

## Financiación basada en el rendimiento en Rwanda

El gobierno de Rwanda, con el apoyo de donantes, ha procedido recientemente a ampliar diversos programas innovadores que consisten en transferir las subvenciones condicionadas del gobierno central a los municipios para la contratación de productos sanitarios esenciales. Estos programas sanitarios constan de tres elementos principales:

**Alianzas comunitarias en materia de salud:** Se transfieren recursos (aproximadamente 0,25 dólares por persona) directamente a los municipios, a fin de que mediante contratos con miras a resultados se contraten los servicios de instituciones de ámbito comunitario, de organizaciones no gubernamentales, de promotores de salud, proveedores de atención sanitaria de carácter privado y otros servicios relacionados que provean intervenciones esenciales en el ámbito de los hogares y las comunidades. Cada año, el Presidente de Rwanda y los alcaldes de distrito, actuando en representación de sus electorados, suscriben un contrato con miras a resultados conocido como IMIHIGO, término tradicional que se ha convertido en sinónimo de transparencia en relación con los servicios que el gobierno presta en todo el país. Los servicios que se dispensan en virtud de este enfoque son sencillos y de bajo coste, centrándose en la promoción de unas mejores prácticas de salud e higiene, en intervenciones dirigidas a modificar hábitos, y en servicios preventivos tales como la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, la administración de terapia de rehidratación oral y suplementos nutricionales, y el abastecimiento de agua potable.

Estas alianzas fueron implantadas en varios distritos durante 2005, y desde 2006 se han ampliado a escala nacional empleando fondos del estado. En abril de 2006 el gobierno central suscribió contratos orientados a la

obtención de resultados con 30 municipios, eligiendo como principal indicador del rendimiento la cobertura de mosquiteros tratados con insecticida. Los resultados obtenidos desde la puesta en marcha han sido considerables. Una evaluación realizada en junio de 2007 mostraba que la utilización de mosquiteros tratados con insecticida por parte de menores de cinco años había aumentado desde el 4% registrado en 2004 hasta más de un 70% en 2007. El número de casos de paludismo ha disminuido de forma espectacular, aliviando la carga para los centros de atención pediátrica, y las encuestas de población en las que se emplean análisis de sangre muestran una disminución sorprendente en la prevalencia del paludismo. Los responsables de la elaboración de políticas hablan de una situación sin precedentes, y actualmente colaboran en una estrategia dirigida a eliminar el paludismo por completo.

**Centros de salud:** Mediante un contrato orientado a la obtención de resultados se transfieren recursos a centros de atención primaria (aproximadamente 1 dólar por persona en 2007, lo que equivale a un 15% de los recursos asignados por el gobierno a la sanidad). Este plan se puso en práctica inicialmente en dos provincias, Butare y Cyangugu, en 2002, con el apoyo de organizaciones no gubernamentales y de ayuda bilateral. Los contratos orientados a la obtención de resultados incluyen indicadores relativos a la cobertura óptima (cantidad) así como a la cobertura efectiva (calidad) de los servicios. Una evaluación realizada revela un incremento considerable en la utilización de servicios sanitarios –en especial servicios de inmunización y de asistencia en el parto– en las provincias donde estos contratos se habían implantado, en contraste con las provincias donde no se utilizaban.

En consecuencia, el gobierno de Rwanda decidió expandir gradualmente el programa a otras provincias, incorporando las enseñanzas derivadas de estos experimentos. En 2005, las dotaciones presupuestarias para los programas se repartieron proporcionalmente entre las dos provincias en las que se había practicado el experimento. El año siguiente, el programa se expandió a toda la nación, pasando a figurar en los presupuestos generales. En él se establecía la vinculación directa entre la prestación de servicios, los resultados y los importes desembolsados.

En cada una de las provincias se ha constituido un comité de dirección a fin de vigilar individualmente el rendimiento de los centros de salud mediante el empleo de técnicas de muestreo de calidad y de inspección del grado de satisfacción. Los resultados obtenidos a partir de las verificaciones individuales inciden de forma directa en la cantidad de financiación que cada centro recibe. Una vez más, los resultados obtenidos en los centros fueron sorprendentes, con unos índices de cobertura inmunitaria del 95% y un aumento en la utilización anual de los servicios desde 0,4 visitas por persona en 2004 a 0,7 en 2006, y un incremento de la asistencia en el parto que oscila desde el 29% registrado en 2000 hasta el 52% en 2006. La repercusión de estos planes en los resultados relativos a la salud está siendo evaluada mediante un mecanismo de prospección controlada de distribución aleatoria. Este programa se ha ampliado también a todos los hospitales de distrito del país.

**Planes de microseguros de salud:** Durante las últimas décadas se ha experimentado con éxito en la implantación de mutualidades (planes de microseguros no oficiales que consisten en aunar los fondos aportados por los miembros de una comunidad para cubrir un módulo de servicios sanita-

rios básicos prestados por centros sanitarios y, de ser necesario, para el traslado del paciente a un hospital de consulta). Su finalidad es mitigar el coste de los servicios sanitarios para los miembros, eliminando la dificultad que supondría tener que abonar el coste de los servicios de su propio bolsillo. Las mutualidades cumplen una importante función de intermediación entre los centros sanitarios, los hospitales de distrito y la población general. Evaluaciones realizadas muestran que son más eficaces cuando el nivel de participación de la comunidad en sus estructuras de gestión es elevado y los pagos a los centros sanitarios se realizan por persona, con lo que básicamente se transfiere todo el riesgo asegurador al centro sanitario.

Inicialmente, los esfuerzos se centraron en aumentar la ayuda administrativa y de gestión, así como la capacidad técnica, en especial a través de formación y de desarrollo de herramientas adecuadas. Pero desde 2006, el gobierno de Rwanda está destinando fondos (aproximadamente 0,15 dólares por persona) a abonar las primas de las personas más pobres de la comunidad, a las que se selecciona mediante un método participativo de evaluación de la pobreza conocido como Ubudehe. Rwanda ha apoyado de forma sistemática la expansión de estas mutualidades, que en 2007 ofrecían cobertura a cerca del 70% de la población (en 2003 la participación era de tan sólo el 7%). La participación de la población pobre en las mutualidades constituye un indicador clave del contrato orientado a la obtención de resultados suscrito entre el alcalde y el presidente. El gobierno participa también en la creación de fondos comunes municipales, así como en un fondo nacional de reaseguros financiado mediante las aportaciones de empleados del sector estructurado.

*Véanse las referencias, pág. 108.*