultados de las intervenciones.
- **C. Disponibilidad de servicio de salud y facilidad de acceso.** Comprobación de la disponibilidad de servicios en el ámbito nacional y por áreas utilizando mapas de pobreza. Evaluación del impacto de la disponibilidad sobre el uso del servicio. Las definiciones de la disponibilidad deben tomar en cuenta las condiciones locales y las variaciones en la infraestructura. Evaluación de la facilidad de acceso basada parcialmente en información obtenida mediante encuestas de consumidores y características del servicio que éstos consideren importantes. Modificación de los criterios de prestación de servicios a base de la información obtenida acerca de los grupos destinatarios – uso de instrumentos de comercialización para superar los obstáculos al uso.

7.6 Políticas ajenas al Ministerio de Salud

- **A. Educación general:** La educación —especialmente de la mujer— es esencial para todos los resultados sobre salud, nutrición y población. Las mujeres mejor educadas, que mantienen un ingreso familiar constante, tienden a adoptar conductas que son, en promedio, mejores para estos resultados que las mujeres que han recibido menos educación. En Cebú, Filipinas, por ejemplo, se estimó que un año adicional de educación materna *redujo* la probabilidad de lactancia materna exclusiva en un 36% y la probabilidad de todo tipo de lactancia materna en un 5%, pero *aumentó* el número de calorías en un 7%, el uso de servicios de salud preventiva en un 4% y el uso de jabón en un 2%. A su vez, se *redujo* la probabilidad de eliminación inadecuada de heces en un 9%. En general, se estimó que estas variaciones producirán una reducción del 3,2% en la probabilidad de diarrea a los seis meses de edad – 15,2% de reducción debido al aumento de calorías, uso de atención preventiva y mejor eliminación de heces, compensado con un 2% de aumento debido a la menor proporción de lactancia materna (Equipo de estudio de Cebú, 1991). Una coordinación mucho más fluida entre los Ministerios de Salud y de Educación para mejorar los programas educativos sobre salud en general y para niños escolares puede traducirse en beneficios sustanciales.
- **B. Precio, disponibilidad, facilidad de acceso y calidad del agua y saneamiento:** En numerosos estudios se concluye que la mejora de servicios de agua y saneamiento son determinantes sustanciales de los resultados en materia de salud, nutrición y población (SNP). Una conclusión fundamental de estos estudios es que las obras tendientes a brindar un mejor suministro de agua y saneamiento tienen un impacto mucho mayor si esa ampliación de infraestructura va acompañada de una campaña de promoción de la salud. Se reconoce en forma creciente que a pesar de que la instalación de servicios de saneamiento dará lugar a un mejor resultado de salud, nutrición y población, el mejoramiento será mucho mayor si dicha instalación va acompañada de un programa de educación sobre higiene que permita asegurar que los servicios sean usados y mantenidos en forma correcta. El Banco Mundial publicó recientemente un estudio sobre este campo, en el que se ofrecen directrices prácticas para aumentar el efecto que causan las inversiones en agua y saneamiento sobre los resultados de SNP (Klees et al, 1999).
- **C. Precio, disponibilidad, facilidad de acceso y calidad de los alimentos:** En este capítulo se ha mencionado, en varios contextos distintos, la importancia de los programas comunitarios de nutrición y de educación sobre nutrición como parte del conjunto básico de intervenciones para la salud. El capítulo dedicado al desarrollo rural ofrece una orientación

mucho más sustancial en cuanto a la elevación del nivel global de ingresos rurales y de acceso a los alimentos.

- **D. Capital comunitario y social:** También se ha mencionado en este capítulo la importancia del capital social como parte del entorno que condiciona la facilidad de aceptación y el impacto de los servicios de salud. Por lo general, muchas actividades estatales distintas (desarrollo comunitario, fondos sociales), de las ONG y de donantes internacionales (UNICEF), están dirigidos a las comunidades pobres y a la atención de sus necesidades. La coordinación entre estas entidades y el Ministerio de Salud beneficiará a todas las partes involucradas.

8. Consejos sobre el proceso de preparación del DELP en materia de salud

Como se señala en la Introducción y se resume en el Cuadro 1, los sistemas de salud tienden a evidenciar problemas a los niveles macro, de sistema y de intervención. Todos los países comparten estos problemas de una forma u otra; en los países más pobres el margen de error es más pequeño y los beneficios potenciales que representa la corrección de los problemas son más amplios, porque los recursos disponibles son sumamente limitados.

- **Nivel macro:** En los países de mayor índice de pobreza, el total de gasto estatal que se destina a la salud no supera usualmente los \$3 a \$5 per cápita, y el gasto privado añade aproximadamente la misma suma, con lo que se llega a un total de \$6 a \$10 per cápita. Administrar esta restricción significa utilizar los recursos disponibles al máximo posible, y buscar mecanismos que permitan destinar el gasto a quienes son menos capaces de protegerse por sí solos. En el caso de los países altamente endeudados, es posible que la condonación de la deuda abra cierto espacio para añadir tal vez otro 20% al gasto en salud pública. Un desafío para el equipo del DELP es efectuar un análisis del gasto en salud, nutrición y población, y proponer un futuro campo de acción que gradualmente permita encauzar el programa de gasto público más definidamente hacia la pobreza y hacerlo más eficaz. Al mismo tiempo, el equipo debe proponer qué destino ha de darse a un incremento en el gasto actual y cómo justificar el nuevo gasto, en términos de los resultados mensurables que se lograrían para los pobres.
- **Nivel de sistema:** Los aspectos relativos al desempeño del sistema de salud en los sectores público y privado se ven afectados parcialmente por las políticas de gasto público, pero también dependen de políticas que inciden en la estructura de incentivos y en la calidad del personal; en la forma y el uso que se hace en el sistema de los contratos para entrega de servicios; en el entorno institucional, la calidad de la gestión, y el régimen normativo. La adopción de mejoras exige introducir reformas en el sector y modificar las iniciativas.
- **Nivel de intervención:** Los proyectos son herramientas que usan todos los países y organizaciones para alcanzar metas específicas en plazos breves. En la salud, ofrecen un medio para desarrollar intervenciones que permitan atender a los pobres o para abordar problemas específicos de salud y demostrar que las intervenciones han resultado exitosas a un costo razonable. Pueden usarse para implantar ciertas reformas experimentales en el sistema. Hay distintos agentes que participan en el sistema de salud que apoyan muchos de estos proyectos. Los gobiernos tienen la capacidad para administrar y enfocar estas actividades (por lo general en asociación con donantes y organizaciones de la sociedad civil) e insistir, en todos los casos, en que las actividades del proyecto sean coordinadas, bien observadas, discutidas libremente y evaluadas.

En la preparación del DELP han de considerarse estos tres aspectos. El hecho de perfeccionar el marco de gastos no mejorará por sí solo el funcionamiento del sistema, pero puede propiciar un entorno en el que el sistema pueda funcionar mejor. La formulación de un programa de reforma del sector que permita analizar los sistemas fundamentales y buscar soluciones a los problemas de organización, institucionales o de incentivos, es un complemento importante para el programa de gastos, porque de esa forma se aumentará la eficiencia, la eficacia y el impacto logrados. No obstante, el hecho de rectificar el sistema no coadyuva a identificar y poner a prueba intervenciones bien definidas, ya sea para abordar temas específicos de salud o para canalizar los insumos necesarios hacia los pobres. Es preciso diseñarlas, financiarlas, ponerlas en práctica, evaluarlas y absorberlas como actividades normales cuando se demuestre que funcionan bien. Incluso pueden sustituir la actual forma de trabajo.

8.1 El equipo

El primer paso es contar con un funcionario de nivel superior que lidere, en régimen de jornada completa, la labor de preparar un DELP sobre salud, nutrición y población. Tiene lógica el hecho de que esta persona provenga del Ministerio de Salud, pero ha de ser alguien a quien se le encomienden muchos intereses distintos y que se comprometa a adoptar soluciones e innovaciones y a asumir la responsabilidad de los resultados a través de varios sectores. Un pequeño libro publicado en 1990 con el título de *Adhocracy* (Waterman, 1990) es lectura de rigor cuando se trata de formar un equipo básico. El autor del libro define el término *adhocracia* como “cualquier forma de organización que trascienda las líneas burocráticas normales para captar oportunidades, resolver problemas y obtener resultados” y sugiere que el equipo básico para realizar esta labor no ha de estar formado por más de seis personas. Por nuestra parte sugerimos cuatro: el jefe, más una persona que dirija el trabajo a cada nivel: macro, de sistemas y de intervención. Probablemente estos funcionarios deban comprometerse con el proyecto del DELP en régimen de dedicación exclusiva durante un mínimo de seis meses; ellos a su vez organizarían equipos de jornada parcial integrados por seis personas cada uno. Estos equipos probablemente incluirían a personas de los niveles inferiores de gobierno, de donantes y de la sociedad civil, junto con un profesional de la salud, un especialista institucional o gerencial y un economista. Tendría que haber una constante interacción entre los equipos, pero éstos deberían cumplir también tareas especializadas.

8.2 Proyección cronológica y presupuesto

El segundo paso es preparar un plan de trabajo para completar el ejercicio, de principio a fin, en el período durante el cual el equipo se encuentre en el lugar. La labor consistiría en recopilar información y datos, realizar diagnósticos, consultar y concertar un acuerdo sobre prioridades, elaborar una propuesta, difundir información y proponer un mecanismo apto para observar la puesta en práctica. La última tarea que tendría que cumplirse en los meses finales del período sería proponer lo que debería suceder a continuación. El equipo necesita recursos para desempeñar su labor, de manera que es preciso preparar un presupuesto junto con el programa de trabajo. Por consiguiente, para que el ejercicio se realice exitosamente al ritmo sugerido, es imprescindible contar desde el principio con el compromiso de que el proyecto va a tener financiamiento.

Es probable que el proceso del DELP demore varios años; de hecho, la actividad del equipo encargado puede servir de base para modificar fundamentalmente nuestra forma de proceder en el sector de la salud. Sin embargo, la acción de desarrollar y rectificar una primera propuesta tiene que realizarse con bastante rapidez; tanto así que un plazo de seis meses

puede resultar un lujo en algunos países, ya que la oportunidad de una iniciativa reforzada para reducir la deuda ejercería presión sobre el sector de la salud para actuar con rapidez a fin de obtener un lugar en la mesa de negociaciones.

8.3 El uso del marco lógico

El DELP es un proceso y un producto al mismo tiempo. Pero poco se logrará con la simple elaboración de un documento que diga todo lo correcto y acertado, si no se cuenta con el respaldo de muchas instituciones y personas. El marco lógico es un vehículo excelente para organizar una propuesta y tener una base de consulta; además, fácilmente puede conseguirse documentación y capacitación para usarlo. Las claves del éxito al usar este instrumento son las siguientes: (a) obtener el consenso sobre las metas supremas (que supuestamente serían metas relativas a los resultados de las intervenciones, a partir de la información obtenida de la etapa de recopilación y diagnóstico de datos); (b) entender —habida cuenta que estas medidas de los resultados no se determinan plenamente en el sector de la salud y que son relativamente lentas para cambiar— cuáles son los cambios que habría que introducir en el ámbito hogareño y comunitario y si serían suficientes para aportar la contribución que debe hacer el sector de la salud; (c) qué conjunto de acciones realizaría el estado en cada una de las tres áreas (macro, sistemas e intervenciones) que fuesen necesarias y suficientes para lograr las modificaciones deseadas en los niveles de hogar y comunidad para los pobres, y finalmente (d) qué insumos y costos específicos se relacionarían con estas acciones.

El proceso se repite porque es útil desarrollar primero la columna “Resumen narrativo” desde arriba hasta abajo, y luego revisarlo en sentido contrario haciéndose la pregunta, “¿Es necesario y suficiente lo que estamos proponiendo para lograr lo que se propone en el renglón inmediatamente superior?” El concepto de lo necesario y suficiente al avanzar desde abajo hacia arriba es esencial para usar satisfactoriamente este marco. Luego, lo mejor es llenar juntas las columnas “Principales indicadores de desempeño” y “Planes de seguimiento y evaluación” para cada renglón. Si esto no puede hacerse, el resumen narrativo no será tan claro como debería serlo, porque si no se puede medir, ¿cómo se va a defender? Finalmente, debe llenarse la columna sobre riesgos de falla o “supuestos críticos.” Conviene empezar desde abajo porque esto ayuda a esclarecer los riesgos desde el nivel de insumos hasta el de metas. Estos son los supuestos críticos acerca del entorno, que son vitales para el éxito del enfoque propuesto, ya que si no se cumplen, todo el plan puede peligrar. El manejo de los riesgos implícitos será una parte importante de la puesta en marcha.

El marco lógico debe ser lo más sencillo posible, para que pueda explicarse y analizarse con facilidad. Tras él puede haber muchas ideas, acciones y cifras complejas, pero es necesario que éstas sean bien entendidas y estén presentadas de una manera sencilla, directa y probablemente separada del marco lógico propiamente tal.

Cuadro 4: Marco Lógico para un DELP

Resumen narrativo	Principales indicadores de desempeño	Seguimiento y evaluación	Supuestos críticos (manejo de riesgos)
Meta (modificaciones propuestas en resultados de las intervenciones; v.g. "Resultados de las intervenciones" en Figura 1):			(Meta a misión del sector de salud)
Objetivo (metas intermedias muy relacionadas con resultados propuestos; v.g. lo que se lograría para la columna "Familias y comunidades" de Figura 1):			(Objetivo a meta)
Productos (proyectos específicos en las columnas "Sistemas de salud y sectores conexos" y "Políticas y acciones estatales" de la Figura 1) <u>Nivel macro</u> <u>Nivel de sistema</u> <u>Nivel de intervención</u>			(Productos a objetivo)
Componentes y subcomponentes: (¿Qué puede hacerse específicamente a un nivel en el que puedan estimarse los costos para las tareas?) <u>Nivel macro</u> <u>Nivel de sistema</u> <u>Nivel de intervención</u>	Insumos: (presupuesto para cada componente)		(Componentes a productos)

8.4 Un ejemplo de fijación de prioridades en Bolivia

En Bolivia, como en muchos otros países, ya comenzó el proceso de elaboración del DELP. El enfoque ha sido similar al que se propone aquí, pero se ha logrado sin tener este documento a la mano. Los pasos que se han seguido son los siguientes:

- **Diagnóstico:** Como en otros países, ya se han realizado considerables diagnósticos de los problemas. Se emprendieron muchas iniciativas; de hecho, la fase de diagnóstico permitió identificar 65 proyectos en ejecución y un total de \$300 millones en recursos externos comprometidos para el sector de la salud. En el paso correspondiente al diagnóstico, se acordó establecer cuatro amplias áreas de acción: (a) adopción del seguro básico (distribución de servicios básicos por persona); (b) implantación de un programa ampliado de inmunización; (c) modernización del seguro de salud basado en el sistema de seguridad social, y (d) descentralización y fortalecimiento institucional.

- **Liderazgo:** En cada una de estas áreas, la labor está dirigida por un funcionario específico del estado y otro de un solo organismo encargado por el lado del donante.
- **Propuestas sobre obstrucción de procesos:** Cada uno de estos equipos desarrollaría, entre marzo y abril del 2000, estrategias para resolver las dificultades para avanzar en las cuatro áreas mencionadas.
- **Prioridades y consolidación:** Con posterioridad— probablemente en mayo y bajo la coordinación de la Organización Panamericana de la Salud— estos cuatro equipos se reunirán para presentar sus propuestas, consolidarlas, ordenarlas según la prioridad y traducirlas en acciones concretas, con indicadores de desempeño decisivos y un marco de seguimiento y evaluación.
- **Acción:** A continuación se inicia la puesta en práctica.

En el Anexo 8A se hace una presentación más general sobre el proceso realizado en Bolivia.

9. Bibliografía

Cantril, Hadley (1965), *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

Equipo de estudio de Cebú (1991), *Underlying and proximate determinants of child health: The Cebu longitudinal health and nutrition study*. *American Journal of Epidemiology*, 133 (2): pág. 185-201.

Klees R., J. Godinho y M. Lawson-Doe (1999), *Health, Sanitation and Hygiene in Rural Water Supply and Sanitation Projects and Other World-Bank Financed Projects*, Programa de Estudios Regionales de ECA, Banco Mundial.

Leighton C. y F. Diop (1999), *Protection of the poor under cost recovery*. Mimeo, Abt Associates Inc., Bethesda, MD, USA.

Waterman, Robert H. (1990), *Adhocracy*, Nueva York: W.W. Norton