

Evaluación de la participación de ONG en la prestación de atención primaria de salud con financiamiento gubernamental: dos estudios de caso

Ricardo Bitrán, PhD
Bitrán & Asociados

Daniel Maceira, PhD
CEDES

Diciembre del 2004

No. 59



AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a *LAC Health Reform Initiative* y *Partnerships for Health Reform Project*, ambas iniciativas de USAID, que financió este estudio. También desean agradecer a Jack Galloway, Marty Makinen y David Hotchkiss por su valiosa revisión de las versiones preliminares de este trabajo. Finalmente, agradecen a los gobiernos de Nicaragua y de El Salvador, a la misión local de USAID en dichos países y a las ONG que fueron objeto de este estudio, por su valiosa colaboración. Cualquier error u omisión es de exclusiva responsabilidad de los autores.

RESUMEN

Los gobiernos de los países en desarrollo tienden cada vez más a recurrir a organismos no gubernamentales, ya sea para prestar atención primaria de salud (APS) financiada por el gobierno o para brindar asistencia en la prestación de salud primaria pública. Esta política se basa en la premisa de que el sector público, debido a su estructura esencialmente burocrática, tiene una eficiencia limitada y que la incorporación del sector privado, en términos de gestión y respaldo, puede ayudar a optimizar el gasto público en estos servicios. Ahora bien, son pocos los datos disponibles respecto del impacto de este tipo de esquema sobre los resultados y logros de salud. Esto se debe, al menos en parte, a problemas metodológicos que prevalecen en la literatura sobre monitoreo y evaluación (MyE) y a la escasez de estudios en este ámbito, particularmente en América Latina y el Caribe. En este ensayo se analizan los resultados de estudios de caso elaborados en la región (Nicaragua y El Salvador), de acuerdo a un marco común de MyE.

La evidencia empírica de estos dos estudios de caso no confirma la premisa de que la participación de las ONG en APS constituye inequívocamente una estrategia superior en relación a la prestación directa de servicios de salud por parte del sector público. En Nicaragua, aun cuando esta conclusión es todavía preliminar, la prestación pública tradicional parece arrojar mejores resultados que la prestación pública combinada, que cuenta con respaldo de las ONG en materia de capacitación del personal gubernamental de salud y fomento de la participación de la comunidad. En El Salvador, el modelo de subcontratación de ONG presenta mejores resultados que el modelo público tradicional, pero con un costo per cápita mucho más elevado. Ahora bien, es preciso insistir que estas conclusiones no son definitivas en la medida que ambas iniciativas son relativamente recientes y puede que estos resultados mejoren en el largo plazo. Pese a ello, los estudios dan luces acerca de los métodos que pueden adoptarse para realizar un MyE de estas iniciativas comunes y aún en desarrollo en el sector de la salud.

ÍNDICE

Agradecimientos	iii
Resumen	v
Acrónimos.....	ix
1. Introducción	1
2. Meta y objetivos de la investigación.....	3
3. Visión general de los métodos de investigación	5
4. Antecedentes acerca de los sistemas de salud y los métodos de investigación	9
4.1 Nicaragua	9
4.1.1 Sistema de salud.....	9
4.1.2 Métodos de investigación.....	11
4.2 El Salvador.....	12
4.2.1 Sistema de salud.....	12
4.2.2 Métodos de investigación.....	14
5. Datos empíricos acerca de la efectividad de las intervenciones de las ONG.....	17
5.1 Nicaragua	17
5.2 El Salvador.....	23
6. Conclusiones y recomendaciones	31
Bibliografía.....	37

Lista de cuadros

Cuadro 1: Diseño del estudio sobre Nicaragua y El Salvador	7
Cuadro 3 Nicaragua: Índice socioeconómico, ingreso y gastos de consumo en comunidades con y sin asistencia de la ONG.....	18
Cuadro 4 Nicaragua: Acceso a servicios básicos para comunidades con y sin asistencia de la ONG..	18
Cuadro 5 Nicaragua: Resumen de resultados (porcentaje)	21
Cuadro 6 Nicaragua: Determinantes en el dominio de métodos de planificación familiar: estimación econométrica.....	22
Cuadro 7 Nicaragua: Determinantes en el dominio de métodos de planificación familiar : simulaciones	23
Cuadro 8 El Salvador: Situación demográfica y socioeconómica de hogares con y sin asistencia de ONG	24
Cuadro 9 El Salvador: Resumen de resultados	25
Cuadro 10 El Salvador: Entrega de vitamina A a niños menores de 5 años	26
Cuadro 11 El Salvador: Comparación del resultado total en un período de 6 meses:	

ONG <i>versus</i> MdS	28
Cuadro 12: Determinantes de la provisión de métodos de planificación familiar	29
Cuadro 13 Características de los métodos de evaluación transversales y longitudinales.....	34
Cuadro 14 nicaragua: Evidencia de mejor desempeño relativo de las ONG subcontratadas	35

Lista de figuras

Figura 1 Nicaragua: Objetivos y estrategia de una ONG que brinda asistencia en la prestación de servicios públicos.....	10
Figura 2. Nicaragua: Asistencia de la ONG en la prestación pública de servicios de salud a nivel comunitario y de centro de salud	11
Figura 3 El Salvador: Esquema de subcontratación con ONG	13
Figura 4 El Salvador: Medición de los resultados de modelos de salud basados en promotores de ONG y del MdS y análisis de costo-efectividad	15
Figura 5 Nicaragua: Incidencia y tratamiento de las infecciones respiratorias superiores en niños menores de 5 años.....	20
Figura 6 Nicaragua: Incidencia y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años.....	20
Figura 7 El Salvador: Contribución al resultado por tipo de proveedor: control de peso en niños y consultas de planificación familiar	27
Figura 8 Evaluaciones transversales y longitudinales.....	33

ACRÓNIMOS

APS	Atención primaria de salud
EDA	Enfermedad diarreica aguda
EMP	Empresas Médicas Previsionales, subcontratadas por el INSS (Nicaragua)
EMS	Equipo Móvil de Salud
FONASA	Fondo Nacional de Salud (Chile)
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
IRA	Infección respiratoria aguda
MyE	Monitoreo y evaluación
MINSA	Ministerio de Salud (Nicaragua)
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (El Salvador)
ONG	Organización No Gubernamental
PAMI	Programa Asistencial Médico Integral (Argentina)
PHR <i>plus</i>	Partnerships for Health Reform <i>plus</i> project
PS	Promotor de salud
UGP	Unidad de gestión de proyecto

1. INTRODUCCIÓN

Durante varios años, diferentes ONG y organismos internacionales han brindado su apoyo a los ministerios de Salud de los países en desarrollo para la prestación de servicios básicos de salud. Este apoyo se ha materializado, ya sea mediante una asistencia en dicha prestación por parte del gobierno o a través de una prestación directa, por parte de ONG, de servicios con financiamiento gubernamental. Algunas de estas iniciativas han sido evaluadas, con resultados disímiles. Recientemente, se ha observado un creciente interés en seguir promoviéndolas. Este interés se funda que las ONG muchas veces están localizadas en zonas remotas y, por ende, son capaces de aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud básicos, gracias a su mayor flexibilidad y transparencia en materia de gestión. En esta síntesis, se describen dos estudios de caso, uno que corresponde al tipo de apoyo más tradicional brindado por las ONG en la prestación de servicios de salud gubernamental (Nicaragua), y otro en el que se contrata a un grupo de ONGs para la prestación de servicios básicos de salud que, de lo contrario, tendrían que ser brindados directamente por el gobierno (El Salvador).

La subcontratación de servicios de salud es un instrumento que permite a los gobiernos aprovechar los recursos del sector privado en el sector de la salud. Ésta incluye cualquier adquisición pública o financiamiento de servicios de proveedores privados por parte de organismos donantes, con o sin fines de lucro, y engloba un amplio espectro de servicios. Estos últimos incluyen, entre otros, la prestación directa de atención de salud, la capacitación de proveedores de atención de salud y la educación de comunidades y hogares.

En América Latina, la subcontratación, por parte de los gobiernos, de servicios de servicios de salud privados ha adquirido formas muy diversas. En Argentina, el PAMI, importante organismo público encargado de la prestación de servicios de salud para personas de la tercera edad y minusválidos, subcontrata proveedores privados con fines de lucro a nivel ambulatorio y hospitalario para la entrega de servicios a sus beneficiarios. En Chile, el seguro de salud público, conocido como FONASA, contrata desde el año 2002 servicios quirúrgicos en las clínicas privadas, cuando la falta de capacidad de los hospitales públicos se traduce en largas listas de espera para los beneficiarios que requieren cirugía inmediata. El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, INSS, se deshizo de sus propios centros de salud a fines de los años ochenta. Desde 1994, ha optado por el pago por capitación a proveedores privados, conocidos como EMP, para la prestación de todos los servicios contenidos en el paquete de beneficios básicos del INSS. La mayoría de los gobiernos de América Central ha recurrido a organizaciones no gubernamentales (ONG) para ampliar la cobertura en materia de atención de salud primaria en zonas rurales donde no hay proveedores públicos o donde éstos se encuentran demasiado alejados de los asentamientos humanos como para que estos últimos puedan disponer de un acceso efectivo a los servicios públicos.

Pese a la creciente contratación de servicios de ONG por parte del sector público, las conclusiones relativas al impacto de esta política en cuanto a acceso, calidad, equidad, y estado de salud son disímiles. En sus análisis acerca de las iniciativas de subcontratación, Mills y Broomberg (1998) señalaron: “Tal vez la conclusión más importante es que disponemos de datos relativamente limitados y contradictorios acerca del impacto de la contratación selectiva, en materia de eficiencia y equidad a nivel de los centros de salud y/o del sistema de salud.” Un artículo reciente de Liu (2004) recopiló sólo 17 referencias relacionadas con la subcontratación de servicios de atención primaria en los países en desarrollo (Liu 2004). En términos generales, los estudios existentes subrayan la necesidad de una mayor investigación en profundidad acerca de los efectos de la subcontratación de servicios de atención primaria en materia de acceso, calidad y eficiencia.

A continuación se expone una breve reseña de los principales resultados empíricos provenientes de la escasa literatura disponible sobre la materia. El acceso constituye la dimensión más estudiada en términos de desempeño por parte de los investigadores para medir el impacto de la subcontratación de servicios de atención de salud primaria. Liu (2004) concluye que existe una evidencia positiva respecto del efecto de subcontratar la atención de salud, en términos de cobertura, disponibilidad y cantidad de servicios brindados. Loevinson y Harding (2004) descubrieron, a través de una muestra de seis proyectos, que los contratistas privados eran más efectivos a la hora de incrementar el acceso a servicios de salud que el gobierno. En términos de equidad, Liu (2004) concluyó que la subcontratación tiene la capacidad potencial de mejorar la equidad tanto en materia de acceso a la atención de salud como en el financiamiento, cuando los servicios están adecuadamente focalizados hacia la población más necesitada. Sin embargo, son pocos, por no decir inexistentes, los estudios que respalden esta afirmación. Con respecto a la calidad de los servicios prestados o apoyados por estas iniciativas de subcontratación, varios estudios evidencian un impacto positivo en cuanto a tiempos de espera, satisfacción del paciente, orientación al cliente y otros indicadores similares (Liu, 2004). En términos de resultados de salud, se llegó a conclusiones similares.

Existe muy poca evidencia respecto del impacto, en cuanto a eficiencia, de subcontratar servicios. Los pocos estudios disponibles sobre la materia no son muy concluyentes. Por ejemplo, Mills y otros (1998) descubrieron que en Zimbabwe la subcontratación del sector privado implicaba costos más elevados que la prestación de los mismos servicios por parte del gobierno. Por el contrario, el estudio de Loevinson y Harding (2004) concluyó que en Pakistán, Bangladesh, India y Camboya, las organizaciones no gubernamentales tenían un mejor desempeño que las instituciones públicas, operando con los mismos recursos financieros.

La evaluación de estas iniciativas de subcontratación plantea varios problemas metodológicos y los estudios existentes adolecen de limitaciones. En primer lugar, la información de base o los datos provenientes de los grupos de control muchas veces no está disponible o no es utilizada. En vista de lo anterior, es difícil atribuir los cambios en el desempeño de la atención de salud a la adopción de un esquema de subcontratación. En segundo lugar, muchas veces las evaluaciones son realizadas por el contratista o el proveedor. Es probable que ambas partes tengan incentivos para presentar una buena gestión ya que seguramente la posibilidad de seguir obteniendo financiamiento para futuras subcontrataciones dependa de su desempeño. En ese sentido, los resultados pueden ser sesgados. En tercer lugar, aun cuando la mayoría de los informes de evaluación se basan en resultados (cantidad, cobertura), tienden a ignorar los costos de proveer servicios y de gestionar los esquemas de subcontratación. Por último, aun cuando los datos básicos pueden estar disponibles, resulta complejo, en términos metodológicos, relacionar los resultados con las modalidades de subcontratación, ya que es probable que muchas otras variables o factores que se prestan a confusión influyan en los resultados.

2. META Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este informe compila los métodos y conclusiones de dos estudios paralelos realizados para evaluar el desempeño de ONG contratadas por el gobierno o por donantes para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud preventiva primaria en las zonas rurales de El Salvador y Nicaragua.

El objetivo de esta investigación es brindarle a los encargados de la elaboración de políticas en los países en desarrollo herramientas de monitoreo y evaluación y datos empíricos acerca del desempeño de los esquemas de contratación, para que puedan seleccionar los métodos más apropiados de financiamiento y prestación de los servicios de atención de salud primaria.

Los objetivos de la investigación son (1) desarrollar y aplicar en El Salvador y Nicaragua métodos de monitoreo y evaluación para evaluar el desempeño de ONG encargadas, ya sea de prestar directamente servicios de atención de salud primaria en tanto que subcontratistas gubernamentales (El Salvador), o de brindar asistencia en esta tarea al gobierno (Nicaragua), y comparar este desempeño con el de la prestación gubernamental tradicional; y (2) ofrecer datos empíricos acerca del desempeño de estas iniciativas relativas a la prestación de servicios pública tradicional.

El objetivo principal de esta investigación se centra más en el desarrollo y la puesta a prueba de los métodos de monitoreo y evaluación (MyE) que en la evaluación del desempeño de determinadas ONG. Por ello, el autor de esta síntesis optó por omitir los nombres de las ONG que participaron en esta evaluación

3. VISION GENERAL DE LOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

En esta sección se presenta una reseña general de los métodos de investigación en ambos países. En la siguiente sección se proporcionan mayores detalles.

PHR*plus* desarrolló un protocolo común de investigación para El Salvador y Nicaragua (Bitrán 2004). Al momento de seleccionar estos países se tomó en cuenta el hecho de que en ambos operan ONG, encargadas ya sea de apoyar la prestación o de prestar directamente APS pública. También se consideró el interés de los respectivos gobiernos en este estudio y la presencia de ONG dispuestas a ser estudiadas y ONG que proporcionaban sólo servicios de salud. En Nicaragua, la mayoría de las ONG activas en el sector social brindan simultáneamente una amplia gama de servicios sociales, tales como atención de salud, nutrición, educación, vivienda, crédito rural, entre otros. En consecuencia, la selección de una ONG que sólo brindara APS en salud reducía en gran medida los potenciales sujetos de estudio. En El Salvador, aún cuando existen numerosas ONG que históricamente han brindado APS en salud con fondos públicos o provenientes de donantes, las más exitosas han sido recientemente agrupadas en un solo proyecto que las contrata de manera competitiva para brindar un paquete básico de servicios de salud. Éstas se transformaron en el objeto de este estudio. El hecho de responder a estos criterios significó que las ONG seleccionadas en ambos países llevaban un período de tiempo relativamente breve desarrollando sus proyectos. Por ende, el valor de este estudio estriba más en los métodos propuestos para evaluar el desempeño de las ONG que en los resultados específicos de dicho desempeño, dada la breve vida de estas iniciativas.

Dentro de cada país, el protocolo de investigación fue diseñado para comparar el desempeño del sistema de salud (prestación subcontratada a ONG en El Salvador o prestación apoyada por ONG en Nicaragua *versus* la prestación pública tradicional en ambos países), valiéndose de información transversal sobre la situación de salud, uso de la salud y percepción de la calidad de la atención de salud a partir de una muestra estratificada de aproximadamente 1.000 hogares en cada país, divididos en zonas de intervención y zonas de control.

En un departamento de Nicaragua el estudio recopiló y comparó información sobre dos importantes grupos de hogares: se seleccionaron aproximadamente 500 en la zona de influencia de una ONG que brindaba asistencia para la prestación gubernamental de atención de salud a nivel del centro de salud y de la comunidad, y una cantidad similar en el área de influencia de los centros de salud gubernamentales que operan fuera del alcance de cualquier ONG (grupo de control). La asistencia de las ONG en la prestación gubernamental se expresó de dos formas: (1) el personal de la ONG capacitó a los trabajadores gubernamentales de la salud para ayudarlos a mejorar su práctica médica; y (2) los promotores de salud de las ONG trabajaron a nivel comunitario alentando a sus líderes y a las familias a adoptar prácticas de salud, tales como prevención, detección precoz de problemas de salud y uso oportuno de servicios de salud.

En El Salvador, el estudio recopiló información y evaluó el desempeño relativo en tres grupos importantes. En el primer grupo, se seleccionaron aproximadamente 330 hogares de comunidades que contaban con la presencia de alguna ONG. Esta ONG capacitó a los promotores de salud (PS) y los ubicó en dichas comunidades. Adicionalmente, introdujo equipos móviles de salud (EMS) que proporcionaron atención de salud a los hogares en el área de influencia de los promotores de la ONG, así como en las comunidades vecinas. En el segundo grupo se seleccionaron aproximadamente 330 hogares de las comunidades que contaban con un promotor gubernamental de la salud. En el tercer grupo se seleccionaron aproximadamente 330 hogares provenientes de comunidades que carecían tanto

de promotores de salud gubernamentales como provenientes de ONG. El segundo y el tercer grupo fueron usados como grupos de control.

PHR*plus* diseñó un cuestionario dirigido a los hogares, destinado a recolectar información sobre (i) características socioeconómicas y demográficas de los miembros que componen los diferentes hogares; (ii) características del hogar, incluido el tamaño, la propiedad, los materiales de construcción y la disponibilidad de servicios básicos; (iii) ingreso del hogar; (iv) ocurrencia de problemas agudos de salud entre los miembros del hogar, en un período de 30 días antes de la realización de la encuesta; (v) comportamiento en términos de buscar atención de salud para enfrentar estos problemas de salud; (vi) presencia de mujeres embarazadas al momento de la encuesta y de mujeres que habían dado a luz el año anterior; (vii) uso de servicios prenatales y de parto por parte de las mujeres embarazadas; (viii) uso de servicios de control de crecimiento y de vacunas preventivas en niños menores de 5 años; (ix) costos del paciente, en término de tiempo y dinero, para obtener atención de salud; (x) percepciones del hogar respecto de la calidad de la atención de salud; y (xi) mediciones antropométricas (peso y altura) en niños menores de 5 años.

Como se puede apreciar en el Cuadro 1, en ambos estudios se examinaron las mismas categorías de atención de salud (por ejemplo, enfermedades infantiles, estado nutricional) pero difirieron en términos de las dimensiones de desempeño que fueron evaluadas. Más aún, ambos estudios tuvieron que enfrentar varios desafíos metodológicos para evaluar el impacto de las ONG, tales como:

- Falta de información básica en El Salvador. En Nicaragua, el Plan Detallado de Implementación (PDI), disponible para la ONG, contenía muy pocos datos básicos.
- Un período de ejecución relativamente breve de las intervenciones de la ONG, lo que puede afectar negativamente los resultados. La ONG en Nicaragua operaba en las comunidades en cuestión desde hacía 12 a 18 meses; en El Salvador, las ONG objeto de estudio operaban desde sólo 6 meses. El impacto de las intervenciones de la ONG, ya sea positivo o negativo, puede resultar menos claro si se efectúa una evaluación en etapas preliminares de su intervención.
- En Nicaragua, el énfasis puesto por la ONG en la capacitación y en la puesta en marcha de nuevos sistemas durante el primer año puede que haya alejado a los proveedores del MDS de su función principal, incidiendo negativamente en los resultados.
- Dificultad en encontrar los grupos de control apropiados. En Nicaragua, fue una ardua tarea identificar los grupos de control que cumplieran con dos condiciones necesarias: estar situados en las proximidades de los lugares de intervención y ser similares en términos socioeconómicos a las comunidades que contaban con asistencia de la ONG.
- Dificultad para separar el impacto de otros factores exógenos. Resulta complejo establecer las relaciones de causalidad en la medida que el desempeño del sistema de salud está influenciado por múltiples factores cuyo impacto muchas veces es difícil aislar. Los resultados dependen de muchas otras variables ajenas a la intervención del programa. Por ejemplo, las diferencias en el estado de salud entre las áreas de intervención y las áreas de control pueden explicarse más bien por diferencias en pobreza que por la existencia de un esquema de contratación.
- Dificultad para obtener los costos de implementación en Nicaragua.

CUADRO 1: DISEÑO DEL ESTUDIO SOBRE NICARAGUA Y EL SALVADOR

	NICARAGUA	EL SALVADOR
Planos analíticos y tamaño de la muestra	<ul style="list-style-type: none"> • Con asistencia de ONG y prestación gubernamental: 8 comunidades, 467 hogares • Sin asistencia de ONG/sólo prestación gubernamental: 13 comunidades, 534 hogares 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotor de salud de ONG y equipo móvil de salud: 9 comunidades y 330 hogares • Promotor gubernamental: 9 comunidades y 335 hogares • Sin promotor: 8 comunidades y 335 hogares
Dimensiones de desempeño	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de servicios de salud • Percepciones respecto de la calidad • Costo de la prestación para el pagador • Estado de salud (medidas antropométricas en niños) • Dominio sobre prácticas de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de servicios de salud • Percepciones respecto de la calidad • Costo de la prestación para el pagador • Eficiencia
Categorías de servicio de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades infantiles: infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) • Nutrición • Inmunizaciones infantiles • Planificación familiar • Atención prenatal • Partos 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades infantiles (IRA y EDA) • Nutrición • Inmunizaciones infantiles • Planificación familiar • Atención prenatal • Partos
Limitaciones metodológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Información de base limitada disponible a través del PDI del proyecto • Período breve de intervención: entre 12 y 18 meses • Presencia de factores exógenos (el impacto de los factores exógenos se evaluó econométricamente) • Los datos provenientes de la encuesta nacional de hogares no pueden dar cuenta de esta intervención a nivel de los SILAIS y de los centros de salud. • Sólo es aplicable a ONG cuya situación permita la observación de determinados controles, lo que vuelve compleja la selección de grupos de control. • Dificultad para obtener información sobre costos 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay datos básicos • Período breve de intervención: 6 meses • Presencia de factores exógenos • Necesidad de seleccionar dos grupos de control, uno con prestaciones de promotores públicos, y otro sin cobertura de promotores.

4. ANTECEDENTES ACERCA DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y LOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

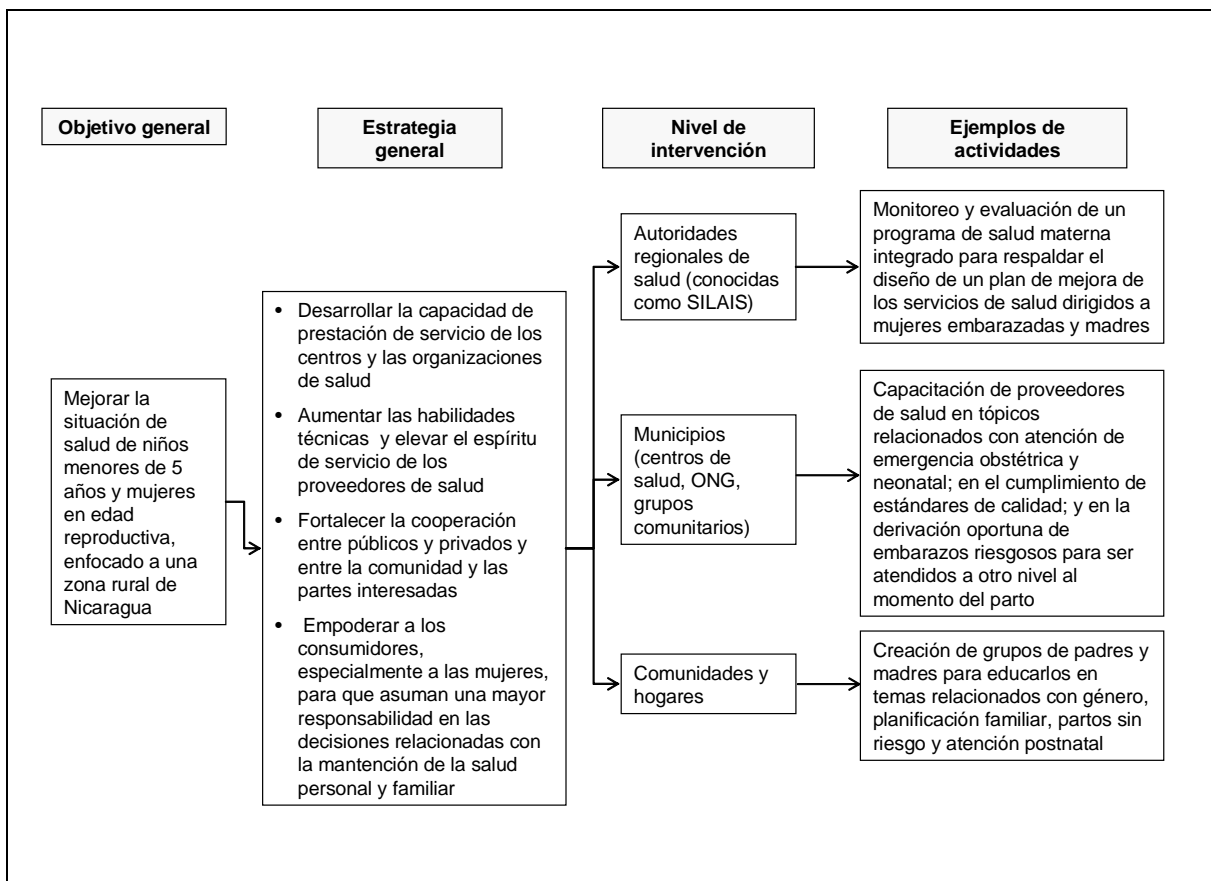
4.1 NICARAGUA

4.1.1 Sistema de salud

En Nicaragua, Bitrán y Muñoz (2004) compararon indicadores básicos de salud (utilización de los servicios de atención de salud, estado de la salud y calidad de la atención de salud) en el área de influencia de una ONG donde ésta brinda asistencia en la prestación de los servicios de salud gubernamentales con los indicadores de aquellas comunidades que no cuenta con similar asistencia por parte de la ONG en la prestación gubernamental de servicios de salud.

El objetivo de la ONG era mejorar el estado de salud de la población infantil y de las mujeres en edad reproductiva mediante el fortalecimiento de la capacidad de los centros de salud locales y la educación de los consumidores, particularmente las mujeres, para que asuman una mayor responsabilidad en las decisiones que conciernen el cuidado de la salud personal y familiar (véase la Figura 1). El programa estaba dirigido a más de 60.000 niños menores de 5 años y a más de 70.000 mujeres en edad reproductiva. La ONG fue contratada a través de un proyecto de salud financiado por un donante internacional y operaba a tres niveles a través de las intervenciones de sus promotores de salud y otros actores especialmente capacitados para este efecto. A nivel de los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud), brindó asistencia técnica para ayudar a fortalecer la capacidad de planificación y de MyE de los SILAIS. A nivel municipal, capacitó y apoyó la labor desarrollada por los proveedores estatales de salud en los centros de salud ambulatoria. A nivel comunitario, destinó PS que educaron a las personas en prácticas saludables.

FIGURA 1 NICARAGUA: OBJETIVOS Y ESTRATEGIA DE UNA ONG QUE BRINDA ASISTENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

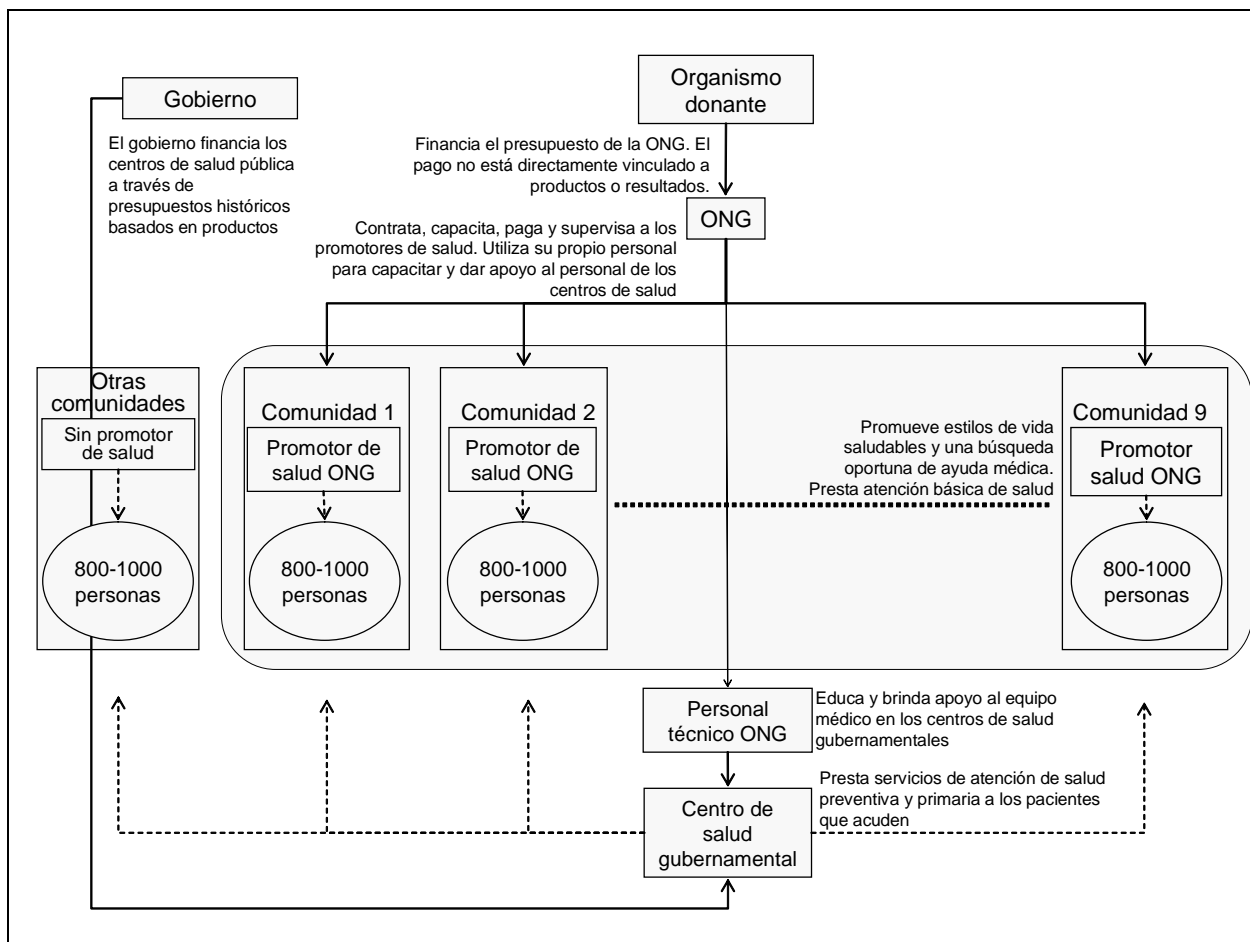


Fuente: Elaborado por los autores, sobre la base de información proveniente del proyecto de la ONG y contenida en su PDI

El organismo cooperante financió el presupuesto de la ONG y no vinculó directa o explícitamente el desempeño de la ONG con dicho financiamiento. La ONG realizó una evaluación de base en la que midió determinados indicadores de estado de salud y de utilización de salud. Sin embargo, estas mediciones básicas fueron realizadas a nivel departamental y abarcaron prácticamente la totalidad de las casi 800 comunidades en los departamentos, en lugar de centrarse en las aproximadamente 80 comunidades que la ONG debía apoyar.

En la figura 2 se muestra el esquema de asistencia de una ONG que opera en un departamento de Nicaragua.

FIGURA 2. NICARAGUA: ASISTENCIA DE LA ONG EN LA PRESTACIÓN PÚBLICA DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL COMUNITARIO Y DE CENTRO DE SALUD



Fuente: Elaborado por los autores, sobre la base de información proveniente del proyecto de la ONG y contenida en su PDI.

4.1.2 Métodos de investigación

La evaluación emprendida por PHRplus se llevó a cabo en un municipio en el que la ONG brindaba asistencia a 9 de las 120 comunidades existentes. Los autores no pudieron averiguar con la ONG cuáles habían sido los criterios para seleccionar estas 9 comunidades. Estas últimas abarcaban aproximadamente 900 hogares, de los cuáles PHRplus seleccionó 493, al azar. En las 111 comunidades que no contaban con asistencia de la ONG, PHRplus seleccionó aleatoriamente 12 comunidades y, dentro de ellas, 500 hogares. PHRplus diseñó un modelo de cuestionario orientado a los hogares. Posteriormente contrató y capacitó a una empresa local de estudios de mercado, que puso a prueba y perfeccionó el cuestionario y posteriormente lo presentó a 993 hogares.

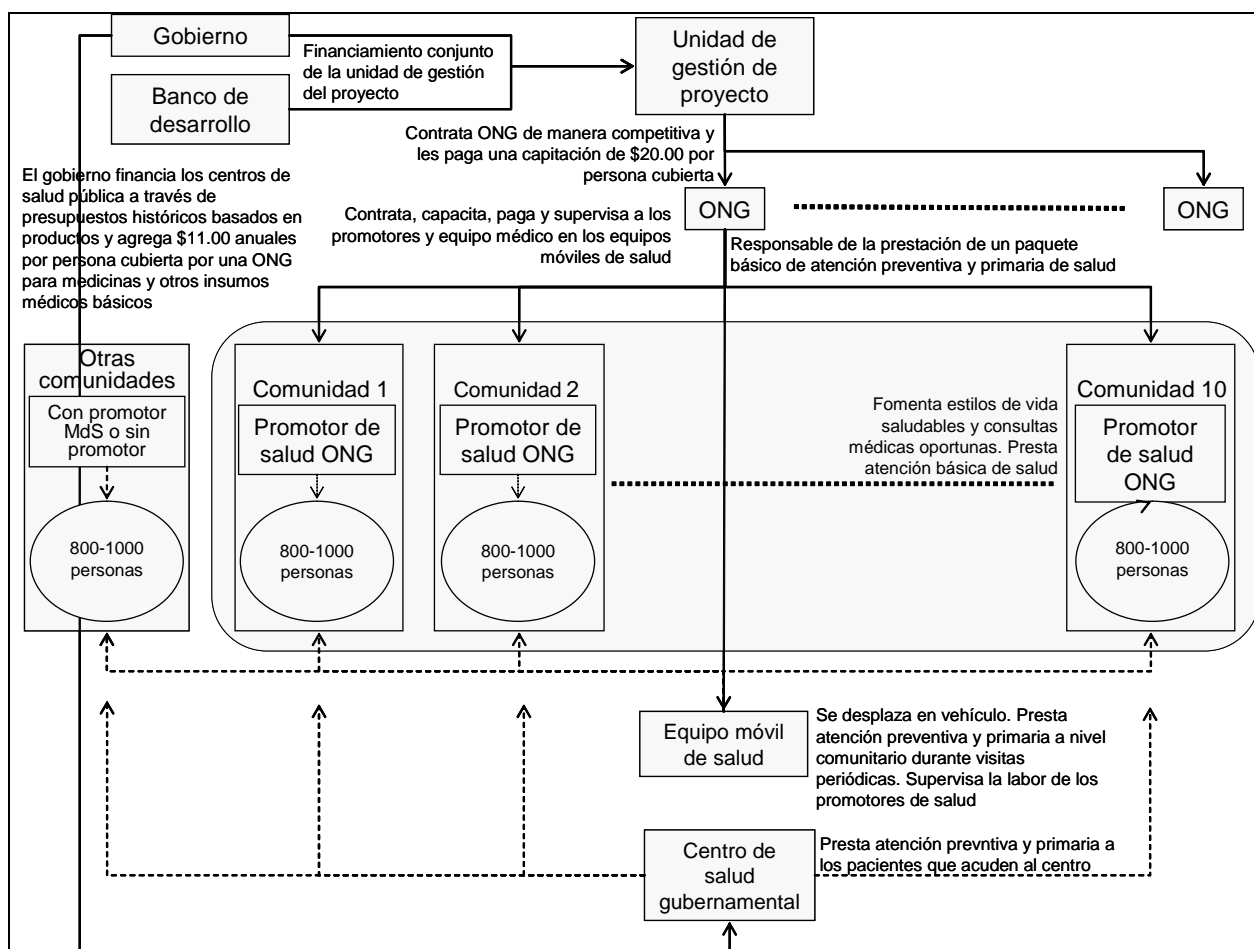
4.2 EL SALVADOR

4.2.1 Sistema de salud

En El Salvador, Maceira (2004) evaluó el desempeño relativo de 4 ONG abocadas a prestar un paquete de servicios de salud preventiva y primaria (véase la Figura 3). Estas ONG fueron contratadas a través de un proceso de licitación llevado a cabo por la unidad de gestión (UGP) de un proyecto de salud bilateral financiado por el gobierno de El Salvador y un banco internacional de desarrollo. Como se aprecia en la figura, las ONG fueron contratadas para ejecutar un modelo de atención de salud que combina las intervenciones de PS a nivel comunitario con un EMS compuesto por un médico, una enfermera y un nutricionista. Los PS y los EMS funcionan dentro del área de influencia de un centro de salud gubernamental. A cada PS se le asigna una población de entre 800 y 1.000 personas, mientras que los EMS y los centros de salud abarcan una población de 8.000 a 10.000 personas. Esto significa que, en promedio, 10 promotores y un EMS operan dentro del área de influencia de cada centro de salud gubernamental. Las ONG contratan, capacitan y remuneran a los PS y a los miembros de los EMS. La UGP le paga a cada ONG una capitación de 20 dólares al año, por persona cubierta. Adicionalmente, el gobierno, a través del Ministerio de Salud (MSPAS), aporta a las ONGs 11 dólares adicionales al año por persona cubierta en concepto de medicamentos e insumos.

Las ONG contratadas mediante este mecanismo deben presentar un informe mensual a la UGP en el que figuren los tipos y volúmenes de atención de salud prestados y las actividades de promoción de la salud realizadas. La UGP, por su parte, tiene como función comprobar que esta información se ajuste a ciertas metas mínimas de prestación de salud. Cada mes, la UGP le paga a las ONG contratadas el 90%, equivalentes a 18 dólares, de los 20 dólares correspondientes al monto por capitación. El 10% restante es retenido hasta el final del primer año de contrato y pagado una vez que se ha verificado que la ONG ha cumplido con las metas acordadas. Al momento de realizarse esta evaluación, el proyecto llevaba sólo seis meses operando, por lo que aún no se había realizado una evaluación anual de desempeño. Por otra parte, la UGP no había recopilado datos básicos previos a la subcontratación de la ONG, lo que hacía más compleja la evaluación de impacto.

FIGURA 3 EL SALVADOR: ESQUEMA DE SUBCONTRATACIÓN CON ONG



Fuente: Elaborado por los autores, sobre la base de información proveniente del proyecto de la ONG y contenida en su PDI

En El Salvador, los PS no son algo exclusivo de las ONG. De hecho, a inicio de los años ochenta, el gobierno de El Salvador, con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, y a través de su Ministerio de Salud, puso en práctica la política de contratar, capacitar y destinar PS a las comunidades rurales a lo largo del país. Estos promotores tenían como función educar en materias relacionadas con la salud a los integrantes de dichas comunidades y motivarlos para que hicieran uso, de manera oportuna, de la atención de salud preventiva y curativa disponible. Actualmente existen 1.600 PS financiados por el MdS y repartidos por todo el país. Aun así, los PS públicos existentes, pese a ser numerosos, no alcanzan a cubrir todas las comunidades rurales del país. En efecto, la mayoría de las comunidades rurales aún carecen de PS.

4.2.2 Métodos de investigación

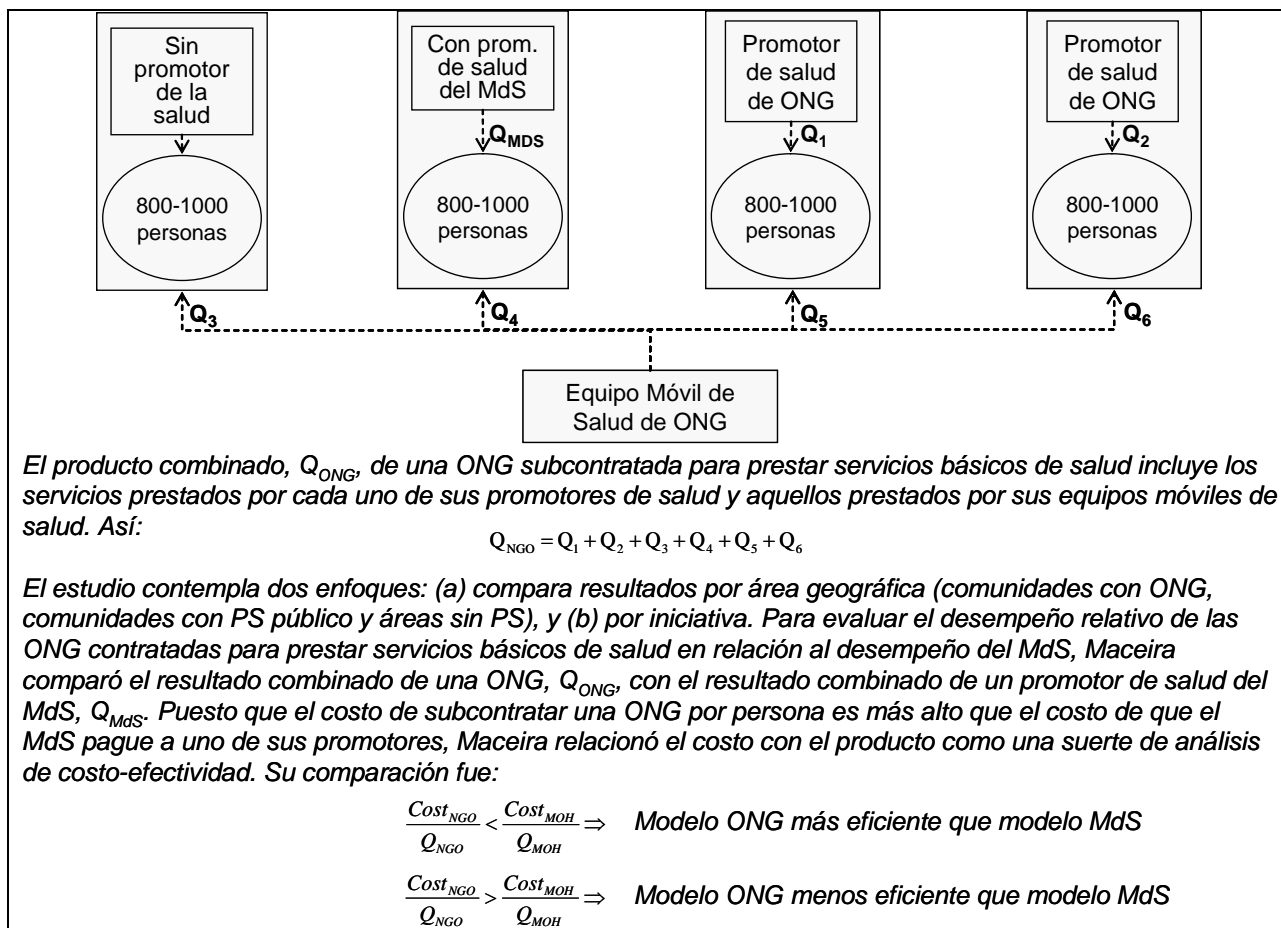
Considerando que no todas las comunidades disponen de un PS y que algunos promotores son empleados del MdS mientras que otros trabajan para una ONG, a los efectos de esta investigación, Maceira subdividió a las comunidades rurales en tres grupos: (1) comunidades con un PS contratado por una ONG; (2) comunidades con un PS contratado por el MdS; y (3) comunidades sin PS.

La evaluación del impacto de la intervención de la ONG fue una tarea compleja en El Salvador porque los EMS no operan sólo en las comunidades donde se desempeñaba desempeñan los PS contratados por las ONG. Por el contrario, como lo indica la figura anterior, los EMS tenían como misión atender a todos los pacientes, incluidos aquellos que vivieran fuera de las comunidades donde operaba un PS contratado por una ONG. Por este motivo, para medir el desempeño de una ONG contratada por el gobierno, Maceira consideró de manera conjunta las actividades realizadas por sus PS y sus EMS (véase la Figura 4).

Adicionalmente, Maceira también procuró desarrollar un análisis de costo-efectividad modificado para determinar cuál modelo de prestación –el PS contratado por el MdS o el PS contratado por la ONG, en combinación con el EMS– resultaba más atractivo en términos económicos. Para ello midió el costo de cada uno de los modelos de prestación y luego comparó la relación costo-producto entre ambos modelos.¹

¹El análisis considera como producto a la suma de casos atendidos por tipo de intervención tanto por área geográfica como por iniciativa. Una hipótesis clave es que la calidad técnica de ambos modelos –ONG y MdS– es pareja y, por ende, su efecto sobre la salud de los pacientes es equivalente

FIGURA 4 EL SALVADOR: MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS DE MODELOS DE SALUD BASADOS EN PROMOTORES DE ONG Y DEL MdS Y ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD



Como se aprecia en el cuadro 2, una comparación entre los tipos de subcontratación en El Salvador y Nicaragua indica que las estrategias y el marco general de ejecución es muy diferente en ambos casos, aun cuando ambos proyectos tienen como objetivo mejorar el estado de salud de las personas en situación de vulnerabilidad social.

CUADRO 2 METAS Y ESTRATEGIA DE LAS ONG EN NICARAGUA Y EL SALVADOR

	ONG EN NICARAGUA	ONG EN EL SALVADOR
Objetivo general	Mejorar el estado de salud de los menores y las madres en edad reproductiva en comunidades rurales (incluidas las plantaciones de café)	Mejorar el estado de salud de la población rural e indígena
Estrategia principal	Capacitación de proveedores locales y educación de los proveedores ubicados en las comunidades	Prestación de un paquete básico a través de un equipo móvil de salud y de un PS establecido a nivel local
Remuneración de la ONG	Presupuesto regular	En función del desempeño, bonos en función de resultados
Relación con las autoridades de salud locales y nacionales	Cooperación externa con interacción limitada	Relación contractual entre la Autoridad de Salud y las ONG

5. DATOS EMPÍRICOS ACERCA DE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE LAS ONG

5.1 NICARAGUA

Se inició el estudio examinando factores ajenos a la intervención de la ONG, que podrían influir en los resultados de las encuestas. Como ya se señaló, un análisis sobre el desempeño relativo del sistema de salud en términos de intervenciones podría verse limitado por la influencia poco clara de factores claramente exógenos a dichas intervenciones. Estos incluyen, entre otros, la situación socioeconómica de los hogares y su acceso a servicios básicos. Por ello, antes de evaluar las diferencias, en términos de desempeño, del sistema de salud, Bitrán y Muñoz (2004) compararon la situación socioeconómica y el acceso a servicios básicos entre los hogares que contaban y los que no contaban con apoyo de la ONG.

Como se aprecia en el Cuadro 3, la pobreza era generalizada en el municipio objeto de este estudio, pero las comunidades que contaban con asistencia de la ONG eran relativamente más pobres. Esta conclusión se desprende de un análisis del índice socioeconómico (ISE)², del ingreso y del consumo de los hogares. El ISE promedio en las comunidades sin asistencia de la ONG era equivalente a 34.9 de un máximo de 100. Las comunidades con asistencia de la ONG tenían un ISE de 32.7 o sea 2.2 puntos menos que las comunidades sin dicha asistencia. La diferencia, aun cuando modesta en términos de magnitud, era estadísticamente significativa. Las comunidades que contaban con asistencia de la ONG tenían una “clase media” relativamente más importante, según lo que se deduce de la distribución del ISE por terciles. El ingreso promedio per cápita de los hogares era significativamente diferente entre los dos grupos, siendo aproximadamente un 11% más elevado en las comunidades sin asistencia de la ONG. Exceptuando el gasto correspondiente a pago de dividendos o de arriendos, el gasto mensual per cápita en todas las categorías restantes era más elevado en las comunidades sin asistencia de la ONG.

² Para determinar un ISE, los autores asignaron un puntaje a cada hogar en función de varias características socioeconómicas, como son la educación y el uso de la salud en los hogares, el tipo de construcción de la vivienda, la disponibilidad de servicios en el hogar y la propiedad de determinados bienes, incluidos uno o más vehículos.

CUADRO 3 NICARAGUA: ÍNDICE SOCIOECONÓMICO, INGRESO Y GASTOS DE CONSUMO EN COMUNIDADES CON Y SIN ASISTENCIA DE LA ONG

	ÍNDICE SOCIOECONÓMICO (ISE) PROMEDIO		DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES SEGÚN LOS TERCILES DEL ISE				INGRESO MENSUAL PER CÁPITA DE LOS HOGARES POR TERCILES DEL ISE (EN CÓRDOBAS ^a)				GASTO MENSUAL PER CÁPITA DE LOS HOGARES POR CATEGORÍA (EN CÓRDOBAS ^a)								
	N	ISE	1	2	3	Total	1	2	3	Total	Alimentos	Arriendo o dividendo	Educación	Ropa	Pago de deudas	Total			
Con asistencia de ONG	467	32.7	33.0	40.7	26.3	100.0	125.7	152.1	168.7	147.9	109.6	29.2	27.7	49.0	240.1	164.4			
Sin asistencia de ONG	534	34.9	32.8	29.8	37.5	100.0	121.8	147.0	213.8	163.6	115.9	21.3	34.0	55.2	268.1	168.9			
Diferencia		-2.2	***	0.2	10.9	11.1	+++	3.9	5.1	-45.1	**	-15.7	*	-6.3	7.9	-6.2	-6.2	-28.0	-4.5
Total	1,001	33.9	32.9	34.9	32.3	100.0	123.6	149.7	196.7	156.4	113.0	24.8	31.1	52.2	253.3	166.8			

Diferencias en medios: *: significativa al 90%; **: significativa al 95%; ***: significativa al 99%.

Diferencias en distribuciones: +: significativa al 90%; ++: significativa al 95%; +++: significativa al 99%.

a. El córdoba (C\$) es la moneda nacional de Nicaragua. Al momento de este estudio la tasa de cambio era de aproximadamente US\$1.00 = C\$16.00.

Como se aprecia en el cuadro 4, el acceso a servicios básicos también era más limitado en las comunidades con asistencia de la ONG. Mientras 5.4% de los hogares en las comunidades sin asistencia de la ONG tenía conexión eléctrica, sólo 0.2% de los hogares con asistencia de la ONG disponían de este servicio. Asimismo, las comunidades, que contaban con asistencia de la ONG dependían en mayor medida del agua de lluvia que del suministro público de agua para satisfacer sus necesidades. La disponibilidad de instalaciones para el aseo personal era baja en ambos grupos, pero en la comunidades con asistencia de la ONG 60.6% de los hogares carecían de este servicio, en comparación con sólo 45.5% en comunidades sin este apoyo.

CUADRO 4 NICARAGUA: ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS PARA COMUNIDADES CON Y SIN ASISTENCIA DE LA ONG

	N	Hogares sin electricidad (%)	Fuente de agua potable en los hogares				Disponibilidad de baño en los hogares					
			Suministro dentro de las casas	Suministro público	Agua de lluvia	Total	Privado	Compartido	Letrina o pozo séptico	Sin baño	Total	
Asistencia de ONG												
Con asistencia de ONG	467	0.2	13.5	37.8	48.6	100.0	0.4	0.2	38.8	60.6	100.0	
Sin asistencia de ONG	533	5.4	36.2	35.1	28.7	100.0	0.0	0.0	54.5	45.5	100.0	
Diferencia		-5.2	***	-22.7	2.8	19.9	+++	0.4	0.2	-15.7	15.1	+++
Total	1,000	3.0	25.7	36.4	38.0	100.0	0.2	0.1	47.2	52.5	100.0	

Fuente: Bitrán y Muñoz 2004.

Diferencias en medios: *: significativa al 90%; **: significativa al 95%; ***: significativa al 99%.

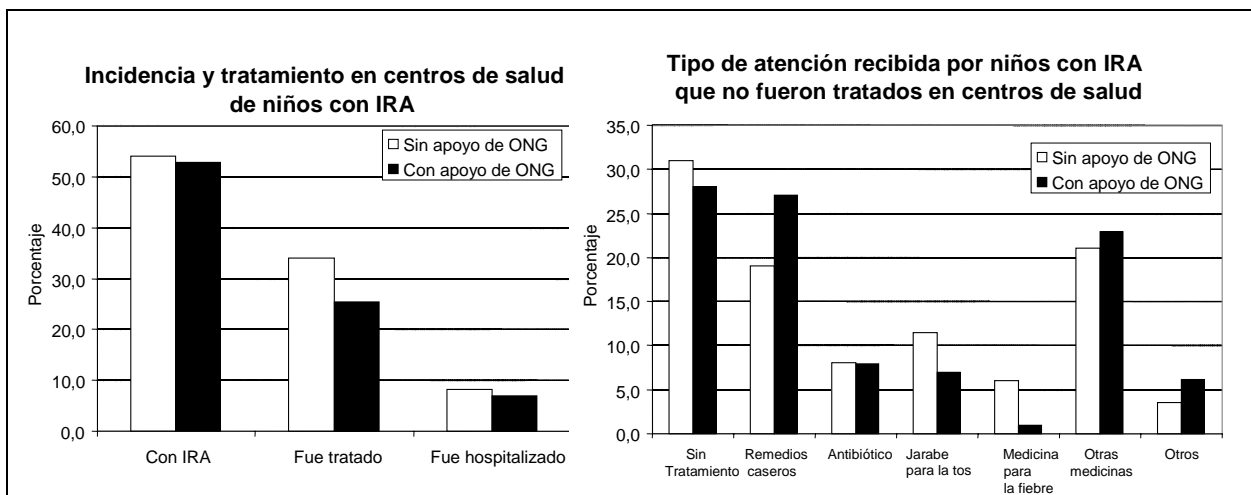
Diferencias en distribuciones: +: significativa al 90%; ++: significativa al 95%; +++: significativa al 99%.

El mayor índice de pobreza percibido en las comunidades que contaban con apoyo de la ONG sugiere que tenían una peor situación de salud antes de esta asistencia. Puesto que existe un vínculo cercano entre pobreza y situación de salud –allí donde hay más pobreza usualmente hay una peor situación de salud– es razonable asumir que, previo a la llegada de la ONG, las comunidades que se transformarían en sus beneficiarias presentaban una peor situación de salud que las restantes comunidades, menos pobres y no seleccionadas por la ONG.

La ONG objeto de este estudio se planteó los siguientes objetivos en su PDI, en orden descendente de importancia: mejorar la calidad de los servicios de atención materno-infantil en los centros de salud gubernamentales; mejorar la calidad de la atención de salud para los niños con enfermedades diarreicas; mejorar el estado nutricional de los niños menores de 5 años; reforzar las prácticas de amamantamiento; brindar mejor tratamiento a los niños menores de 5 años que padecen de neumonía; aumentar el espaciamiento de los embarazos en mujeres con hijos menores de 2 años; y reforzar la prevención del VIH/SIDA. A continuación se presenta una comparación de resultados, expresada en indicadores escogidos específicamente para que correspondan a los objetivos de la ONG. Los indicadores se refieren al estado de salud, utilización de los servicios de salud y percepción de calidad de los servicios de salud, entre las comunidades con y sin asistencia de la ONG. No hay mediciones básicas (pre-intervención) de indicadores de estos objetivos para las comunidades con y sin asistencia. Dada su situación socioeconómica similarmente vulnerable que, a su vez, redundaba en una situación de salud igualmente precaria, los datos básicos (desconocidos) de ambos conjuntos de comunidades probablemente eran similares, con resultados levemente peores en las comunidades asistidas por la ONG. Se podría hablar de resultados claramente positivos en el caso de la intervención de la ONG si los indicadores posteriores a su intervención fueran mejores o iguales a los de las comunidades de control. Si los indicadores relativos a las comunidades con asistencia fueran peores que los de las comunidades de control, los resultados deberían considerarse tentativos, ya que podrían interpretarse como un proceso de mejoría aún en ciernes respecto de la brecha existente entre, por una parte, la situación previa a la intervención y la situación posterior en las comunidades con asistencia de la ONG y las comunidades de control. Ahora bien, si tras la intervención de la ONG se comprobaba la existencia de una amplia brecha entre ambos grupos, ello resultaría preocupante ya que significaría que no se están logrando los resultados esperados.

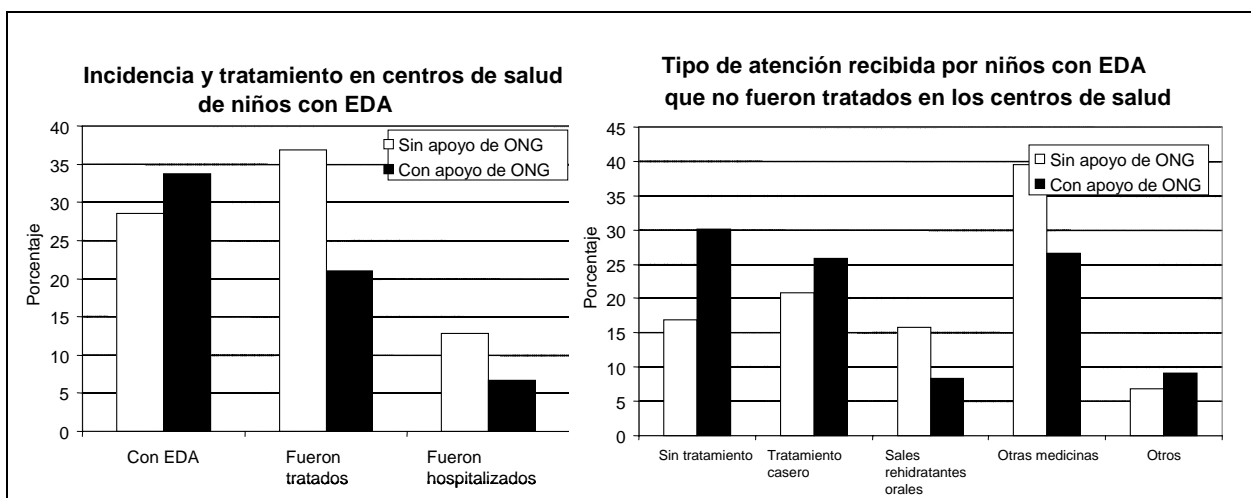
La incidencia de las infecciones respiratorias superiores (IRS) fue estadísticamente insignificante. Por el contrario, el porcentaje de niños que recibieron tratamiento en un centro de salud era considerablemente más elevado en las comunidades sin asistencia de la ONG (cuadrante izquierdo de la figura 5). También se apreciaban diferencias significativas en la distribución de las acciones terapéuticas emprendidas por padres con niños que padecían de IRS y que no los llevaron a centros de salud (cuadrante derecho de la figura 5).

FIGURA 5 NICARAGUA: INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



La incidencia de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de 5 años era considerablemente más elevada en las comunidades que contaban con asistencia de la ONG, y esta diferencia era estadísticamente significativa (véase el cuadrante izquierdo de la figura 6). Más aún, el porcentaje de niños con EDA que recibieron atención en los centros de salud era considerablemente más elevado en las comunidades donde la ONG no estaba presente, y este margen era estadísticamente significativo (véase igualmente el cuadrante izquierdo de la Figura 6). Las acciones terapéuticas emprendidas por los padres de niños con EDA que no fueron llevados a centros de salud también diferían en sus distribuciones (véase el cuadrante derecho de la figura 6).

FIGURA 6 NICARAGUA: INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



En resumen, los datos relativos a las enfermedades respiratorias y diarreicas agudas son adversos para las comunidades asistidas por la ONG. Se pueden extraer varias conclusiones de lo anterior: (1) las diferencias eran incluso mayores antes de la llegada de la ONG; (2) las iniciativas emprendidas por la ONG para reducir esta brecha han sido hasta el momento insuficientes; y (3) las actividades de

asistencia de la ONG parecen haber tenido un efecto negativo en los primeros meses porque los proveedores han estado abocados a su capacitación y los sistemas están en fase de puesta en marcha; o (4) simplemente, la ONG aún no está ayudando a mejorar el desempeño del sistema de salud en las comunidades que tiene a su cargo.

Otros indicadores de desempeño examinados en este estudio fueron adversos en la zona asistida por la ONG, como se aprecia en el cuadro 5. El porcentaje de niños menores de 5 años que estaban completamente inmunizados al momento de la encuesta era un tercio más elevado en las comunidades no asistidas que en las comunidades asistidas. Asimismo, la prevalencia de métodos anticonceptivos era más de un 50% elevada en las comunidades no asistidas. Finalmente, el uso de servicios de atención prenatal y los partos en institución también eran muchos más elevados en las comunidades no asistidas

CUADRO 5 NICARAGUA: RESUMEN DE RESULTADOS (PORCENTAJE)

	SIN ASISTENCIA DE ONG (CONTROL)	CON ASISTENCIA DE ONG	IMPACTO DE LA ASISTENCIA DE LA ONG (CON ONG VERSUS CONTROL)	
			DIFERENCIA ABSOLUTA	TIPO DE IMPACTO
Atención curativa para niños Niños con EDA que recibieron atención	37	21	-16	Negativo
Niños con IRA que recibieron atención	34	25	-9	Negativo
Inmunizaciones infantiles Niños entre 18 y 29 meses completamente inmunizados	65	48	-16	Negativo
Nutrición infantil Niños entre 6 y 59 meses que recibieron vitamina A, en los últimos 6 meses	43	44	1	Estadísticamente no significativo
Niños entre 6 y 59 meses que tuvieron control de peso en los últimos 6 meses	23	20	-3	Estadísticamente no significativo
Planificación familiar Mujeres que usan métodos anticonceptivos	46	29	-16	Negativo
Atención prenatal Mujeres embarazadas con uno o más controles prenatales	84	74	-10.	Negativo
Parto Mujeres con parto en institución	40	27	-13	Negativo

Puesto que el desempeño de una intervención de salud está determinado por múltiples factores, Bitrán y Muñoz estimaron cuatro modelos econométricos (una para cada uno de los cuatro indicadores de desempeño seleccionados) con el fin de medir el efecto por separado de cada uno de estos factores, incluida la presencia o ausencia de la ONG. En el cuadro 6 se presentan los resultados de este ejercicio, referidos específicamente al conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres en edad reproductiva. Exceptuando el gasto en educación, todas las restantes variables eran

CUADRO 6 NICARAGUA: DETERMINANTES EN EL DOMINIO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ESTIMACIÓN ECONOMÉTRICA				
REGRESIÓN SIMPLE POR MÍNIMOS CUADRADOS (R² = 13.9%)				
	COEFICIENTES (B_i)	ERROR ESTÁNDAR	T	SIGNIFICANCIA
Variable dependiente (Y): Número de métodos anticonceptivos conocidos				
Variables independientes (Xi)				
0: Constante	0.453	0.245	1.847	0.065
1: Con asistencia de ONG (ficticia)	-0.453	0.124	-3.641	0.000
2: Número de miembros del hogar que son letrados	0.335	0.183	1.837	0.067
3: Índice socioeconómico (ISE)	0.037	0.007	5.638	0.000
4: Gasto per cápita en educación	0.003	0.003	0.967	0.334
5: Comunidad concentrada (ficticia)	0.845	0.125	6.779	0.000

estadísticamente significativas al 90%. La alfabetización del hogar, un mayor ISE y la concentración geográfica de la comunidad son todas variables que tienen un efecto positivo en la familiarización con los métodos anticonceptivos. Ahora bien, si se omiten estos factores, la actividad asistencial de la ONG parece haber tenido, en el corto plazo un efecto negativo sobre este proceso de familiarización.

Bitrán y Muñoz se valieron de sus resultados econométricos que aparecen en el cuadro anterior para simular el efecto incremental de la asistencia de la ONG. Los resultados de este ejercicio figuran en el cuadro 7. En la columna (a) el modelo es evaluado con los valores promedio de las variables independientes medidas en las comunidades que no cuentan con asistencia de las ONG. El valor de la variable dependiente es 2.4, lo que significa que en promedio las mujeres conocen 2.4 métodos anticonceptivos en las comunidades sin asistencia de ONG. En la columna (b) el modelo es evaluado según valores promedio observados en las comunidades que cuentan con asistencia y que operan con la ONG. El supuesto conocimiento de métodos anticonceptivos es equivalente a 2.0, o aproximadamente un quinto inferior que en la simulación (a). En la columna (c) el modelo es evaluado para la totalidad de la población en comunidades con y sin asistencia de la ONG, con un conocimiento promedio de 2.2 métodos anticonceptivos. En la columna (d), se utilizaron las variables que caracterizan a las

CUADRO 7 NICARAGUA: DETERMINANTES EN EL DOMINIO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR : SIMULACIONES				
SIMULACIÓN				
	(A) SIN ASISTEN- CIA DE ONG	(B) CON ASISTEN - CIA DE ONG	(C) TOTAL	(D) COMUNI- DADES DE CONTROL ASISTIDAS POR ONG
Variable dependiente (Y): Número de métodos anticonceptivos conocidos	2.4	2.0	2.2	1.9
Variables independientes (Xi)				
0: Constante				
1: Con asistencia de ONG (ficticia)	0.0	1.0	0.4	1.0
2: Número de miembros del hogar que son letrados	0.9	0.8	0.9	0.9
3: Índice socioeconómico (ISE)	35.3	32.7	34.2	35.3
4: Gasto per cápita en educación	9.4	7.4	8.6	9.4
5: Comunidad concentrada (ficticia)	0.4	0.6	0.5	0.4

comunidades sin asistencia de la ONG para simular qué sucedería si recibieran asistencia de la ONG. El resultado es que el conocimiento promedio de métodos anticonceptivos disminuiría de 2.4 en la columna (a) a 1.9. Todos los resultados del estudio tomados conjuntamente no permiten concluir de manera fehaciente que la asistencia de la ONG ha tenido un impacto positivo respecto de los objetivos declarados (en general, las comunidades con apoyo tienen peores resultados que las comunidades de control). Más aún, la diferencia muchas veces importante en el valor de los indicadores relativos a las comunidades asistidas y las comunidades de control indica, pero no de manera taxativa, que las intervenciones no han sido exitosas.

5.2 EL SALVADOR

En El Salvador, Maceira (2004) comparó las estadísticas sobre utilización y cobertura de los servicios de salud en los tres tipos de comunidades incluidos en este estudio: con PS de la ONG, con PS público y sin PS.

Al igual que en el caso de Nicaragua, es importante, inicialmente, determinar si existen diferencias en las características socioeconómicas de los hogares en los tres grupos de estudio definidos por Maceira. En el Cuadro 8 se presentan cifras resumidas por grupo, referidas a determinados datos

demográficos y socioeconómicos. Como se puede apreciar, los hogares pertenecientes al grupo que cuenta con la presencia de un PS de ONG son más pequeños en tamaño total y tienen menos niños menores de 5 años que los otros dos grupos de referencia. El índice de analfabetismo en el grupo que cuenta con PS de ONG es también el más bajo de los tres grupos. Adicionalmente, la disponibilidad de servicios públicos y la calidad de las viviendas es superior en este primer grupo. Finalmente, el gasto mensual promedio de los hogares es el más elevado, y la diferencia con los dos otros grupos es considerable. En suma, en las localidades de El Salvador en las que se desarrolló este estudio, los hogares que cuentan con la presencia de un PS de ONG tienen una mejor situación socioeconómica que los dos otros grupos. Este resultado es opuesto al de Nicaragua, si se toma un escenario equivalente. Sin embargo, para el caso de hogares dirigidos por mujeres, hogares sin suelos adecuados y hogares sin suministro de agua apropiado y mujeres embarazadas entre 13 y 18 años, las diferencias observadas no resultan significativas estadísticamente entre las comunidades con presencia de PS ONG y aquellas que no cuentan con presencia de PS. Para el caso de hogares sin alcantarillado adecuado y mujeres embarazadas, la diferencia observada respecto de comunidades con presencia de PS públicos tampoco resulta estadísticamente significativa.

CUADRO 8 EL SALVADOR: SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA DE HOGARES CON Y SIN ASISTENCIA DE ONG

VARIABLE	PROMOTOR DE SALUD DE ONG	PROMOTOR DE SALUD PÚBLICA	SIN PROMOTOR DE SALUD	TOTAL
Tamaño promedio del hogar	5.18	5.36	5.49	5.35
Número promedio de niños por hogar	2.99	3.56	3.5	3.35
Hogares dirigidos por mujeres (%)	23.80	20.30	22.39	22.16
Mujeres embarazadas de entre 13 y 18 años (%)	14.29	11.76	17.86	15.15
Población analfabeta mayor de 6 años (%)	24.79	34.18	28.81	29.28
Población sin ninguna educación (%)	46.61	61.07	61.72	56.48
Hogares sin muros adecuados (%)	44.51	68.29	50.76	54.53
Hogares sin suelos adecuados (%)	73.17	85.67	74.92	77.92
Hogares con alcantarillado inadecuado (%)	84.76	85.37	90.83	86.98
Hogares sin suministro de agua adecuado (%)	10.98	15.85	9.17	12.00
Gasto promedio del hogar (\$)	130.25	103.97	111.63	115.71

El resultado anterior es clave por dos motivos. En primer lugar, pareciera contradecir los principios de política esgrimidos en el programa que proponían centrar la atención de las ONG en las comunidades más pobres. En segundo lugar, la mejor situación socioeconómica de las comunidades asistidas por las ONG podría implicar una más favorable situación de salud de estos grupos, incluso antes de la llegada de las ONG. La evaluación del programa tuvo que tomar en cuenta estos aspectos a fin de evitar un análisis sesgado de sus resultados.

En el cuadro 9 se compara el desempeño del sistema de salud en los tres grupos. Es importante recordar que en estas comunidades operan varios proveedores de salud y que, por ende, las cifras referidas al uso de servicios o cobertura de salud corresponden a la suma de todos estos proveedores, dentro de los cuales se encuentran PS públicos o de alguna ONG.

Como se aprecia en el cuadro 9, las cifras sobre utilización y cobertura varían según el tipo de comparación que se hace y la variable de desempeño que se escoge. Por ejemplo, cuando se compara las comunidades con PS de ONG y las comunidades con PS público (véase “Comparación 1” en el cuadro 9), las primeras tienen un mejor desempeño en cuanto a atención curativa para niños con EDA e IRA, para consultas sobre planificación familiar y para uso de partos institucionales. Cuando se comparan comunidades con PS de ONG con comunidades sin ningún tipo de PS, las primeras tienen un mejor desempeño en 7 de 8 indicadores de desempeño. En términos generales, las comunidades que cuentan con un PS, ya sea de ONG o público, parecían tener un mejor desempeño que las comunidades sin ningún tipo de PS.

CUADRO 9 EL SALVADOR: RESUMEN DE RESULTADOS

	PROMOTOR DE SALUD DE ONG	PROMOTOR DE SALUD PÚBLICA (CONTROL 1)	SIN PROMOTOR DE SALUD (CONTROL 2)	COMPARACIÓN 1 IMPACTO DE LAS ONG (CON ONG VERSUS CONTROL 1)		COMPARACIÓN 2 IMPACTO DE LAS ONG (CON ONG VERSUS CONTROL 2)	
				DIFERENCIA ABSOLUTA	DIRECCIÓN DEL IMPACTO	DIFERENCIA ABSOLUTA	TIPO DE IMPACTO
Atención curativa para niños Niños con diarrea aguda que recibieron atención	66.25	60.00	57.27	6.25	Positiva	8.98	Positivo
Niños con infecciones respiratorias superiores que recibieron atención	86.67	61.90	54.55	24.77	Positiva	32.12	Positivo
Inmunizaciones infantiles Niños menores de 5 años completamente inmunizados	31.51	25.41	23.45	6.10	Positiva	8.06	Positivo
Nutrición infantil Niños menores de 5 años que recibieron vitamina A	56.84	62.32	47.46	-5.48	Negativa	9.38	Positivo
Niños menores de 5 años con control de crecimiento	59.47	62.80	41.72	-3.33	Negativa	17.75	Positivo
Planificación familiar Mujeres que asistieron a control de planificación familiar	15.79	13.58	15.40	2.21	Positiva	0.39	Positivo
Atención prenatal Mujeres embarazadas con uno o más controles prenatales durante el embarazo	71.43	76.47	79.31	-5.04	Negativa	-7.88	Negativo
Parto Mujeres con parto en institución	80.95	47.83	58.06	33.12	Positiva	22.89	Positivo

La información anterior no es suficiente para comprender el papel que desempeña la ONG en la prestación de servicios, porque no es posible adjudicar los servicios prestados a la ONG o a los proveedores públicos a otros proveedores. Para dilucidar este punto, Maceira recopiló también información acerca de la contribución realizada por cada tipo de proveedor a la prestación total de

servicios en cada uno de los tres grupos. En el cuadro 10 se presenta información resultante de este análisis, relativa en este caso a la entrega de vitamina A a los niños menores de 5 años.

Como se aprecia en la sección superior del cuadro (“Utilización total”) en las comunidades con un PS de ONG, 56.8% de los niños menores de 5 años recibieron complementos de vitamina A. La cobertura equivalente en comunidades que contaban con un PS público fue de 62.3 y de 47.4 en las comunidades sin ningún tipo de proveedor. En la parte inferior del cuadro se aprecia quién efectivamente proporcionó la vitamina A a los niños. En las comunidades con PS de ONG, 58.8% de la prestación corresponde al PS de ONG. Esta cifra excede levemente la de los proveedores públicos, que alcanzaron una cobertura de 51.3% en las comunidades con PS públicos. La categoría “Otros” se refiere a todos los proveedores restantes, incluidos, en este caso, los centros de salud gubernamentales. Como se señala en el cuadro, los EMS no constituyen proveedores relevantes de vitamina A pero, como se mostrará a continuación, desempeñan un papel importante en la prestación de otros servicios.

Las ONG prestan servicios directamente a través de las iniciativas de sus PS en las comunidades donde éstos están presentes, y también a través de la acción de sus EMS en todas las comunidades (no sólo en aquellas que cuentan con un promotor de ONG). En consecuencia, el resultado combinado de la acción de la ONG puede visualizarse en la mitad inferior del cuadro, sumando el resultado de sus PS con el de sus EMS. En este caso, el resultado total de la ONG fue equivalente a $127 + 84 = 211$ ó 30.4% del resultado total en estos tres tipos de comunidades.

A modo de conclusión, a partir de la lectura del cuadro 10 se puede inferir que donde operan PS, tanto de ONG como públicos, la cobertura en términos de entrega de vitamina A es más elevada que en aquellas comunidades donde no existen PS. Asimismo, se observa que los PS proporcionan más de la mitad de toda la vitamina A repartida en sus comunidades. En aquellas comunidades que no cuentan con PS, la entrega de vitamina A es asegurada principalmente por los centros de salud gubernamentales y otros proveedores. El resultado combinado de una ONG es equivalente al resultado individual de sus PS y de sus EMS.

CUADRO 10 EL SALVADOR: ENTREGA DE VITAMINA A A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

	PROMOTOR DE SALUD DE ONG	PROMOTOR DE SALUD PÚBLICA (CONTROL 1)	SIN PROMOTOR DE LA SALUD (CONTROL 2)	TOTAL
Prestación total				
No ha recibido vitamina A	141	128	217	486
Porcentaje	37.1	30.3	47.9	38.7
Recibió vitamina A	216	263	215	694
Porcentaje	56.8	62.3	47.4	55.3
No sabe/No responde	23	31	21	75
Porcentaje	6.1	7.3	4.6	6.0
Total	380	422	453	1255
Porcentaje	100.0	100.0	100.0	100.0
Prestación por tipo de proveedor				
Proveedor público de salud	0	135	0	135
Porcentaje	0.0	51.3	0.0	19.5
Proveedor de salud de ONG	127	0	0	127
Porcentaje	58.8	0.0	0.0	18.3

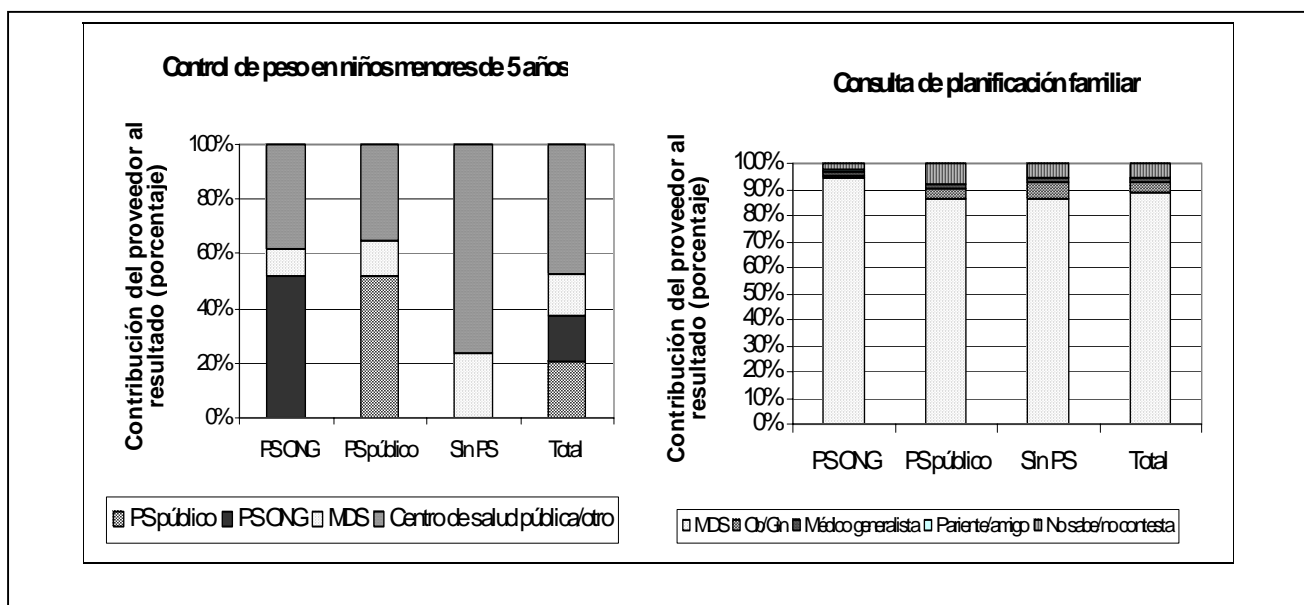
CUADRO 10 EL SALVADOR: ENTREGA DE VITAMINA A A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

	PROMOTOR DE SALUD DE ONG	PROMOTOR DE SALUD PÚBLICA (CONTROL 1)	SIN PROMOTOR DE LA SALUD (CONTROL 2)	TOTAL
EMS	18	35	31	84
Porcentaje	8.3	13.3	14.4	12.1
Otros	71	93	184	348
Porcentaje	32.9	35.3	85.5	50.1
Total	216	263	215	694
Porcentaje	100.0	100.0	100.0	100.0

La incidencia de la ONG en los resultados varía según el tipo de servicio de salud prestado. Los datos del cuadro anterior indican que aproximadamente un tercio de la entrega de vitamina A a niños menores de 5 años en el área de estudio es atribuible a la ONG, a través de sus PS y EMS, y que más de la mitad de ese resultado corresponde a los PS. La información anterior también muestra que la acción de los EMS de la ONG no se limitó a las comunidades en las que operaba un PS, sino que se extendió a todas las comunidades.

Las cifras siguientes arrojan una situación similar para el caso del monitoreo del crecimiento en niños menores de 5 años (cuadrante izquierdo de la figura 7), pero una situación muy diferente para las visitas relacionadas con la planificación familiar (cuadrante derecho). El área de estudio, más de 90% de las consultas de planificación familiar fueron canalizadas a través de ONG, y específicamente por personal calificado de sus EMS.

FIGURA 7 EL SALVADOR: CONTRIBUCIÓN AL RESULTADO POR TIPO DE PROVEEDOR: CONTROL DE PESO EN NIÑOS Y CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Los datos anteriores sugieren que, en las zonas estudiadas, las ONG son importantes proveedores de los 3 tipos de servicios examinados, si se comparan con la prestación que entregan solamente los PS públicos. En el cuadro 11 se aprecia que esta afirmación es válida para todos los servicios estudiados. Si se toma como referencia un período de 6 meses, las cifras combinadas de los PS y EMS de ONG indican que éstos realizaron casi 2.4 veces más inmunizaciones a niños y 5 veces más consultas curativas a adolescentes y adultos que los PS públicos; proporcionaron entre 60 y 70% más vitamina A a niños menores de 5 años, controles sanos a recién nacidos y atención curativa a niños menores de 5 años con EDA e IRA.

CUADRO 11 EL SALVADOR: COMPARACIÓN DEL RESULTADO TOTAL EN UN PERÍODO DE 6 MESES:

ONG VERSUS MDS

	ONG (PS Y EMS DE ONG)	PÚBLICO (SÓLO PS PÚBLICO)	RELACIÓN DE RESULTADOS ONG-PÚBLICOS
Inmunizaciones infantiles: Niños menores de 5 años completamente inmunizados	121	50	2,4
Nutrición infantil: niños menores de 5 años que recibieron vitamina A	211	135	1,6
Control sano infantil: Niños con por lo menos una consulta para el control de peso	218	138	1,6
Atención curativa para niños			
Niños con infecciones respiratorias superiores que recibieron atención	48	30	1,6
Niños con diarrea aguda que recibieron atención	72	42	1,7
Atención prenatal: Mujeres con uno o más controles prenatales durante el embarazo	1	1	1,0
Planificación familiar: Mujeres que asistieron a sesiones de control de planificación familiar	1,296	-	--
Parto: Mujeres con parto en institución	3	-	--
Atención curativa: Personas con problemas de salud que recibieron atención	120	24	5,0

Los resultados llevaron a Maceira a investigar si no habría resultado más útil, desde la perspectiva de las políticas públicas, contratar a las ONG con sus PS y sus EMS, en lugar de operar con PS públicos. Para este efecto, efectuó un análisis de costo-efectividad para comparar, como se describe más arriba, la relación entre el costo y el resultado del modelo de ONG y del modelo con PS públicos.

La información de costos para cada modelo es la siguiente: un PS público gana \$350 al mes y abarca una población de 800 a 1.000 personas. En un período de 6 meses, y asumiendo un promedio de 900 personas beneficiadas al mes, el costo per cápita del modelo con PS público es exactamente \$2.33. Una ONG recibe un monto anual per cápita de \$20.00 para financiar a los PS y EMS.³ Esto se traduce

³ Tal como se menciona en el informe, los centros de salud gubernamentales que incluyen ONG dentro de sus áreas de influencia reciben una subvención anual per cápita adicional entregada por el gobierno, equivalente a \$11.00. Esta subvención no se incluye en el cálculo, puesto que la comparación se hace entre los costos directamente atribuidos a los PS públicos y de la ONG, por una parte, y los EMS de la ONG, por otra.

en un monto de \$10.00 para un período de 6 meses, o, dicho de otra manera, en un costo exactamente 4.3 veces superior al modelo de PS público.

El resultado total del modelo combinado PS-EMS de la ONG excede al del modelo de PS público por un factor de 1.6 a 5.0 para la mayoría de los servicios; sin embargo, el costo del modelo de ONG supera al del PS público por un factor de 4. Este simple análisis demuestra que no es fácil decidir cuál modelo es superior. Las conclusiones de Maceira a este respecto son, pues, sólo provisionarias.

Finalmente, Maceira desarrolla cuatro modelos econométricos, en un intento de medir el efecto de la iniciativa de contratación pública de ONG para la prestación de servicios de salud, controlando por características socioeconómicas de los tres grupos poblacionales. Los resultados muestran que en los cuatro casos analizados – inmunización, control del peso, vitaminas y planificación familiar – la variable asociada con la iniciativa ONG es positiva y significativa al 99% de confianza. El Cuadro 12 resume los resultados obtenidos para una de las intervenciones analizadas, el caso de planificación familiar

CUADRO 12: DETERMINANTES DE LA PROVISIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ESTIMACIÓN ECONOMÉTRICA

Mínimos Cuadrados Ordinarios ($R^2 = 11.49\%$)				
Controles de planificación familiar	Coeficientes (<i>B</i>)	Error Standard	t	Significancia
Variables independientes (<i>X_i</i>)				
0: Constante	-4.3995	0.2998	-14.67	0.000
1: Iniciativa ONG (Dummy)	6.1047	0.3242	18.83	0.013
2: Máxima educación alcanzada por los padres (en años)	0.0688	0.0276	2.49	0.709
3: Provisión de agua (Dummy)	0.0325	0.0878	0.37	0.000

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta sección final se da cuenta de las principales conclusiones de este estudio.

Primero, en términos generales, los índices relativos a la utilización de los servicios de atención de salud parecen ser más críticos en las zonas analizadas en Nicaragua que en El Salvador. Así, en Nicaragua, sólo aproximadamente un tercio de los niños que padecen de IRA reciben atención, mientras que en El Salvador esta cifra equivale a por lo menos la mitad de los niños. Esta diferencia probablemente se explique por los mayores índices de pobreza que detenta Nicaragua.

Segundo, en El Salvador los hogares ubicados dentro del área de influencia de un promotor de ONG reciben más atención de salud si se los compara con aquellos ubicados en zonas que no cuentan con ningún tipo de PS: siete de un total de ocho indicadores revelan un impacto positivo de las ONG en comparación con hogares sin promotor. Asimismo, en cinco de ocho indicadores las comunidades que cuentan con presencia de PS originadas en el programa de ONG superan a aquellas con cobertura de PS del MdS.

Sin embargo, la evidencia es más conclusiva cuando la comparación toma en cuenta, no solamente el accionar de los PS ONG sino que incorpora el desempeño de los EMS. En todo caso, los resultados aún deben considerarse como de carácter provisorio, en tanto el programa analizado llevaba menos de un año de operación al momento de recopilarse los datos.

Tercero, en Nicaragua, los datos obtenidos indican que las comunidades que cuentan sólo con el apoyo reciente de la ONG se encuentran en una peor situación que aquellas que carecen de apoyo de una ONG (ninguno de los ocho indicadores de salud establecidos se ve positivamente influenciado por la presencia de la ONG). Se debe ser cauteloso al momento de interpretar este resultado: (1) los niveles de utilización de la atención de salud dependen no solamente de factores relacionados con la oferta (incluidas las actividades de la ONG), sino también de patrones relacionados con la demanda. Esta última depende, entre otros, del nivel de educación, del gasto del hogar y del grado de ruralidad. Muñoz y Bitrán midieron a través de un análisis econométrico la influencia de algunas de estas variables y concluyeron que ciertas diferencias negativas en los resultados están directamente relacionadas con la presencia/ausencia de la ONG; (2) La ONG lleva poco tiempo operando (menos de dos años a la fecha) y, por ende, puede que los resultados hubieran sido diferentes si esta intervención hubiera sido más prolongada; (3) a la luz de los resultados de El Salvador –donde los promotores públicos tienen un desempeño equivalente al de las ONG–, puede que los resultados de Nicaragua indiquen que los PS financiados públicamente están realizando un buen trabajo en aquellas zonas que carecen de asistencia de ONG.

Cuarto, si se consideran todos los indicadores incluidos en cada estudio y no sólo aquellos comunes a ambos, la situación antes descrita se ve confirmada en Nicaragua. En el cuadro 13 del Apéndice se listan las principales actividades que apoya la ONG de acuerdo a su PDI. En la primera columna del cuadro figuran las principales estrategias puestas en práctica por la ONG objeto de este estudio. En la segunda columna se indica si el estudio de evaluación se encontró con mejores resultados en las comunidades apoyadas por la ONG al momento de compararlas con las comunidades de control. Por el contrario, en El Salvador, la situación se presenta más favorable si se consideran todos los indicadores, ya que la mayoría de los relacionados con iniciativas de atención de salud curativa y preventiva indican que la ONG tiene un impacto positivo en la atención de salud.

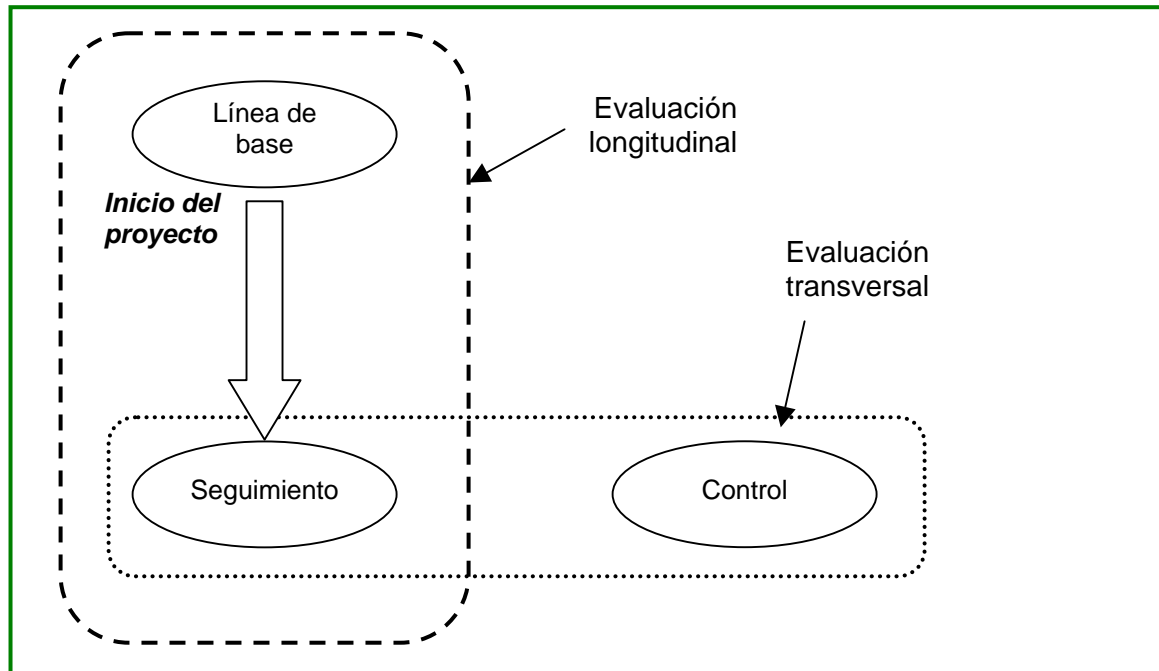
Ambos estudios plantean una serie de desafíos metodológicos que tendrá que enfrentar cualquier estudio de esta naturaleza. Más importante aún, la no existencia o la disponibilidad limitada de datos básicos independientes hace que la existencia de grupos de control sea un requisito absoluto. Se debe poner mayor énfasis en el desarrollo de estudios de evaluación independientes que incluyan la recopilación de datos básicos. Asimismo, la dificultad en recopilar información hace compleja la tarea de evaluar el costo en función de la efectividad de los esquemas de subcontratación. Resulta clave disponer de costos de implementación a la hora de elaborar estrategias de subcontratación.

Los datos empíricos obtenidos en los estudios de caso no permiten afirmar de manera inequívoca la superioridad de la estrategia de subcontratación respecto de la prestación pública directa. En El Salvador, la prestación por parte de ONG se traduce en mejores resultados para algunas actividades relacionadas con la salud mientras que en Nicaragua las áreas donde no opera la ONG presentan mejores indicadores y mayor cobertura que las zonas que no cuentan con dicho apoyo. Estos resultados se explican en parte, por el hecho que los proyectos analizados llevan poco tiempo operando y es probable que mejoren con el tiempo y a medida que se acumula experiencia.

Probablemente el desafío metodológico más serio de ambos estudios apunta a la ausencia de datos básicos independientes para realizar un MyE. Es por ello que en la siguiente sección se discuten las principales limitaciones del método de evaluación transversal utilizado en este estudio y se lo compara con un método de evaluación longitudinal, para, en definitiva, recomendar la utilización de este último método en futuros esquemas de subcontratación de ONG.

La evaluación transversal consiste en medir el desempeño de la ONG, comparando para este efecto las comunidades que cuentan con asistencia de la ONG con comunidades de control similares en un momento determinado. En cambio, la evaluación longitudinal mide el desempeño de la ONG, analizando la situación de las comunidades que cuentan con asistencia de la ONG en diferentes momentos. En la figura 8 se aprecia una visión esquemática de ambos métodos.

FIGURA 8 EVALUACIONES TRANSVERSALES Y LONGITUDINALES



Fuente: Autores

En el cuadro 13 se presenta un resumen de las características principales de ambos métodos. Esto demuestra que una evaluación longitudinal, si es bien planificada, puede ser más poderosa y efectiva que una evaluación transversal. Algunas de las ventajas de una evaluación longitudinal son:

Las evaluaciones de seguimiento son menos costosas, porque no requieren una visita a las comunidades de control. Aun cuando la encuesta básica representa un costo adicional, constituye un esfuerzo único. En la práctica sucede muchas veces que se desarrollan iniciativas de base pero que, sin embargo, es necesario recurrir posteriormente a evaluaciones transversales, porque los datos básicos no responden a los requerimientos de los evaluadores externos.

Se elimina la contaminación de factores exógenos transversales (que son más importantes que los factores exógenos longitudinales). La evaluación no se limita a la disponibilidad de grupos de control. Empero, debe señalarse que una evaluación longitudinal supone una gran planificación y estandarización para poder hacer comparables los datos básicos con todos los seguimientos posteriores.

CUADRO 13 CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN TRANSVERSALES Y LONGITUDINALES

	EVALUACIÓN TRANSVERSAL	EVALUACIÓN LONGITUDINAL
Datos básicos	No se requieren	Se requieren
Evaluaciones de seguimiento	Doble: Comunidades de control y com. asistidas por ONG	Simple: Sólo comunidades asistidas por ONG
Tipo de evaluación	Externa	Externa
Método estándar de evaluación periódica requerido	No	Sí
Distorsión por factores exógenos longitudinales	Sí	Sí
Distorsión por factores exógenos transversales	Sí	No
Sujeto a la disponibilidad de comunidades de control	Sí	No
Costos en terreno de la encuesta	Más caro: En cada seguimiento, deben encuestarse tanto los grupos de control como las comunidades asistidas por ONG	Menos caro: Además de los datos básicos, sólo deben encuestarse las comunidades asistidas por ONG

Fuente: Autores

Considerando la falta de datos básicos exhaustivos y que los proyectos evaluados en Nicaragua y El Salvador operan desde hace relativamente poco tiempo, las encuestas realizadas por PHRplus para este estudio podrían ser utilizadas como encuestas de datos básicos. Esto podría repetirse en el futuro – por ejemplo, cuando estos proyectos de las ONG concluyan en un par de años– para evaluar el impacto de los proyectos sobre los diferentes indicadores de desempeño examinados en este estudio.

CUADRO 14 NICARAGUA: EVIDENCIA DE MEJOR DESEMPEÑO RELATIVO DE LAS ONG SUBCONTRATADAS

ESTRATEGIAS	RESULTADOS¹
Atención materno-infantil	
1. Capacitación de matronas comunitarias y personal de salud en los centros de salud gubernamentales	No
2. Mejorar el acceso a partos en institución o asistidos por matronas para partos de alto riesgo	No
3. Promover a nivel comunitario una mayor información sobre atención prenatal y partos seguros a través de la capacitación de matronas comunitarias y voluntarios	No
4. Fortalecer el sistema de derivación y contraderivación de pacientes, en los centros de salud gubernamentales, entre los proveedores privados y las maternidades	No
Deficiencia de nutrientes y micronutrientes	
1. Detección de deficiencias nutricionales en los centros de salud	N.E.
2. Capacitación de los trabajadores de la salud en programas de rehabilitación nutricional a domicilio	No
3. Capacitación de voluntarios en temas de nutrición	No
4. Desarrollo de instrumentos de control y monitoreo para evaluar el aumento de peso en niños, en el marco del Programa Integrado de Salud Infantil Comunitaria	No
5. Mejorar el diagnóstico de anemia mediante el analizador HemoCue	N.E.
Fomento del amamantamiento	
1. Difundir información acerca de los beneficios del amamantamiento	N.E.
2. Crear las condiciones físicas y de asistencia para un buen inicio del amamantamiento en los centros de salud	N.E.
3. Involucrar a los tomadores de decisiones en el fomento de cambios conductuales con respecto al amamantamiento	N.E.
Tratamiento y control de la diarrea	
1. Capacitar a las madres en el uso de TRO (Terapia de Rehidratación Oral)	No
2. Mejorar la disponibilidad de SRO (Soluciones de Rehidratación Oral) en los centros comunitarios adaptados como centros de rehidratación oral	N.E.
3. Promover el uso adecuado de antibióticos en el caso de diarrea	Sí
Tratamiento y control de la neumonía	
1. Educar a las madres en la detección de síntomas de gravedad en la neumonía	No
2. Capacitación de personal en el tratamiento oportuno y efectivo de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)	No
3. Desarrollo de aprendizaje a distancia	Sí
Inmunización	
1. Reforzar el manejo de vacunas y la cadena de frío a través de la autoridad regional	No
Espaciamiento de los nacimientos	
1. Promover el acceso a métodos de planificación familiar en regiones apartadas	No
2. Mejorar la prestación de atención de salud	No
3. Capacitación de voluntarios para la distribución de métodos de planificación familiar	No
VIH/SIDA/ETS	
1. Prevención de VIH/SIDA a través de una mayor información	N.E.

Source: Constructed by the authors from information contained in the NGO's Detailed Implementation Plan.

1/ "Yes" indicates that the performance evaluation showed a positive impact of NGO activities. "No" indicates that no positive evidence could be found and N.A indicates that the corresponding strategy was not evaluated by this study.

BIBLIOGRAFÍA

- Bitran, R. 2004. “*Contracting out for health services: Research Protocol for Nicaragua.*” Bethesda, MD: Partnerships for Health Reformplus, Abt Associates Inc.
- Bitrán, R. and R. Muñoz. 2004. “*Evaluación de la acción de ONGs en el apoyo a los servicios básicos de salud: El caso de Nicaragua.*” Bethesda, MD: Partnerships for Health Reformplus, Abt Associates Inc.
- Liu, Xingzhu, David Hotchkiss, Sujata Bose, Ricardo Bitran, and Ursula Giedion. 2004. *Contracting for Primary Health Services: Evidence on Its Effects and Framework for Evaluation.* Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Loevinsohn, A. and A. Harding. 2004. “*Contracting for the Delivery of Community Health Services: A Review of Global Experience.*” HNP Discussion Paper. Washington, DC: The World Bank.
- Maceira, D. 2004. “*Ampliando la Cobertura en Salud: Contratación de ONGs en El Salvador.*” Bethesda, MD: Partnerships for Health Reformplus, Abt Associates Inc.
- Mills, A. and J. Bloomberg. 1998. “*Experiences of Contracting: An Overview of the Literature.*” Macroeconomics, Health and Development Series, Technical Paper No. 33. Geneva: World Health Organization.
- Mills, A., C. Hongoro, and J. Bloomberg. 1997. “*Improving the Efficiency of District Hospitals: Is Contracting an Option?*” *Tropical Medicine and International Health.* 2(2):116–26.