

El Enfoque Sectorial en el Sector Salud – ESS

Una revisión de la experiencia internacional con los ESS (SWAPs) y de su posible aplicación en América Latina

Javier Martínez
Silke Seco

■ El Centro de Recursos en Sistemas de Salud de DFID (HSRC) proporciona asistencia técnica e información al Departamento para el Desarrollo Internacional del gobierno británico y a sus colaboradores para apoyar el desarrollo de políticas, financiamiento y servicios de salud más y mejor orientados hacia los sectores de población con menores recursos. El Instituto para el Desarrollo del Sector Salud gestiona el Centro de Recursos en nombre de DFID. Las opiniones expresadas en esta publicación pertenecen al Centro de Recursos, y no coinciden necesariamente con las del gobierno británico.

El Centro de Recursos (HSRC) produce publicaciones en áreas relativas a la reforma y el desarrollo del sector salud. Una lista completa de publicaciones puede encontrarse en la página web del HSRC:
www.healthsystemsrc.org

Título: El Enfoque Sectorial en el Sector Salud – ESS

Autores: Javier Martínez y Silke Seco

Copyright: © 2002, HSRC

Javier Martínez es consultor internacional en sistemas de salud para HLSP Consulting y Director Regional para América Latina en el Centro de Recursos en Sistemas de Salud. Ha sido Profesor Senior en Sistemas de Salud de la Universidad de Liverpool y director de varios programas de investigación. Sus publicaciones más conocidas están en el área de la gestión y planificación de recursos humanos, la planificación sectorial, y la descentralización de programas sanitarios. Reside en Barcelona donde dirige la oficina local de HLSP Consulting para Latinoamérica.

Silke Seco es consultora de HLSP Consulting con intereses en las políticas farmacéuticas, la reforma sectorial y las políticas de desarrollo sostenible. Actualmente reside en Kosovo donde apoya un programa de reconstrucción y de reforma sectorial.

DFID Health Systems Resource Centre
27 Old Street
London EC1V 9HL

Tel: +44 (0)20 7253 2222
Fax: +44 (0)20 7251 9552
www.healthsystemsrc.org



Índice

Abreviaturas	4
Resumen ejecutivo	5
1 Introducción	12
1.1 Perspectiva general	12
1.2 Historia y evolución de los ESS en el sector sanitario	13
1.3 Definición y elementos de un ESS	15
1.4 Alcance e implicaciones de un ESS	17
1.5 Preocupaciones de los donantes	20
2 Revisión de la experiencia actual	22
2.1 Países con ESS: Perspectiva general	22
2.2 Progreso actual	24
2.3 Obstáculos para el cambio	28
3 El ESS y la salud de los pobres	35
3.1 ¿Son los ESS pro-pobreza?	35
3.2 Experiencia de los ESS respecto a la salud de los pobres	36
4 Los ESS en países latinoamericanos	39
4.1 ¿Son los ESS necesarios o convenientes en Latinoamérica?	39
4.2 ¿En qué circunstancias podría un ESS ser beneficioso?	41
4.3 Alcance de los ESS en Latinoamérica	43
4.4 Desarrollo de ESS en Latinoamérica – ¿cuáles son los pasos clave?	44
5 Bibliografía seleccionada	46



Abreviaturas

CWIQ	Cuestionario de Indicadores Básicos de Bienestar
DALYs	Años de Vida con Discapacidad Ajustada
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido)
ERRPs	Estrategias Reforzadas para la Reducción de la Pobreza
ESS	Enfoque Sectorial en Salud
HIPC	Países Pobres Altamente Endeudados
HMIS	Sistema de Información para la Gestión Sanitaria
MdF	Ministerio de Finanzas
MdPF	Ministerio de Planificación y Finanzas
MdS	Ministerio de Salud
ODA	Agencia para el Desarrollo Externo (ahora DFID)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
SAP	Programa de Acción Social de Pakistán
SDC	Cooperación Suiza para el Desarrollo
SIP	Programa de Inversión Sectorial (Sector Investment Programme)



Resumen ejecutivo

Este documento se ha preparado con el fin de proporcionar información sobre el concepto y la ejecución de los denominados *Sector-wide Approaches (SWAP)*, que aquí hemos traducido como Enfoque Sectorial en Salud (ESS). El informe está pensado para aquellos profesionales que trabajan en políticas sanitarias o en financiamiento del sector salud en países de habla hispana, sobre todo en Latinoamérica, donde algunos de los países con menos recursos están considerando la oportunidad de iniciar un ESS. Por definición, un ESS sólo tiene sentido en países donde una parte significativa del financiamiento, en términos de volumen o de importancia estratégica, está financiado con recursos externos proporcionados por la cooperación internacional o por entidades financieras. Por tanto, la experiencia relativa a los ESS sólo es relevante para algunos de los países latinoamericanos de rentas media y baja cuyos servicios sanitarios se financian con ayuda de recursos externos.

Aunque se ha procurado ser rigurosos en el tratamiento conceptual y práctico del tema, este documento no equivale a una guía práctica para la introducción o ejecución de un ESS sino que es, más bien, un documento introductorio y de base. Los documentos consultados para la elaboración de este informe están, en su mayoría, sin publicar pues pertenecen al mundo de la consultoría internacional y de los documentos técnicos que realizan y utilizan las agencias y profesionales especializados. Es por ello que hemos incluido un índice biográfico con referencias al Internet que permite acceder a muchos de los documentos principales consultados para este informe.

¿Qué es un Enfoque Sectorial en Salud o ESS?

En un Enfoque Sectorial en Salud – ESS – todo o la mayor parte del financiamiento del sector apoya una única política sectorial y un único programa de gastos. El liderazgo en un ESS corresponde al gobierno del estado, que pacta con las agencias de financiamiento externo enfoques comunes para el sector, avanzando hacia una situación en la que es el gobierno del país receptor quien desembolsa todos o la mayor parte de los fondos, y quien se hace responsable de los mismos.

Los ESS han surgido tras el reconocimiento de los problemas inherentes a los proyectos y programas tradicionales de cooperación para el desarrollo. En vez de la multiplicidad de proyectos de donantes individuales, cada uno con su propia agenda y su planificación y seguimiento diferenciados, los ESS permiten que los gobiernos adquieran una perspectiva global del sector, que desarrollen políticas y planes para *todo* el sector, y que gestionen todos o una buena parte de los recursos financieros, incluidos los de cooperación externa.

Las principales ventajas de un ESS son:

- mayor eficiencia y equidad;
- disminución de costes de transacción;
- sostenibilidad de políticas sanitarias y desarrollo de sistemas.

La base de un ESS es un programa de colaboración a medio plazo, entre el gobierno del país receptor de cooperación externa y los donantes, que abarca los siguientes elementos:

(a) Una política sectorial

El punto de partida de un ESS es un documento de política sanitaria que contiene:

- una definición de objetivos para el sector;
- una formulación de estrategias para la distribución de recursos;
- una identificación de los cambios institucionales necesarios;
- una especificación de las funciones de los diferentes prestadores de servicios de salud.

(b) Un programa de gasto

En un ESS el programa de gasto público ha de reflejar las políticas macroeconómicas y las prioridades del sector de una manera transparente. Los programas de gasto público se basan en:

- proyecciones a medio plazo de los recursos existentes;
- presupuestos a medio plazo que deben ajustarse anualmente;
- áreas prioritarias para las que se ha de garantizar el gasto.

(c) Un componente de cambio institucional

El objetivo primordial de un ESS es desarrollar la capacidad gubernamental para dirigir el proceso de desarrollo sectorial. De este modo, los gobiernos deben ir aumentando paulatinamente su capacidad de:

- dirigir la planificación de estrategias y políticas;
- gestionar los análisis presupuestarios y de financiación;
- desarrollar sistemas e incentivos para gestionar el sistema sanitario de acuerdo con las políticas nacionales; y
- establecer (con los donantes) acuerdos y sistemas comunes de gestión de los recursos.

Los ESS y los procesos de descentralización

El diseño de programas sectoriales en sistemas políticos o sanitarios altamente descentralizados puede ser más complejo. En concreto, cabe la posibilidad de que ciertos proyectos prioritarios (programas verticales) puedan salir perjudicados como resultado del cambio a un ESS. Una manera de solucionar este problema puede ser asignar fondos específicos para los programas prioritarios.

Alcance de los ESS

Los ESS implican una política de sector y un modelo de financiamiento consensuados, pero no son ni un absoluto ni un modelo único. De hecho, existe un amplio espectro de posibilidades para financiar un ESS que oscilan entre los modelos llamados ‘cerrados’ y ‘abiertos’. En un ESS ‘cerrado’ el gobierno ejecuta un plan y una estrategia pactados con financiamiento mixto que proporcionan el propio gobierno y los donantes. En un ESS ‘abierto’ se pacta una estrategia para el sector entre gobierno y donantes, pero ambos pueden continuar financiando proyectos y programas por separado, siempre que éstos se ajusten a la estrategia sectorial pactada. Las agencias de financiamiento y cooperación pueden canalizar sus fondos bajo una de estas formas, o bien utilizar combinaciones de las mismas.

Aunque los ESS son por definición sectoriales, pueden también enfocarse hacia uno o dos subsectores (por ejemplo atención primaria o atención hospitalaria), o hacia determinadas áreas programáticas (por ejemplo la salud reproductiva o la prevención de enfermedades). Esto es importante en países donde o bien hay poca capacidad gubernamental para gestionar las complejidades de todo un sector, o bien no existe la posibilidad de unificar los puntos de vista y las estrategias de donantes y gobierno para todo el sector.

El desarrollo de un ESS conlleva cambios fundamentales en las relaciones entre donantes y gobiernos de países receptores de cooperación externa:

- El gobierno receptor asume un mayor liderazgo en el diseño de programas y en la distribución de recursos.
- Los donantes renuncian a su derecho de diseñar y financiar proyectos específicos a cambio del derecho a tener voz en el proceso de desarrollo de una estrategia sectorial y en la distribución global de los recursos.
- Los ESS sólo funcionan cuando hay colaboración y compromiso hacia metas pactadas entre el gobierno y la comunidad de donantes. Para ello es necesario establecer acuerdos de colaboración y trabajo.
- El objetivo es que los gobiernos sean eventualmente capaces de utilizar financiamiento mixto para la obtención de bienes y servicios. Esto implica la

necesidad de relajar las restricciones y reglas concernientes al origen y a la gestión de los fondos de cooperación.

Un ESS ha de ser un proceso incremental, y un enfoque más que un modelo para un determinado tipo de programa. Al mismo tiempo, debe de implementarse a un ritmo adecuado al país destinatario.

Experiencia actual

Todos los ESS existentes en la actualidad se han iniciado en países de bajos ingresos en África y Asia, y muestran distintos grados de éxito. Dado que los ESS son un fenómeno relativamente reciente (de mediados de los años 90) y que el proceso de implementación de un ESS suele ser largo, la evaluación de los ESS es una disciplina relativamente reciente y en constante mejora. Apenas se ha comenzado a discernir las ventajas y desventajas de adoptar un enfoque sectorial, y esto sólo en países como Pakistán, Ghana o Zambia donde los ESS se iniciaron a mediados de los años 90.

La mayoría de los ESS se han centrado en el papel del sector público dentro del sistema sanitario, y menos en el conjunto del sistema. Muchos países han abordado los ESS como un proceso incremental, progresando de un ESS abierto a uno más cerrado a medida que crecen la confianza y la experiencia. Ya hay países donde el ESS se basa en un financiamiento conjunto en base a criterios homologados, aunque éste tiende a coexistir con líneas de financiamiento separadas para proyectos o intervenciones prioritarias. En estos casos, se intenta que el financiamiento separado sea sólo para áreas prioritarias identificadas y pactadas en el contexto del enfoque sectorial global.

Los planes desarrollados bajo un ESS pueden considerarse un éxito en cuanto a que obligan a gobiernos y donantes a abordar problemas e intervenciones en salud de manera conjunta, alrededor de una mesa común, mejorando así la calidad del debate sobre políticas del sector y contribuyendo a superar la desconfianza mutua. En concreto, se han descrito avances positivos en:

- El desarrollo de prioridades y planes coherentes para el sector salud, y el establecimiento de sistemas para la evaluación de resultados.
- El fortalecimiento del papel de los gobiernos y los ministerios de salud en la conducción, regulación y financiamiento del sector salud.
- Un mayor enfoque y continuidad en la implementación de políticas, contrarrestando los riesgos asociados a cambios de rumbo en las estrategias políticas del sector salud.

Por otro lado, el desarrollo de un ESS es tarea compleja que abarca varios años y que, de no estar bien conducido, puede abrumar al gobierno receptor y sobrecargar su ya limitada capacidad. Para evitarlo es preciso alcanzar un equilibrio entre lo que es ideal y

lo que puede lograrse en la práctica dados los recursos y la capacidad existentes. Dicho equilibrio ha de reflejarse en el proceso de preparación del documento de políticas y del plan sectorial, evitando que sean excesivamente largos y pormenorizados. No ha de perderse de vista el objetivo de desarrollo de todo el proceso, que es el de aumentar y mejorar la capacidad gubernamental para llevar a cabo el proceso en sí. En este sentido, los principales problemas descritos se refieren a demoras en la planificación y evaluación sectorial, en parte porque se pretende utilizar procedimientos excesivamente minuciosos, y en parte a causa de las mencionadas limitaciones de capacidad. Es importante poner más atención en definir el proceso general de implementación y los resultados que esperan obtenerse, y dejar los detalles de implementación para las comisiones de seguimiento del proceso.

Por último, cabe señalar que los ESS no contribuyen por sí mismos a equilibrar las inversiones entre el sector salud y otros sectores, o a aumentar significativamente el gasto en salud. Para empezar, la mayoría de los gobiernos que han adoptado un ESS no tienen o no invierten los recursos necesarios para extender la cobertura de servicios a toda la población de manera sostenible. Incluso mejorando la eficiencia y el coste-efectividad del sector salud, la mayoría de los gobiernos seguirán experimentando falta de recursos y dependiendo de ayuda externa a medio y largo plazo.

Los ESS y la salud de los pobres

Los ESS ni favorecen ni empeoran la situación de pobreza del país receptor, aunque tienen el potencial de influir sobre la situación de pobreza a través de las estrategias del sector salud. El que un ESS beneficie o no a la población pobre depende de las políticas que se adopten y de los logros conseguidos en su implementación. Dado que los ESS tienen lugar en un contexto social, económico, de sector público y político más amplios, se puede predecir que tendrán un impacto positivo para la población en países cuyos gobiernos están comprometidos con la reducción de pobreza. En este sentido, los ESS podrían tener un efecto sinérgico en países donde se han definido Estrategias para la Reducción de la Pobreza (o ERRPs), pero éstas son demasiado recientes como para demostrar dicha sinergia en la práctica.

Existe la preocupación de que los ESS adopten planteamientos excesivamente centralistas, priorizando el nivel macro político y los modelos de prestación de servicios, sin que los mismos consigan mejorar deficiencias puntuales del sistema sanitario y beneficiar a los usuarios, sobre todo a aquellos que viven en situación de pobreza. En realidad esta situación no está directamente ligada a los ESS sino a la estructura y 'maquinaria' de los gobiernos. Corresponde a los donantes elegir entre dirigir la cooperación para el desarrollo directamente hacia los más vulnerables (con los riesgos asociados a este tipo de ayuda), o intentar que en la negociación de estrategias y políticas sectoriales la distribución de recursos favorezca a los más pobres. En la práctica ambos enfoques se pueden perseguir simultáneamente, siempre que haya un

deseo expreso en el marco del ESS de adoptar una estrategia común de manera incremental.

A menudo se ha hecho referencia al supuesto impacto negativo que los ESS pueden ejercer sobre ciertos programas prioritarios, sobre todo en países donde éstos se han financiado tradicionalmente de manera vertical. Dado que dichos programas prioritarios están a menudo dirigidos a los más pobres, se ha establecido que los ESS podrían tener, al menos potencialmente, un impacto negativo sobre los pobres. De momento no existe evidencia de que esto haya ocurrido o esté ocurriendo, excepto quizás durante periodos limitados en los estadios iniciales de implementación. Pero, incluso en estos casos, es más probable que sean otros lineamientos de política como la descentralización o la introducción de nuevas formas de financiamiento las responsables de tales efectos negativos.

¿Son aplicables los ESS en Latinoamérica?

En términos de contexto muchas de las condiciones que han impulsado a otros países a adoptar un ESS existen en países latinoamericanos y del Caribe de renta media y baja cuyo volumen de financiamiento externo en el sector salud es significativo. Por ejemplo, los problemas ligados a los proyectos y programas de cooperación externa tradicionales son especialmente sentidos en países pequeños y pobres de América Latina y el Caribe. Tal es el caso de Bolivia, Honduras, El Salvador o Nicaragua, e incluso de Guatemala, Guyana, Ecuador, Santo Domingo o Haití. En todos ellos se da la necesidad de abordar reformas sanitarias en profundidad y de coordinar la cooperación externa, para lograr una mayor continuidad en la implementación de políticas sanitarias y del sector público. En este sentido, todos estos países podrían considerar un ESS como un modelo altamente recomendable (entre otras medidas).

A pesar de que los ESS todavía no se han introducido en ningún país latinoamericano o caribeño ya existen algunos cimientos para el futuro desarrollo de ESS en Bolivia y Nicaragua, donde el diálogo entre gobierno y donantes se ha venido intensificando en los últimos años. En cualquier caso, no está de más recordar que los ESS son una tarea de años, no de meses, y que son procesos complejos donde deberían de tenerse en cuenta al menos las siguientes lecciones de la experiencia internacional:

- Debe existir de entrada un reconocimiento entre donantes y gobiernos de que los proyectos y programas de cooperación tradicionales son, a menudo, parte del problema, y que no ofrecen soluciones a largo plazo. Una forma de llegar a este reconocimiento es procurar un abordaje conjunto de ciertos problemas prioritarios que puedan solventarse de manera más efectiva mediante acuerdos de colaboración más amplios y sectoriales.
- Los gobiernos deben favorecer políticas y prioridades a largo plazo, y utilizar el ESS para garantizar una atención constante del gobierno y de los donantes sobre

dichas políticas, por encima de oportunismos y más allá de los ciclos electorales.

- En un principio es mejor fijar la atención sobre unos pocos objetivos estratégicos claramente especificados, o sobre un número limitado de programas prioritarios, dejando temas más complejos para más adelante.
- Los programas (nacionales) prioritarios pueden ser más susceptibles de incluirse en un ESS debido a que los donantes han estado tradicionalmente más involucrados en ellos. Sin embargo, ciertos donantes pueden mostrar resistencia a perder control o influencia sobre programas de los que han sido tradicionalmente responsables, sobre todo cuando los mismos han funcionado aceptablemente bien.

1 Introducción

1.1 Perspectiva general

Este documento se ha preparado con el fin de proporcionar información sobre el concepto y la ejecución de los denominados *Sector-wide Approaches (SWAP)*, que aquí hemos traducido como Enfoque Sectorial en Salud (ESS). El informe está pensado para aquellos profesionales que trabajan en políticas sanitarias o en financiamiento del sector salud en países de habla hispana, sobre todo en Latinoamérica, donde algunos de los países con menos recursos están considerando la oportunidad de iniciar un ESS. Por definición, un ESS sólo tiene sentido en países donde una parte significativa del financiamiento, en términos de volumen o de importancia estratégica, está financiada con recursos externos proporcionados por la cooperación internacional o por entidades financieras. Por tanto, la experiencia relativa a los ESS sólo es relevante para algunos de los países latinoamericanos de rentas media y baja cuyos servicios sanitarios se financian con ayuda de recursos externos.

Aunque se ha procurado ser rigurosos en el tratamiento conceptual y práctico del tema, este documento no equivale a una guía práctica para la introducción o ejecución de un ESS sino que es, más bien, un documento introductorio y de base. Los documentos consultados para la elaboración de este informe están, en su mayoría, sin publicar pues pertenecen al mundo de la consultoría internacional y de los informes técnicos que realizan y utilizan las agencias y profesionales especializados. Es por ello que hemos incluido un índice biográfico con referencias al Internet, que permite acceder a muchos de los documentos principales consultados para este informe.

Los Enfoques Sectoriales en Salud (ESS) pueden verse como una evolución de los Programas de Inversión Sectorial (SIP), promocionados por el Banco Mundial desde finales de los años 80. A diferencia de los SIPs, los ESS recibieron pronto el apoyo e interés de varias agencias bilaterales y multilaterales, atraídas por la oportunidad de involucrarse en un diálogo de políticas e institucional más próximo a los gobiernos destinatarios con el fin de lograr una cooperación más efectiva y eficiente.

Los ESS representan una nueva perspectiva en la cooperación internacional para el desarrollo. Al contrario que la cooperación tradicional, con su multiplicidad de proyectos individuales y a menudo descoordinados, los enfoques sectoriales se basan en un marco en el que todos los recursos de un sector se pueden gestionar de una manera integrada y coherente. En un ESS, todo el financiamiento del sector apoya una única política sectorial y un único programa de gastos, bajo liderazgo gubernamental. Dicha política sectorial adopta enfoques comunes en el sector salud pactados entre los

gobiernos y los organismos de cooperación y de financiamiento externos, avanzando hacia una situación en la que los gobiernos asumen el protagonismo en la conducción, regulación y financiamiento del sector salud. La mayoría de los ESS existentes en la actualidad están fortaleciendo el posicionamiento de las fuentes de financiamiento y de los proyectos existentes en línea con las políticas definidas y pactadas para el sector salud, desarrollando procedimientos comunes, e incrementando el protagonismo y la responsabilidad de los gobiernos (Foster, 1999).

Hasta el momento, los enfoques sectoriales se han implementado en países de bajos ingresos y con gran dependencia de ayuda externa. En el sector sanitario, se han iniciado ESS sobre todo en África (Ghana, Zambia, Uganda, Mozambique, Sierra Leona, Tanzania, Senegal, Mali, Burkina Faso), en Asia (Bangladesh, Vietnam y Camboya), y en Egipto y Yemen. Además, se está considerando introducir ESS en algunos países latinoamericanos de bajos ingresos como Bolivia y Nicaragua. Ghana, Zambia, Pakistán y Bangladesh se cuentan entre los países con una experiencia más dilatada en ESS.

1.2 Historia y evolución de los ESS en el sector sanitario

La falta de progreso en el desarrollo humano de muchos países pobres ha generado una revisión crítica de la asistencia para el desarrollo durante las dos últimas décadas. Gran parte de esta crítica se ha centrado en la poca eficacia de la cooperación para el desarrollo, y en el limitado y a veces negativo impacto de los programas de ajuste estructural sobre los sectores de población más pobres. Argumentando que los verdaderos objetivos del desarrollo se han perdido, varios estudios han propuesto retomar el objetivo de lucha contra la pobreza como objetivo prioritario de la cooperación internacional (ver por ejemplo: Cassen, 1986; Peters, 1998).

Los ESS han surgido tras el reconocimiento de los problemas inherentes a los proyectos y programas tradicionales de cooperación para el desarrollo. Existen varios tipos de cooperación internacional que presentan características muy distintas. Por ejemplo, los programas de apoyo presupuestario (*programme aid*) abarcan moneda extranjera, créditos a la importación, mercancías o alimentos, proporcionados por donantes a gobiernos destinatarios para que éstos los vendan y generen así moneda local. Esta moneda puede utilizarse como parte del gasto general o para el gasto de un ministerio específico. Este tipo de ayuda es fungible y puede ser utilizada con flexibilidad por los gobiernos destinatarios, ya que se desembolsa a través de los presupuestos gubernamentales. Por el contrario, la cooperación que tome la forma de los llamados proyectos de cooperación está destinada para propósitos específicos, suele estar muy fragmentada, y está a menudo gestionada directamente por las agencias internacionales con poca participación de los gobiernos en el diseño y ejecución de los proyectos (Cassels, 1996).

Los proyectos de cooperación, con agendas específicas a veces diferentes de las de los países en los que actúan, conllevan altos costes operativos y de oportunidad, una duplicación de esfuerzos y una carga de gestión significativa para los gobiernos de los países destinatarios. Además, los proyectos tienden a apoyar ciertas prioridades definidas más bien por los donantes, o actúan en regiones geográficas determinadas que no siempre son las más necesitadas, por lo que la ayuda podría empeorar las desigualdades existentes en vez de contribuir a aliviarlas. En este contexto, los ESS ofrecen una oportunidad para que los gobiernos fortalezcan el control sobre sus fragmentados sistemas sanitarios, haciendo hincapié en el liderazgo de los gobiernos y en la necesidad de una cooperación externa más flexible y estratégica.

En general, las agencias internacionales de cooperación y los gobiernos reconocen que, en todo caso, la efectividad de los programas y proyectos de desarrollo depende del contexto político, institucional y económico. Por ejemplo, los programas de ayuda presupuestaria antes referidos permiten un rápido desembolso de fondos a través de los presupuestos nacionales que han permitido equilibrar la balanza de pagos a los países receptores. Dichos programas de apoyo presupuestario, sin embargo, han sido mucho menos efectivos en promocionar objetivos sectoriales a largo plazo, y en controlar la eficiencia y equidad en la distribución de recursos. Este reconocimiento ha desplazado el debate económico desde una preocupación por los ajustes estructurales hacia una mejor gestión del gasto público y hacia un reforzamiento del papel de los gobiernos en la prestación de servicios públicos básicos. Sin embargo, quedan problemas fundamentales por resolver que han sido tradicionalmente el objeto de la asistencia en forma de proyectos de cooperación, como son la asistencia técnica a los gobiernos en el desarrollo de sus deficientes sistemas de presupuesto y gestión. Por su enfoque sectorial y pactado, los ESS permiten la convergencia de la cooperación en forma de programas con la que tradicionalmente se ha abordado a través de los proyectos de cooperación (Cassels, 1997).

Es importante resaltar que el concepto de Enfoque Sectorial en Salud no es nuevo, ya que ha sido defendido y recomendado en innumerables ocasiones. Lo que sí es nuevo en el ESS es el énfasis en la necesidad de colaboración entre los países destinatarios y los donantes, entre los sectores público y privado, entre los poderes públicos y la sociedad civil, con el gobierno destinatario asumiendo su papel de líder. Se considera que tal enfoque fortalece la capacidad de los gobiernos para conducir el sector en su conjunto, desarrollar políticas y planes, y gestionar recursos. En definitiva, las ventajas principales de un enfoque sectorial serían:

- mayor eficiencia y equidad;
- reducción de costes de transacción;
- sostenibilidad y continuidad en el desarrollo e implementación de políticas.

1.3 Definición y elementos de un ESS

No existe una única definición de un ESS y, por lo tanto, lo mejor es describirlos según sus principales características. Un ejemplo de dicha descripción aparece en *Guía sobre los Enfoques Sectoriales en el Sector Salud* de Cassels (1997):

- Un ESS es una asociación basada en un acuerdo de colaboración entre departamentos del gobierno,¹ grupos de la sociedad civil, y una o más agencias de cooperación bilaterales o multilaterales;
- Liderado por las autoridades nacionales (a menudo el Ministerio de Salud);
- Con el objetivo de conseguir mejoras en la salud de la población y contribuir al desarrollo humano nacional;
- En el contexto de un sector salud coherente, es decir, basado en una estructura institucional apropiada y en un programa de financiamiento a nivel nacional;
- Con estructuras y procesos establecidos para la negociación de estrategias y la gestión de actividades, y revisando los resultados obtenidos en el sector en base a objetivos y metas acordados.

El acuerdo o programa de colaboración se centra en:

- El desarrollo de políticas y estrategias sectoriales que definen el papel de los sectores público y privado en el financiamiento y la provisión de servicios, y que proporcionan una base para priorizar el gasto público;
- La preparación de proyecciones de disponibilidad de recursos a medio plazo, financiamiento del sector y planes de gasto, consistentes con un marco de gasto público sólido;
- El establecimiento de sistemas de gestión compartidos y pactados por gobiernos nacionales y donantes, con el fin de facilitar la introducción de procedimientos comunes para el desembolso y la contabilidad de fondos, la obtención de bienes y servicios, y el seguimiento de resultados en el sector;
- La reforma institucional y el desarrollo de capacidades locales que respondan a la política sectorial y a los sistemas de gerencia que hayan sido definidos.

La base de un enfoque sectorial es un programa de colaboración a medio plazo entre gobiernos y donantes, que concierne los siguientes elementos:

Las políticas sectoriales

El punto de partida en un ESS es un documento de políticas sectoriales en el que se identifican las prioridades y se tratan las líneas de actuación a desarrollar. Esto implica

¹ Éstas pueden ser el propio Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas (o equivalente), y otros departamentos del gobierno relacionados con la cooperación externa, con los gobiernos locales (en países con estructura de gobierno descentralizada) o con la planificación estratégica del estado.

la definición de objetivos sectoriales, el establecimiento de estrategias para la distribución de recursos, la identificación de los cambios institucionales necesarios y la especificación del papel de los diferentes prestadores de servicios sanitarios. Tal documento debería también ayudar a preparar la agenda para el desarrollo de la capacidad gubernamental e institucional necesarias para implementar las políticas sectoriales acordadas.

Es importante mencionar que el desarrollo de una política sectorial no debe ser un prerrequisito para poner en marcha el ESS, sino el punto de partida y elemento principal del acuerdo de colaboración y trabajo acordado entre el gobierno y los donantes. En todo caso el ESS, como acuerdo de colaboración que es, no debería plantear condicionalidades que afecten sólo a una de las partes: el énfasis debe ser desde el inicio en la preparación de una agenda de trabajo conjunta y pactada en el que todas las partes asumen sus responsabilidades. La preparación de un *acuerdo de intenciones* suele ser el punto de partida.

La escasez de fondos para el sector sanitario, la baja calidad de los servicios de salud, el sesgo de favoritismo hacia la atención hospitalaria y urbana o la falta de preparación y motivación del personal sanitario son todos problemas comunes al sector sanitario de países de bajos ingresos. Las políticas de reforma sectorial suelen tender por tanto a tratar temas sistémicos fundamentales tales como: la definición de prioridades; el papel del gobierno y del sector privado; el desarrollo de capacidades; la organización de los sistemas de prestación; el contenido de los servicios prestados; etcétera. En un ESS, las políticas sanitarias deben de ser más explícitas, y definir opciones realistas en el corto y medio plazo que permitan dirigir recursos hacia áreas de actuación específicas y con resultados específicos (Foster, 1999).

Por otro lado, es importante tener en cuenta que muchos de los cambios políticos e institucionales reflejados en un documento de políticas sanitarias suelen exceder al ámbito del Ministerio de Salud. Es por ello que se debe procurar alcanzar un nivel de consenso suficiente con otros estamentos del gobierno, de la sociedad civil e incluso de los grupos de oposición política sobre el contenido y la orientación de las políticas sanitarias que servirán de base a un ESS.

El programa de gastos

En un ESS se debe definir un programa de gasto público, que refleje la política macroeconómica y las prioridades del sector de manera transparente. Este proceso tiene, además, la finalidad de fortalecer el proceso presupuestario nacional. Los programas de gasto se basan en proyecciones de los recursos disponibles a medio plazo y en presupuestos a corto plazo que se revisan anualmente. Estas proyecciones a medio plazo son también necesarias para identificar en qué áreas se debe garantizar el gasto público caso de darse una escasez de recursos. Dado que un ESS se ocupa, en

principio, del sector salud en todo su conjunto, el programa de gasto debe estar basado en estimaciones de todos los recursos disponibles, incluido el gasto privado.

Para evitar grandes fluctuaciones de recursos al definir las prioridades del gasto, la preparación de los programas de gasto sectoriales debe ir precedida por un diálogo dentro del gobierno sobre las prioridades intersectoriales de gasto público. Los gobiernos, por otro lado, deben tratar con los donantes el delicado tema de equilibrar los gastos entre distintos sectores. Puesto que todos los países donde se han desarrollado ESS venían experimentando niveles de gasto público en salud bajos y decrecientes, los programas de gasto acordados han tendido a dirigir más recursos hacia el sector salud.

Componentes institucionales

El objetivo primordial de un ESS es desarrollar la capacidad gubernamental para dirigir el proceso de desarrollo sectorial. Gradualmente, los gobiernos deben ser capaces de dirigir la planificación de estrategias y políticas, de gestionar los análisis presupuestarios y financieros, de desarrollar sistemas e incentivos para gestionar el sistema sanitario en base a las políticas nacionales, y de establecer acuerdos y sistemas comunes de gestión de recursos. La meta no es sólo armonizar los procedimientos de los donantes, sino que éstos utilicen los sistemas nacionales (revisados y pactados) para el seguimiento de resultados, para la gestión financiera y para la obtención de bienes y servicios.

1.4 Alcance e implicaciones de un ESS

El desarrollo de un ESS conlleva cambios fundamentales en las relaciones donante–gobierno, además de otras consecuencias:

- A diferencia de los programas de financiamiento externo y cooperación tradicionales, en que la agencia donante puede influir con facilidad en las actividades a financiar, en un ESS el gobierno destinatario asume el liderazgo en el diseño de programas y en la distribución de recursos.
- Al mismo tiempo, los donantes ceden el derecho a decidir qué proyectos financiar a cambio de tener voz y voto en el desarrollo de la estrategia sectorial y la distribución de recursos en su conjunto.
- Es poco probable que la cooperación externa produzca beneficios sostenibles en un contexto macroeconómico inestable. Es por ello que los ESS requieren de un marco macroeconómico sólido que tenga en cuenta posibles alteraciones en el contexto macroeconómico.
- Los ESS deberían de abarcar el sector sanitario en su totalidad, incorporando el gasto público y privado así como a los prestadores privados con y sin ánimo de lucro. Sin embargo, puede ser más factible comenzar con programas

subsectoriales, sobre todo si existen problemas de transparencia financiera y de seguimiento de resultados. En este contexto los donantes podrían continuar financiando directamente a prestadores no públicos.

- Los ESS se deben enfocar como un proceso progresivo. Representan un enfoque de desarrollo sectorial y no un modelo a seguir para un determinado tipo de programa. Del mismo modo, las políticas, y los cambios institucionales y presupuestarios deben de implementarse a un ritmo apropiado para el país destinatario.
- Para ser exitosos los ESS requieren de un compromiso y asociación entre gobiernos y donantes hacia metas acordadas. Para ello es necesario establecer procedimientos para alcanzar acuerdos y para trabajar conjuntamente. Dichos procedimientos deberían incluir: mecanismos para abordar temas emergentes durante la preparación de los programas sectoriales; definir qué acuerdos son necesarios a nivel nacional; formalizar un código de conducta y normativo que permita resolver desacuerdos e incumplimientos por parte de cualquiera de las partes; y acuerdos sobre la forma en que se realizará la planificación y evaluación de resultados.
- Los donantes deben revisar si los procedimientos utilizados en su relación con los gobiernos de los países destinatarios son los apropiados. Deben evitarse procedimientos basados en la condicionalidad y aquellos que resulten excesivamente detallados.
- El objetivo es que los gobiernos sean eventualmente capaces de utilizar fondos conjuntos para procurar bienes y servicios. Para ello suele ser necesario relajar ciertas restricciones en las reglas concernientes al origen de los fondos y de la ayuda condicional, y desarrollar procedimientos comunes para procurar bienes y servicios.

Los ESS y los procesos de descentralización

El diseño y la implementación de los ESS puede resultar más difícil en sistemas políticos o sanitarios altamente descentralizados, dada la necesidad de equilibrar políticas definidas a nivel central con las responsabilidades asignadas a las unidades descentralizadas. Por ejemplo, se ha argumentado que la fuerza centralizadora de un ESS podría poner en peligro el mismo proceso de descentralización. También existe preocupación sobre la capacidad y transparencia existentes en los niveles descentralizados (municipios, gobiernos locales y regionales), y por la posibilidad de que los programas prioritarios (programas verticales) puedan resultar perjudicados como resultado del cambio de enfoque en el sector.

Cassels (1997) opina que, en principio, no hay razón por la que el proceso de descentralización política no sea compatible con un enfoque sectorial en grandes países federales. Un modo de contrarrestar preocupaciones al respecto puede ser la asignación de fondos para prioridades en el sector. Por otro lado, los problemas de

capacidad han de atajarse en sistemas de salud más y menos descentralizados para asegurar que, entre otros resultados, los servicios ofertados no sean de menor calidad que los programas verticales de antaño.

Alcance de los ESS

Los ESS implican una política de sector y un modelo de financiamiento consensuados, pero no son ni un absoluto ni un modelo único. De hecho, existe un amplio espectro de posibilidades para financiar un ESS que oscilan entre lo que podríamos denominar modelos ‘cerrados’ y ‘abiertos’. En un ESS ‘cerrado’ el gobierno ejecuta la estrategia pactada para el sector con financiamiento mixto procedente del gobierno y de los donantes. El apoyo financiero de los donantes sirve para reforzar el presupuesto sanitario gubernamental. En un ESS ‘abierto’ se acuerda una estrategia entre gobierno y donantes, pero ambos pueden continuar financiando proyectos y programas por separado siempre que éstos se ajusten a la estrategia pactada. Las agencias de cooperación y financiamiento pueden proporcionar sus fondos bajo una de estas formas o usando combinaciones de las mismas. Por ejemplo, algunas agencias de desarrollo conceden apoyo financiero al presupuesto gubernamental (financiación mixta) y otras dirigen sus fondos hacia determinados elementos o programas (IHSD, 2000). El objetivo es incrementar los recursos canalizados a través de fondos comunes a medida que crecen la confianza y la experiencia.

Es importante distinguir entre un ESS y los llamados Programas de Inversión Sectorial (SIP; del inglés *Sector Investment Programme*). El término SIP fue usado por el Banco Mundial para referirse a los programas de inversión dirigidos a un sector específico. A diferencia de los ESS, los SIPs tienen unas connotaciones financieras y legales específicas (impuestas por el Banco y aceptadas por el país destinatario del préstamo), pues forman parte de los mecanismos operacionales del Banco Mundial. Para evitar confusiones, se ha utilizado el término ESS para describir *programas nacionales de desarrollo sectorial*, diferenciando esta modalidad de los tradicionales Programas de Inversión Social. Cuando un país se embarca en un ESS, es corriente que se adopte un término nacional, como por ejemplo el ‘Programa de Acción Social’ o SAP de Pakistán.

Un ESS ‘cerrado’ con financiamiento mixto funciona, más o menos, como un SIP en el sentido de que es el gobierno quien gestiona el financiamiento. Los fondos son desembolsados en base a informes de gasto preparados por el mismo gobierno y aprobados por la fuente financiera (Nabarro y Asamoah-Baah, 1998). Sin embargo, a diferencia de los SIPs y otros mecanismos de financiamiento, un ESS se basa en preacuerdos explícitos sobre el desarrollo del sector y sobre la distribución de recursos en su conjunto. El objetivo de un ESS es el de aumentar la cantidad de recursos para el sector (por encima de los que los gobiernos hubieran desembolsado) y mejorar la conducción y eficiencia del mismo (Walford, 1998).

1.5 Preocupaciones de los donantes

Algunas agencias de cooperación y gobiernos donantes mantienen reparos con respecto a los ESS, en especial aquellos que financian programas para el control de enfermedades específicas (Walford, 2000b). En concreto, existen las siguientes preocupaciones:

- Que el ESS haga perder a los donantes su capacidad de justificar los gastos incluidos en el financiamiento mixto, no pudiendo así asegurar a sus gobiernos qué es lo que están financiando o qué impacto concreto tienen sus inversiones.
- Que como resultado del cambio de un enfoque vertical a uno sectorial, los programas prioritarios y de reducción de la pobreza salgan perjudicados al no asignárseles suficientes recursos.
- Que los sistemas de gestión financiera de los gobiernos destinatarios, y sus sistemas internos y externos de auditoría no sean confiables. Los donantes necesitan de estos mecanismos para justificar gastos a sus respectivos gobiernos y asegurar que los fondos se usen de manera adecuada.
- La falta de confianza en la capacidad de los gobiernos destinatarios para la procuración y provisión de bienes y servicios.
- La reducida capacidad de muchos gobiernos receptores para contratar a proveedores no gubernamentales, con el consiguiente favoritismo hacia proveedores públicos. Esta situación no es intrínseca a un ESS, sino que depende del contexto de cada país y de cómo se esté tratando de solucionar la falta de provisión pública. En países donde los donantes hayan tendido a canalizar fondos a través de proveedores no públicos, y donde los ESS impliquen cambios en los procedimientos establecidos, será necesario tener en cuenta la capacidad gubernamental existente.

A pesar de que estas preocupaciones son reales, todas pueden solventarse. Muchas agencias bilaterales y multilaterales de desarrollo consideran en la actualidad que los beneficios potenciales de un ESS en términos de sustentabilidad y de liderazgo gubernamental exceden por mucho a los riesgos existentes. En general, los problemas y riesgos serán mejor abordados y controlados en la medida en que los donantes y agencias de desarrollo:

- Participen de forma activa y positiva en el proceso de diseño del ESS.
- Reconozcan que el diseño debe evolucionar desde las circunstancias específicas de cada país.
- Entiendan los mecanismos de financiamiento y aseguren que éstos permiten el progreso desde un ESS más abierto hacia uno más cerrado, a medida que se refuerza y demuestra la capacidad del gobierno receptor.
- Aseguren que la distribución de recursos por parte del gobierno concede la prioridad necesaria a los problemas de salud más importantes y a los grupos de

población con mayores necesidades. De no ser éste el caso siempre queda el recurso a los donantes de asignar recursos específicos para los programas prioritarios, aunque siempre dentro del acuerdo global del ESS, por un período limitado y como último recurso (Cassels, 1997).

- Establezcan indicadores para la evaluación de resultados, por medio de negociaciones con cada país. Cassels (1997) propone un seguimiento regular de cada una de las unidades de gasto, y evaluaciones agregadas de resultados en el sector, incluyendo el impacto en la salud de diferentes grupos, cobertura, calidad de servicio, coste-efectividad y satisfacción de los usuarios.



2 Revisión de la experiencia actual

2.1 Países con ESS: Perspectiva general

Todos los ESS existentes en la actualidad se han iniciado en países de bajos ingresos en África y Asia, y muestran distintos grados de éxito. Dado que los ESS son un fenómeno relativamente reciente (mediados de los años 90) y que el proceso de implementación de un ESS suele ser largo, la evaluación de los ESS es una disciplina relativamente reciente y en constante mejora. Apenas se ha comenzado a discernir las ventajas y desventajas de adoptar un enfoque sectorial, y esto sólo en países como Pakistán, Ghana o Zambia, los primeros países en introducir un ESS a mediados de los años 90.

En el sector sanitario, se han iniciado ESS en África (Ghana, Zambia, Uganda, Mozambique, Sierra Leona, Tanzania, Senegal, Mali, Burkina Faso, Etiopía), en Asia (Bangladesh, Vietnam, Camboya), y también en Egipto y Yemen. Además, se está considerando introducir un ESS en algunos países latinoamericanos como Nicaragua y Bolivia.

El ESS de más duración es el Programa de Acción Social o SAP de Pakistán, que fue establecido en 1992. Dos de los éxitos citados con frecuencia son Ghana y Zambia, donde los ESS se han desarrollado junto a importantes reformas sanitarias y donde la comunidad de donantes ha participado en ambas. También se ha progresado mucho con el ESS de Bangladesh que, debido a su tamaño poblacional, representa un volumen considerable de fondos mixtos. En otros países, sobre todo en aquellos que han surgido de situaciones de conflicto, los procesos de reforma y los ESS han progresado más lentamente, como es el caso de Mozambique, o se halla en un estadio muy inicial como es el caso de Camboya y Vietnam. Estos últimos países no tienen aún ESS establecidos, pero están desarrollando mecanismos y consenso para su implementación.

Aunque los países donde se está introduciendo un ESS tienen características políticas, sociales, económicas y culturales muy diversas, sus sectores sanitarios – también diferentes – enfrentan problemas comunes. Todos ellos son países de bajos ingresos, con altos niveles de pobreza y escasez de recursos. El personal sanitario tiende a estar mal pagado y, a menudo, desmoralizado. Existen marcadas desigualdades socioeconómicas y regionales en la provisión de atención sanitaria y en los indicadores de bienestar social. Todos los países dependen en mayor o menor medida de la ayuda

Cuadro 1: Programa de Acción Social (SAP) de Pakistán

El ESS fue formalmente adoptado en 1993 para mejorar inversiones en servicios sociales básicos.

Primera fase (1993–1997): Definida en un principio como atención primaria, incluyendo servicios comunitarios y unidades de salud básicas, educación primaria, bienestar social y provisión de agua y saneamiento rurales.

Segunda fase (1997–2001/2): Extendida para abarcar toda educación elemental, salud hasta el primer nivel hospitalario y más actividades urbanas.

Condiciones favorables

Gobierno comprometido a mejorar la disponibilidad de recursos, políticas y estrategias sectoriales, junto con reforma institucional y una agenda de gobierno coherente.

Proceso

Durante la primera fase, el Banco Mundial adoptó el papel de líder, gestionando el diálogo con el gobierno. Dominaron el estilo y los recursos del Banco y como resultado, el SAP fue percibido como un requerimiento del Banco y otros donantes. Los donantes centraron demasiado su atención en planes operativos, y los planes de implementación fueron sujetos a la tradicional supervisión detallada de proyectos por parte del nivel central, quitando iniciativa a los gobiernos provinciales. Se prestó menos atención a las políticas, estrategias y reformas sectoriales. Por otro lado, hubo una falta de convergencia entre la perspectiva nacional con respecto a temas de macro financiamiento y la realidad en las provincias. La apropiación del proceso por parte de los donantes desincentivó la apropiación del mismo por parte del gobierno. El nivel de implementación y el público en general no comprendieron ni el razonamiento ni los objetivos del programa. Durante la segunda fase se adoptó un programa de más colaboración, y la responsabilidad del SAP se traspasó a un oficial superior del gobierno de Pakistán.

Logros

- Mejoras a nivel del debate sobre políticas sectoriales, aunque la falta de continuidad y la continua preocupación de los donantes por el detalle de los planes operativos han frenado el progreso hacia un programa de enfoque sectorial efectivo y dirigido por el gobierno.
- Un aumento de financiamiento en el sector público sanitario.
- Un enfoque sectorial más coherente con la políticas sanitarias.
- Más y mejor provisión de atención primaria, medicamentos esenciales y contraceptivos, con menor absentismo del personal sanitario y con una mejor (aunque todavía deficiente) calidad de servicios.

- Se está comenzando a observar una mejor planificación, seguimiento y gestión del sector, y un uso más efectivo y eficiente de los presupuestos.

Problemas

- El SAP no ha tenido un enfoque suficientemente fuerte hacia los resultados obtenidos a nivel de la gestión y de la prestación de los servicios.
- No hay evidencia de impacto significativo en los indicadores de desarrollo humano de los más pobres.
- No ha habido una amplia participación política: la transferencia programada en un principio de parte del presupuesto de defensa y de gastos no sociales hacia los sectores sociales no ha tenido lugar. Por otro lado, el control de presupuesto y planificación corresponde al nivel federal, pero la política e implementación del sector social son responsabilidad provincial. Un enfoque sectorial efectivo requiere participación y compromiso a ambos niveles.

(Fuente: Brown, en Foster et al., 2000)

financiera externa para la prestación y financiamiento de los servicios sanitarios. En todos los países que han implantado un ESS se pretende mejorar la salud de la población a través de una mejora en la eficacia, efectividad y sostenibilidad de la atención sanitaria.

Los cuadros 1, 2 y 3 resumen las principales etapas de cambio que han experimentado Pakistán, Mozambique y Ghana en su marcha hacia un ESS. Los tres casos muestran muy distintos grados de éxito y denotan el hecho de que el progreso hacia un ESS es lento y de naturaleza evolutiva. En todos ellos, las estrategias han surgido y cambiado a medida que progresaban el proceso de negociación y debate entre las partes implicadas.

2.2 Progreso actual

La mayoría de los ESS se han centrado en el papel del sector público dentro del sistema sanitario, y no en el sistema sanitario en todo su conjunto. Todos los países ven los ESS como procesos incrementales, progresando de un ESS abierto hacia uno más cerrado a medida que crecen la confianza y la experiencia. Ya hay países con financiamiento común, aunque éste tiende a coexistir con financiamiento separado para proyectos. Por ejemplo, Zambia y Ghana han logrado establecer acuerdos de financiamiento comunes. Ghana tiene una cuenta común para fondos de donantes bastante significativa, utilizada para financiar gastos no salariales a nivel nacional y regional. Zambia tiene una cesta común de donantes para el financiamiento de gasto no

Cuadro 2: El plan de Mozambique para un ESS en el sector salud

Mozambique no cuenta todavía con un enfoque sectorial para el desarrollo sanitario, pero ya cuenta con algunos de los pilares necesarios, y el Ministerio ha comenzado a desarrollar un plan estratégico sectorial y de implementación de 5 años. Por otro lado el país ya ha experimentado con financiamiento mixto, apoyo presupuestario y coordinación de donantes en el pasado, todos aspectos relevantes para un ESS.

Experiencias previas con acuerdos de trabajo conjuntos

- 1992: la Cooperación Suiza para el Desarrollo (SDC) adopta el papel de donante líder, actuando de enlace entre el Ministerio de Salud (MdS) y otras agencias financiadoras.
- 1994/5: SDC inicia apoyo presupuestario reforzado por un proceso de Planificación Provincial Integral (IPP) para asistir con la gestión de recursos. Comienzo de proceso de auditoría conjunta entre MdS y donantes.
- 1996: se establece un grupo de coordinación de donantes.
- 1996: comienzan acuerdos de financiación mixta para medicamentos y asistencia técnica, dirigido por donantes.
- 1997: el Ministerio de Planificación y Finanzas (MdPF) comienza un proceso de reforma del presupuesto a niveles central y provincial, incluyendo la introducción de Planes de Financiamiento a Medio Plazo (PFMP); el MdS comienza la revisión de política sanitaria a petición de los donantes.

En 1998, los donantes piden al MdS iniciar el desarrollo de un ESS:

- Mayo 1998: MdS y MdPF comienzan a desarrollar una estrategia financiera a largo plazo.
- MdS acepta las recomendaciones del Grupo de Asesoramiento Técnico de Revisión de Políticas, el cual sugiere un desarrollo cauteloso de las iniciativas existentes para el desarrollo de un enfoque sectorial. El MdS firma entonces un comunicado conjunto con donantes al respecto.
- 1998: MdS establece una Unidad de Apoyo Técnico para Planificación Estratégica.
- 1999: MPF establece una unidad para ayudar a los Ministerios a desarrollar un ESS.
- Junio 1999: encuentro entre gobierno y donantes para establecer consenso sobre cómo enfocar el ESS. Aún no existe un proceso de acuerdo definitivo entre MdS y donantes para desarrollar la propuesta y finalización del ESS sanitario, y se está debatiendo una propuesta provisional.

(Fuente: Brown, 2000a)

Cuadro 3: Desarrollo de un programa sectorial en Ghana

Ghana ha venido desarrollando un ESS desde 1993, habiendo llevado a cabo reformas sanitarias importantes en los años anteriores.

Primera fase: Crítica y falta de satisfacción con los proyectos de cooperación tradicionales (fines de los años 80)

La multitud de proyectos de donantes surgida en los años 80 estaba muy enfocada a actividades específicas y obstaculizaba el proceso de desarrollo de capacidad dentro mismo del sector. El apoyo selectivo de los donantes sobre ciertas actividades, y no sobre otras, genera ciertas desigualdades regionales y desequilibrios en el sector (por ejemplo, el enfoque sobre el sector primario conduce al abandono del sector hospitalario). La existencia de sistemas de información individuales para cada proyecto y agencia resulta en una costosa recogida de datos. Se institucionalizan encuentros regulares entre directores regionales que reconocen la necesidad de un enfoque más integrado en el sector sanitario y de una gestión más coherente del mismo.

Segunda fase: Mecanismos para una mejor coordinación sectorial (principios de los años 90)

Se reestructura el sector sanitario y el Ministerio de Salud (MdS), donde se crea una nueva división importante: la Unidad de Planificación, Seguimiento y Evaluación de Políticas, que permite un trato coordinado con los donantes. Además, se reforma el presupuesto del MdS en torno a centros de gasto con el fin de equiparlo a la nueva estructura, y al mismo tiempo se descentraliza, proporcionando más control a los coordinadores de distrito y regionales para gestionar sus propios recursos. Sin embargo, la poca confianza entre donantes hace que la mayor parte de los fondos se sigan dirigiendo directamente a programas específicos. El MdS identifica entonces la gestión financiera como área prioritaria en la reforma y se empiezan a mejorar los sistemas de contabilidad.

Tercera fase: Marco de Políticas y Plan a Medio Plazo (1993–1995)

La necesidad de un proceso participativo se considera esencial para inculcar un mayor sentimiento de apropiación y facilitar el proceso de implementación. Se organiza un Encuentro Nacional sobre el Desarrollo del Sistema Sanitario, financiado por los donantes más importantes, el cual lleva largo tiempo y es costoso. Inicialmente se llega al compromiso de desarrollar un Marco Estratégico para el Desarrollo Sanitario a Medio Plazo y un plan de salud a 5 años. Este marco se evalúa con más detalle y después de considerables negociaciones se acuerda un programa de trabajo de 5 años que comprende:

- Una serie de metas, objetivos, prioridades y estrategias claramente definidos.
- Acuerdos de implementación, incluyendo una evaluación de la capacidad institucional existente.

- Un plan de recursos, indicando el financiamiento necesario para el periodo determinado.

Cuarta fase: Reemplazamiento gradual de proyectos por un programa sectorial (desde 1996)

Se procede a una mayor elaboración de acuerdos de gestión comunes, incluyendo planificación y presupuestos, desembolso y contabilidad, procuramiento de bienes y servicios, y mecanismos de seguimiento y evaluación. A medida que se realizan las evaluaciones, el presupuesto se revisa (por ejemplo para incluir planes de desarrollo para los hospitales regionales). El proceso de evaluación se completa a principios de 1997 y se establece un fondo común. Varios donantes continúan financiando proyectos, pero todos usan sistemas de información financiera comunes.

(Fuente: Asamoah-Baah y Smithson, 1999)

salarial a nivel de distrito. A pesar de que las cuentas comunes se hallan todavía bajo estricta supervisión por parte de los donantes, el objetivo es relajar los controles e ir suprimiendo cuentas separadas de donantes individuales. La atención se ha centrado en la distribución de recursos a nivel nacional, o de gobiernos regionales en países más grandes, en relación con el equilibrio global entre gastos de capital y gastos recurrentes, gastos salariales y no salariales, etcétera.

Todos los ESS pueden considerarse un éxito en cuanto a que proceden de un debate político entre donantes y gobiernos alrededor de una mesa común. En concreto, ha habido logros positivos en:

- El desarrollo de planes para el sector sanitario y el establecimiento de sistemas para el seguimiento de resultados. Esto ha sido posible cuando ha habido acuerdo entre todas las partes financieras. Los ESS han funcionado mejor donde ha habido correspondencia entre el alcance del programa y el área de responsabilidad de un solo ministerio, agencia o gobierno con presupuesto único (Jones, 1997, en Foster, 1999). Es muy útil tener una visión clara de la distribución global de recursos y servicios, lo cual puede hacerse por medio de la compilación de cuentas nacionales de salud, como en Bangladesh (Foster, 1999).
- El papel de los gobiernos y los ministerios de sanidad en el sector sanitario se ha fortalecido y expandido. Hay una visión más clara y coherente del sector sanitario, del desarrollo de políticas y de la distribución de recursos. Por ejemplo, en algunos países los gobiernos han tenido que tratar más directamente con proveedores no estatales. En Ghana se han hecho contratos entre el gobierno y

las misiones, las cuales han jugado tradicionalmente un papel importante en la provisión de atención sanitaria.

- Se ha fortalecido la estructura de los presupuestos públicos, con el fin de mejorar el seguimiento del gasto, y para permitir el establecimiento gradual de fondos comunes.² Como resultado, los programas del sector sanitario están integrándose gradualmente con el proceso global de planificación presupuestaria, y la distribución de recursos se está haciendo de manera más racional y transparente.
- La canalización de recursos hacia el sector sanitario ha aumentado, aunque es difícil por supuesto estimar cual hubiera sido el volumen de recursos caso de no existir un ESS. Por ejemplo, los planes de gasto desarrollados en Pakistán, Zambia, Mozambique, Senegal y Ghana han aumentado la cantidad de financiamiento público para el sector sanitario proporcionada por donantes y gobiernos (Peters, 1998; Foster et al., 2000).
- Hay un mejor entendimiento de las barreras para la utilización y mejora de los servicios sanitarios, incluyendo una mayor conciencia de temas como la corrupción y la necesidad de dar incentivos a los buenos prestadores.
- Se han establecido procedimientos comunes para la gestión de fondos externos en muchos países, incluyendo Bangladesh, Zambia y Mozambique, aunque éstos se limitan a unos pocos donantes y pequeñas cantidades de dinero (excepto en Bangladesh, donde el monto es muy significativo). Por otro lado, se están empezando a utilizar procedimientos financieros basados en sistemas de los gobiernos destinatarios y no de los donantes, como por ejemplo en Tanzania y hasta cierto punto en Mozambique. También hay buenas perspectivas de que éste sea el caso en Uganda (Foster et al., 2000).
- Se están estableciendo revisiones de progreso conjuntas, utilizando indicadores de seguimiento comunes. En Bangladesh, el consorcio del ESS ha establecido el uso de procedimientos armonizados (evaluación y seguimiento de proyectos de forma conjunta) y el uso de sistemas de gestión comunes (Buse, 1999).

2.3 Obstáculos para el cambio

El desarrollo de un enfoque sectorial es tarea compleja, que puede resultar abrumadora y poner a prueba la capacidad del gobierno. Incluso cuando existe un claro comunicado de intención por parte del gobierno, el proceso de preparación del documento de políticas sectoriales puede resultar excesivamente largo si no se refuerza simultáneamente la capacidad gubernamental para llevar adelante el proceso de planificación. De no realizarse este refuerzo el proceso de definición de políticas puede resultar en una 'parálisis' del proceso de planificación. En Uganda, por ejemplo, un proceso de definición política que se estimaba llevaría seis meses acabó durando tres años (Walford, 2000a) a causa de una atención excesiva hacia los detalles del plan

² Los fondos comunes tienen el objetivo de financiar unidades específicas de gasto, tales como la asistencia técnica y la compra de medicamentos, y normalmente están proporcionadas por un número reducido de donantes (Walt et al., 1999a).

estratégico y de implementación, en detrimento de proceso mismo de implementación. Es importante poner un énfasis menor en la perfección del plan, y uno mayor en apoyar y hacer un mejor seguimiento de la implementación en sí. A continuación se explican con más detalle algunos de los problemas surgidos al implementar un ESS.

- Ha habido dificultades para lograr acuerdos sobre programas y planes de gasto entre donantes y gobiernos. Los problemas técnicos más comunes están asociados a la obtención de datos que satisfaga las expectativas de todos los interesados, unidos al hecho de que, a menudo, no existe una base de información fiable. Por otro lado, no es fácil para las agencias de desarrollo separar los costes administrativos de los costes de desarrollo del programa. Por último, puede ser difícil acordar objetivos y programas de gasto. Por ejemplo, ha sido muy contencioso el intento de limitar y demarcar presupuestos para hospitales terciarios a fin de aumentar los fondos destinados a la atención primaria. Éste ha sido el caso en Bangladesh, Ghana, Mozambique, Pakistán, Sierra Leona y Senegal. En todos estos países, los representantes del gobierno favorecieron una mayor asignación de recursos para los hospitales terciarios, y fue necesario alcanzar un compromiso (Peters, 1998).
- Aunque el financiamiento común (compartido) sea el mecanismo preferido por el gobierno destinatario, éste continúa siendo relativamente pequeño en relación al financiamiento total (con algunas excepciones, como Bangladesh). Ello se debe, en general, a la falta de confianza de los donantes en la capacidad de monitorear y dar cuenta de los recursos públicos por parte de los países destinatarios. Es por ello que cada vez se presta más atención a desarrollar las competencias y sistemas de los países destinatarios en la contabilidad y el seguimiento de los presupuestos. En Ghana, por ejemplo, la cuenta común de los donantes ha sido posible gracias a una inversión significativa en los sistemas de gestión financiera y de supervisión del gasto (Addai y Gaere, 2001). Otro obstáculo es que algunos donantes y países destinatarios tienen procedimientos que prohíben el financiamiento de gastos recurrentes, por los que suele ser necesario modificar y relajar los mecanismos y procedimientos de financiación tradicionales en vías de un fondo común.
- En algunos países (sobre todo de Asia) existe un doble sistema de presupuesto: uno, el presupuesto de desarrollo, es para los llamados gastos de desarrollo y los programas de asistencia (*development budget*) y otro, el presupuesto recurrente, es sólo para gastos recurrentes (*recurrent budget*). En Bangladesh, por ejemplo, el ESS se ha centrado principalmente en el presupuesto de desarrollo, que está gestionado por una oficina especial, mientras que el presupuesto de gastos recurrentes continúa siendo asignado de forma tradicional e incremental, en base a los gastos del período presupuestario anterior. Además de no tener relación alguna con la realidad macroeconómica, este doble enfoque

tiene desventajas, ya que los costes incrementales del gasto de desarrollo tienden a incluirse como costes de proyecto sin ningún plan para su eventual asimilación en el presupuesto recurrente. El abandono de una perspectiva de proyectos no ha solucionado el problema (Foster, 1999).

- El problema de equilibrar inversiones entre el sector sanitario y otros sectores no se ha resuelto. La mayoría de los gobiernos que han adoptado un ESS no disponen de los recursos necesarios para extender la cobertura poblacional de los servicios a toda la población, incluso con el apoyo de la cooperación externa. En 1997, por ejemplo, el 40 por ciento de la población de Mozambique no tenía acceso a los servicios más básicos (Walt et al., 1999b), por lo que el gobierno mozambiqueño y los donantes aceptaron que ofrecer una cobertura universal de servicios básicos no era factible a corto plazo, incluso con la colaboración de los donantes, y que no era factible transferir recursos desde otros sectores (Walt et al., 1999b).
- Los procesos de aprobación e implementación de decisiones relativas a los ESS son todavía demasiado lentos. Son frecuentes las demoras por parte de los donantes en la finalización de evaluaciones y en el desembolso de fondos, debido en parte a que sus procedimientos son demasiado rígidos, y en parte a que se insiste demasiado en los detalles de las políticas y de la planificación de la ejecución. Éste fue el caso durante la primera fase del SAP en Pakistán, en la cual dominaron los procedimientos y el estilo del Banco Mundial. Como resultado, el programa fue visto como una iniciativa del Banco y hubo poca apropiación del mismo por parte del gobierno. Al comienzo de la segunda fase, se traspasó la responsabilidad del programa a un oficial local de alto rango, y se acordó un enfoque más colaborador y participativo entre donantes. Una situación similar se dio en Bangladesh, con el Banco Mundial tomando también liderazgo del programa.³ Una característica común de estos primeros procesos de ESS fue que los estudios sectoriales se llevaron a cabo bien directamente por los donantes o bien sin haber consultado suficientemente con instancias del gobierno del país receptor. Un arreglo más efectivo en la conducción de estos estudios es que el gobierno realice la preparación de documentos (generalmente asistidos por servicios de consultoría financiados por los donantes), seguido de una evaluación neutral por parte de un equipo de expertos independiente, que actúa en representación de todas las partes (Walt et al., 1999b).
- La participación de la sociedad civil y el gobierno en el diseño y planificación de los ESS ha sido, en ocasiones, limitada. En el caso de Pakistán, el protagonismo de los donantes redundó en una menor apropiación del proceso por parte del

³ Sin embargo, en el sistema de sanidad de Mozambique se ha señalado que el Banco Mundial ha sido respetuoso con los planes y estrategias preparados por el Ministerio de Sanidad (Walt et al., 1999b).

gobierno. Además, la estructura federal de Pakistán determina que, si bien es el gobierno central quien recauda la mayor parte de los ingresos y quien determina la política fiscal global, son las provincias las responsables de la ejecución presupuestaria. Por lo tanto, un ESS en este contexto requiere la propiedad y el compromiso de ambos niveles – central y provincial – del gobierno (Thornton, 2000).

- Ha sido difícil desarrollar y utilizar los sistemas nacionales para la procuración de servicios, la contabilidad y la auditoría. Ello se debe a varios factores, incluyendo la limitada capacidad técnica de los gobiernos, el riesgo (real o potencial) de corrupción y el hecho de que la mayoría de los donantes han de justificar sus cuentas por separado. A este respecto Ghana ha hecho progresos a través de la inversión en el desarrollo y la auditoría de los sistemas de procuración. Este país también ha logrado negociar cantidades cada vez mayores de ayuda no condicional.
- Ha sido más fácil hacer un seguimiento de las actividades y los flujos financieros contenidos en un ESS que medir los resultados y el coste-efectividad del ESS. En conjunto, el diseño de sistemas de seguimiento ha sido difícil y permanece sin resolver, sobre todo por la conocida dificultad de medir los resultados de los sistemas sanitarios (en cuanto a su impacto sobre los indicadores de salud de la población) y no por los ESS en sí. Por ejemplo, los cambios en los indicadores de salud son a menudo muy lentos y no disponen de la necesaria sensibilidad para poder ligarlos a determinadas intervenciones sanitarias. Por todo ello, existe una tendencia en la actualidad a utilizar indicadores indirectos (*proxies* en inglés), que permiten medir los esfuerzos de donantes y gobiernos y verificar el compromiso con las políticas establecidas en el ESS. La tabla 1 proporciona una lista de indicadores comúnmente utilizados.
- Idealmente, los ESS deberían abarcar todo el sector sanitario, pero muchos países los han iniciado a nivel subsectorial. Por ejemplo, Pakistán lo ha enfocado al sector de atención primaria. Aunque esto no constituye un enfoque ideal, es quizás una opción más realista que el embarcarse en programas ambiciosos cuando no hay capacidad gubernamental suficiente.
- La oposición a los cambios por parte del personal sanitario han sido un fenómeno frecuente durante la implantación de un ESS. Ello se ha debido en parte a que, con frecuencia, el personal sanitario carece de los incentivos para promocionar el cambio (puede que perciba que el ESS requerirá más trabajo sin beneficios aparentes), o porque se perciben ventajas en mantener el status quo. Por ejemplo, los directores de programas verticales pueden percibir una pérdida de status, influencia y de algunas de las ventajas asociadas a estos cargos cuando se adopta un enfoque más sectorial e integrado. Éste fue el caso en Zambia y en

Tabla 1 Indicadores de seguimiento comunes

Indicadores	Propósito	Ejemplos	Posibles fuentes	Comentario
Indicadores de impacto	¿Cuál es el impacto del programa en la salud de la población a largo plazo?	Esperanza de vida Mortalidad infantil Fertilidad Mortalidad materna	Censos: demográfico y encuestas de salud	Tienden a responder lentamente a mejoras en el sector sanitario Pueden ser influidos a corto plazo por factores externos al sector o a su gobierno (ej. sequía) Medidos infrecuentemente Por lo tanto es necesario basarse en la calidad de servicios e indicadores de resultado como indicadores indirectos
Resultados (outcomes)	¿Cuáles son los efectos inmediatos en la salud?	Reducción de las enfermedades identificadas con prioridad Mayor conciencia de la salud	Encuestas demográficas y de salud Revisiones del MdS	Responden a resultados obtenidos con éxito Proveen información útil para la gestión de programas Dependen de la capacidad de investigación a nivel local
Rendimiento (output)	¿Se prestan más servicios sanitarios?	Cobertura de vacunación Pacientes de día vistos por tipo de servicio Disponibilidad de medicamentos en las clínicas Indicadores de equidad (rurales/urbanos, hombres/mujeres, pobres/no pobres)	Fuentes administrativas (ej. estadísticas del MdS; HMIS) Encuestas demográficas y de salud Estadísticas de proveedores de servicios sanitarios no gubernamentales	Pueden usarse como indicadores indirectos de la calidad de los servicios Dependen de sistemas de información sobre gestión sanitaria de buena calidad

Indicadores	Propósito	Ejemplos	Posibles fuentes	Comentario
Calidad de servicios	¿Se perciben cambios en la calidad de los servicios por parte de los usuarios?	<p>¿Están los servicios abiertos a horas especificadas?</p> <p>¿Se cobran pagos ilegales y sobornos a los pacientes?</p> <p>¿Son aceptables las tarifas de usuario?</p> <p>¿Se trata a los pacientes con justicia y respeto?</p> <p>¿Qué distancias hay a los servicios?</p>	<p>Encuestas sobre provisión de servicios</p> <p>CWIQs</p> <p>Encuestas a pacientes</p> <p>Registros de servicios</p> <p>Visitas de inspección</p> <p>Evaluaciones de pobreza participativas</p>	<p>Las mejoras en la calidad pueden servir de indicadores indirectos para medir resultados</p> <p>Útiles para identificar barreras de acceso y capacidad de respuesta de los servicios</p> <p>Cada vez más utilizados para seguimiento anual de un ESS, ej. Uganda, Tanzania y Bangladesh han recogido información sistemática sobre la experiencia de los que intentan usar los servicios disponibles</p>
Coste-efectividad	¿Los gastos proporcionan una buena relación coste-beneficio?	<p>Unidad de coste por visita de cada paciente de día</p> <p>Contactos con pacientes por tipo de personal sanitario</p> <p>DALYs</p>	<p>Cuentas de salud de hospitales distritos/regiones</p> <p>Investigación de economía de la salud</p>	<p>Pueden ser útiles para definir un paquete esencial de servicios</p> <p>Pueden permitir la comparación del rendimiento entre proveedores de servicios</p> <p>Requieren información fiable de actividades y presupuestos</p>
Actividad/proceso	¿Se ha cumplido el calendario para los cambios sectoriales acordados?	<p>Acciones acordadas tomadas</p> <p>Políticas implementadas</p> <p>Desarrollo del plan para el próximo año</p>	<p>Proclamaciones de presupuesto (periódicos)</p> <p>Informes del MdS</p>	<p>Dependen de la supervisión efectiva del seguimiento por parte del personal</p> <p>Relativamente fácil de recoger para actividades a nivel del MdS, más difícil a niveles inferiores</p>
Aportaciones (input)	¿Los desembolsos financieros han alcanzado los niveles de presupuesto acordados para categorías de gasto específicas?	<p>Nivel terciario/primario</p> <p>Salario/no salarial</p> <p>Capital/recurrente</p> <p>Urbano/rural</p> <p>Regional</p>	<p>Presupuestos de gobierno y estadísticas de donantes (informes de la División Financiera del MdS, distritos/regiones)</p>	<p>Dependen de la calidad de la información de presupuestos, a menudo no disponible</p> <p>Puede ser difícil distinguir entre tipos de gastos por debajo del nivel de distrito, por lo que la utilidad de los indicadores de aportaciones puede ser limitada por si sola</p>

Fuente: Foster et al. (2000).

partes de Ghana durante las primeras fases del ESS (Lake y Musumali, 1999). Por otro lado, se ha reportado en Bangladesh una falta de comprensión de los objetivos y de los posibles beneficios de las reformas y los ESS entre el personal sanitario (Foster, 2000).

- El vínculo entre el ESS y otras reformas sectoriales ha sido a menudo débil, debido en parte a que el diseño y las responsabilidades ligadas a estos procesos suelen recaer sobre distintos departamentos de gobierno e involucran a diferentes donantes. En países descentralizados la falta de vínculos entre las reformas y el ESS puede ocasionar problemas en la prestación de servicios y en la implementación de las propias reformas, y provocar una disminución en la cobertura de algunos programas verticales como, por ejemplo, el programa de vacunaciones (Brown, 2000b). Pero este hecho no puede llevar a la conclusión, extendida en ciertos medios, de que el ESS y otras reformas perjudican el rendimiento o la cobertura de programas prioritarios. En realidad, dicho impacto negativo es poco probable dado que el uso de fondos comunes es todavía muy limitado, y muchos donantes todavía financian programas prioritarios por separado. No obstante, se han reportado algunos problemas ligados a la implementación de un ESS. Uno es que el personal dedicado a implantar el ESS podría descuidar sus obligaciones relativas a la provisión de servicios, sobre todo en países donde el capital humano capacitado escasea. Otro problema es que cuando el presupuesto sanitario adopta un ESS cabe el riesgo de que los programas verticales sean mal gestionados en términos financieros y pierdan prioridad ante otras necesidades emergentes. Por último, se ha reconocido que el impacto de la reestructuración organizativa o financiera asociadas a un ESS sobre los servicios sanitarios es poco conocida (Brown, 2000b).
- Los costes administrativos ligados a la transición hacia un ESS también pueden aumentar al tener los gobiernos que operar, de manera transitoria, con procedimientos de ayuda al desarrollo antiguos y nuevos, y proporcionar información para ambos sistemas. Etiopía, por ejemplo, está reformando sus sistemas de gestión financiera al tiempo que ha tenido que introducir mejoras en sus sistemas de información y comunicación transitorios (Foster, 2000). La misma situación se ha reportado en Tanzania, sin que haya indicaciones claras de cuando van a disminuir los costes de transacción (Brown, 2000b).



3 El ESS y la salud de los pobres

3.1 ¿Son los ESS pro-pobreza?

Uno de los principales objetivos de la ayuda al desarrollo es contribuir a la erradicación de la pobreza, sin olvidar que la enfermedad es una causa importante de pobreza. En este sentido, cualquier mejora en la eficiencia de la ayuda externa y en la cobertura y calidad de los servicios esenciales – dos objetivos clave en la mayoría de los ESS – deberían tener, en principio, un impacto beneficioso sobre la salud de la población que vive en situación de pobreza. Pero existe la preocupación de que los ESS adopten un sesgo centralizado o centrípeto, y se ocupen de políticas sectoriales y de la demanda de servicios a nivel global, sin llegar a afectar al nivel local de la prestación de servicios a la población pobre. Por esta razón, los donantes interesados en la lucha contra la pobreza suelen encontrarse ante una disyuntiva: o canalizar la ayuda al desarrollo directamente hacia los más vulnerables (lo cual no siempre ha dado buenos resultados), o bien involucrarse y ejercer influencia para que la definición de políticas sanitarias y la distribución de los recursos se hagan de forma que favorezca a los pobres. En la práctica, donantes y gobiernos suelen adoptar un camino intermedio, dirigiendo ciertos recursos hacia los pobres, y abordando al mismo tiempo cuestiones sistémicas más generales.

Cassels (1997) reconoce que reconciliar una agenda enfocada hacia la reducción de la pobreza con un ESS puede ser problemático en la práctica. Habría que considerar al menos los siguientes puntos:

- Los donantes deben reconocer las presiones políticas a que se enfrentan los gobiernos destinatarios, y las responsabilidades que los mismos tienen hacia sus electores y no solamente hacia los pobres. Como ya se ha explicado, la participación en un ESS implica que los donantes influyan en las decisiones de gasto globales, y no sólo en las destinadas a determinados grupos.
- No se puede dar por hecho que financiar ciertas áreas como la atención primaria o los distritos rurales por medio de un ESS vaya a beneficiar directamente a los pobres (distintos grupos disponen de diferente acceso).

Aunque los ESS no son intrínsecamente pro-pobreza, tampoco son anti-pobreza. El que beneficien o no a la población pobre dependerá del conjunto de las políticas sociales en cada país, y de su efectividad. Por esta razón es más probable que los ESS tengan un

impacto beneficioso sobre la población de menores recursos en países comprometidos con la reducción de la pobreza. En este sentido puede existir cierto sinergismo entre los ESS y las Estrategias para la Reducción de la Pobreza (ERRPs) que se están implementando en los países pobres con mayor deuda externa (relativa a sus recursos).⁴ Las ERRPs describen y diagnostican las condiciones de pobreza en un país determinado, presentando un plan de acción a medio plazo para reducir la pobreza y estimular el crecimiento económico (World Bank, 1999a). Dado que las primeras ERRPs datan del año 2000 es demasiado temprano para evaluar el sinergismo entre dichas estrategias y los ESS.

3.2 Experiencia de los ESS respecto a la salud de los pobres

La mayoría de los ESS han tratado de canalizar recursos hacia cuidados primarios y preventivos con el fin de financiar un paquete básico de servicios. Por ejemplo, en Ghana, Uganda y Etiopía se pretende aumentar la proporción de recursos asignados para la atención primaria a nivel de distrito y área. De este modo, los ESS deberían conseguir mejorar la proporción de gastos sanitarios destinados a servicios – de atención primaria – de demostrado beneficio para la población pobre. Sin embargo, hay muy poca evidencia que sustente esta hipótesis. Por un lado, muchos servicios de atención primaria en países pobres son de poca calidad y son poco utilizados por la población, incluso por los más pobres, quienes a veces prefieren endeudarse y pagar por servicios privados que perciben como mejores. Por otro lado, limitar el gasto hospitalario *para transferir recursos al nivel primario* es una hipótesis interesante que, sin embargo, pocas veces se ha materializado en la práctica.

Asignar recursos hacia cuidados primarios y limitar los presupuestos para hospitales terciarios no es sólo difícil sino que puede resultar contraproducente. En Zambia, por ejemplo, se intentó limitar los presupuestos asignados a hospitales terciarios, pero la situación se hizo pronto insostenible por la oposición del personal hospitalario y porque los hospitales comenzaron a presentar un déficit de recursos que amenazaba su propia supervivencia. Todavía más importante es recordar que el hecho de que el gasto en atención primaria sea de mayor coste-efectividad para la salud de los más pobres que el gasto hospitalario, no quiere decir que los hospitales no benefician a los pobres. Muy al contrario, muchos profesionales de la salud pública han resaltado que es durante la enfermedad grave que las familias pobres experimentan sus mayores problemas. Por un lado, no cuentan con recursos económicos para pagar los costes hospitalarios, con lo que tienden a embarcarse en gastos que no pueden permitirse, llegando incluso a endeudarse, iniciando así un círculo vicioso de pobreza y endeudamiento del que es

4 El término 'país altamente endeudado' corresponde a la terminología HIPC – Highly-Indebted Poor Country – del Banco Mundial y otros organismos.

difícil salir. Por otro lado, los servicios hospitalarios son especialmente costosos para el erario público no sólo por el coste de los servicios, que es alto, sino porque el gasto hospitalario a menudo beneficia más a la clase media y alta, que es quien más los utiliza, que a los pobres. La cuestión sería por tanto cómo garantizar el acceso de la población pobre a servicios hospitalarios, y no la reducción del gasto hospitalario por sí misma. Por lo tanto, la cuestión de cómo gestionar y financiar los hospitales al mismo tiempo que se refuerza y expande la atención primaria permanece sin resolver en muchos países pobres.

Volviendo al tema de reforzar la atención primaria y garantizar el acceso de los más pobres a un paquete de servicios básicos, Foster (2000) mantiene que el enfoque adoptado en muchos países se ha centrado excesivamente en el lado de la oferta, ignorando importantes factores que afectan a la demanda de servicios. Por ejemplo, algunos países han introducido tarifas por servicios de atención primaria u hospitalarios con el fin de recaudar fondos. Este tipo de tarifas suele estar acompañado de un sistema de exenciones para los usuarios pobres, pero la experiencia demuestra que éstos o son difíciles de aplicar o simplemente no se aplican, lo que tiende a reducir la utilización de los servicios entre la población pobre (ver por ejemplo: Bennet y Gilson, 2000; Creese y Kutzin, 1995).

Esencialmente, el problema principal es que en los países de bajos ingresos con limitada capacidad gubernamental, los gobiernos no disponen de los recursos para financiar ni tan siquiera un paquete de servicios básicos para toda la población. Tanto los niveles actuales como futuros de financiamiento no son suficientes para financiar la cobertura universal (Foster, 2000). Éste es un problema técnico y políticamente complicado para el cual desafortunadamente no hay fácil solución, pero introducir tarifas por servicios puede ser perjudicial. Habría que considerar otros modelos de financiamiento tales como el prepago, o mejorar otras medidas fiscales que permitan recaudar más fondos sin penalizar a los más pobres. Por otro lado, la garantía de provisión de servicios no implica que el gobierno tenga que ser el proveedor. Las organizaciones no gubernamentales (ONGs), las misiones religiosas y el sector privado proveen una parte importante de los servicios sanitarios en muchos países, sin que existan a menudo mecanismos para que el estado reconozca, compense o incentive este tipo de servicios. En cualquier caso, se deben explorar mecanismos que aseguren la no exclusión de los pobres.

En la búsqueda de formas para evitar que la población pobre sea excluida del acceso a servicios sanitarios básicos, hay que prestar atención a lo siguiente:

- La definición de políticas ha de estar basada en un entendimiento sólido del comportamiento de los pobres en su acceso y demanda de servicios sanitarios, en los problemas que encuentran para acceder a los mismos y en su disposición al pago y uso de servicios gubernamentales (mecanismos que incentivan la

demanda y acceso a servicios sanitarios de la población pobre). A este respecto, es importante evaluar qué políticas funcionan mejor en contextos nacionales específicos.⁵

- Allí donde el sector privado es importante, los gobiernos deberían de regular la provisión de servicios privados y públicos.

Los ESS deberían de incorporar mecanismos que aumenten la responsabilidad de los gobiernos con respecto a las necesidades de la población pobre, por ejemplo por medio de subsidios dirigidos a ésta. Al mismo tiempo, pasos importantes en el desarrollo de estrategias anti-pobreza pueden ser incentivar la participación de los pobres en las estrategias de prestación de servicios, y aumentar la transparencia y el acceso a información sobre servicios disponibles, gasto sanitario y la distribución de servicios públicos. En Uganda y Tanzania por ejemplo, la publicación y exposición de tarifas y fondos sanitarios representa un esfuerzo por aumentar la transparencia del sistema (Foster et al., 2000). En India, Bangladesh y varios países africanos, la publicación de Estudios de Incidencia de Beneficios (del inglés *Benefit Incidence Studies*) está permitiendo a gobiernos y donantes participar en un debate más constructivo sobre si el gasto público está realmente beneficiando a la población pobre.

Cuando por razones políticas, económicas o técnicas no se puedan asignar inversiones públicas a corto plazo para los pobres, los gobiernos y donantes deberían por lo menos asignar fondos específicos para servicios sanitarios que respondan a los principales problemas de salud. Como estrategia provisional durante el desarrollo del ESS, esta ayuda específica puede incluir medicamentos y equipo médico, y puede ir dirigida a ciertas regiones geográficas o al apoyo de un número seleccionado de ONGs y proyectos comunitarios.

5 Recientes estudios han contribuido a entender las barreras a que se enfrentan los pobres en el acceso a servicios sanitarios y sus estrategias de demanda sanitaria. Ver por ejemplo los artículos de IHSD sobre estrategias pro- y anti-pobreza, 2000 en www.ihsd.org



4 Los ESS en países latinoamericanos

4.1 ¿Son los ESS necesarios o convenientes en Latinoamérica?

La experiencia con los ESS se limita a países de bajos ingresos de África y Asia, sin que existan precedentes de su aplicación en países de ingresos medios. En América Latina la mayoría de los países son de ingresos medios con una limitada o nula dependencia de la ayuda externa. La excepción son un pequeño grupo de países de muy bajos ingresos que sí dependen de la ayuda externa para financiar una parte significativa de su sector sanitario. De ellos, sólo Nicaragua y Bolivia han considerado en algún momento la posibilidad de introducir un ESS, pero en ambos casos dicho proceso está en un estadio muy preliminar y no existen decisiones gubernamentales al respecto. En cualquier caso, la falta de experiencia regional en ESS y el hecho de que experiencia en otras regiones esté recogida en un sinnúmero de documentos no publicados, y en inglés, no facilita que los tomadores de decisiones se planteen la conveniencia de adoptar un ESS en sus sectores sanitarios. Por todo ello, esta sección abordará dos cuestiones principales:

- ¿En qué casos y bajo qué circunstancias sería beneficiosa la introducción de un ESS en países latinoamericanos de bajos ingresos?
- ¿Cuál podría ser el alcance de un ESS en el contexto latinoamericano, y cuáles deberían ser los pilares para su desarrollo?

En términos de contexto muchas de las condiciones que han propiciado un ESS en otros países se dan en países latinoamericanos de bajos ingresos, y en países de ingresos medios donde hay alta incidencia de población pobre. Tal sería el caso de países como Bolivia, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Perú. Por ejemplo:

- Bolivia, Honduras y Nicaragua son países catalogados como pobres y altamente endeudados. Guatemala, El Salvador y Perú figuran como países de ingresos medios pero cuentan con un alto porcentaje de población extremadamente pobre que vive con menos de 1 dólar americano al día (ver la tabla 2).
- Todos los países mencionados presentan desigualdades muy marcadas en los niveles de ingreso de la población y en el acceso de la misma a servicios básicos, incluidos los servicios de salud. Más aún, el gasto público sanitario en estos países tiende a ser bajo e insuficiente, con el problema añadido de que dicho gasto público no siempre beneficia a los más pobres o a los problemas de salud que les afectan.

Tabla 2

País	PNB en US\$		Razón de ingresos por quintiles más alto y más bajo	Tasa de crecimiento anual del PIB	Gasto sanitario como % del PIB*	
	Per capita	PPP			Total	Public*
Bolivia	1.010	2.005	8,6	4,7	5,8	1,1
El Salvador	1.850	4.008	16,6	3,2	7,3	2,6
Guatemala	1.640	3.474	30,0	5,1	5,2	1,5
Honduras	740	2.338	17,1	3,0	7,3	2,7
Nicaragua	370	1.896	13,1	4,0	13,3	4,4
Perú	2.440	4.180	11,6	0,3	4,9	2,2

Fuentes: PAHO – *Situación de Salud en la Américas: Indicadores Básicos* (2000). * En *World Development Report, 2000/1*, World Bank. Las cifras negritas y subrayadas por los autores reflejan los valores máximos y mínimos en cada columna, respectivamente.

- La mayoría de estos países (en menor medida Guatemala y El Salvador) dependen de la ayuda externa para financiar sus servicios de salud y, en especial, sus servicios de atención primaria. La ubicación y las modalidades de cooperación externa en estos países están altamente influidas por las preferencias de los países donantes. Así por ejemplo, algunas áreas geográficas concentran gran parte de la ayuda externa mientras que otras apenas cuentan con recursos de cooperación externa o, incluso, gubernamentales.
- La cooperación externa se presta de la manera tradicional, financiando proyectos o insumos (anticonceptivos, medicamentos) específicos. Esto aumenta la vulnerabilidad de estos países a cambios en las políticas de cooperación de los donantes, sobre todo cuando éstos limitan o cesan el financiamiento de ciertos insumos.
- La falta de continuidad y de dirección en las políticas públicas de salud es un grave problema en todos estos países. Con algunas excepciones, se puede decir que las políticas sanitarias cambian al menos con la misma frecuencia que los períodos electorales, cada cuatro o cinco años. En muchos casos, las políticas sanitarias reflejan más bien las aspiraciones – a menudo exageradas – de los gobernantes, y no se plasman en una agenda de trabajo seria que indique cómo afrontar los retos del sector en base a los recursos disponibles.
- Una proporción muy significativa de los servicios de salud son prestados por el sector privado. Además, en algunos países existe una alta participación de organismos no gubernamentales en la prestación de servicios e insumos ligados a la cooperación externa. A pesar de todo ello no existen por lo general mecanismos de financiamiento que permitan dirigir recursos públicos hacia los servicios que prestan estos sectores. Esto significa que muchos usuarios pobres carecen de medios para acceder a servicios de salud proporcionados por prestadores privados, incluso en áreas donde los servicios públicos no están

presentes. Como muestra de esta situación, el gasto sanitario que procede directamente del bolsillo de los usuarios es alto en todos estos países.

4.2 ¿En qué circunstancias podría un ESS ser beneficioso?

Los ESS pueden hacer que la cooperación externa sea más eficaz y eficiente, que dicha ayuda se alinee mejor con las políticas del sector, y que las políticas sanitarias se basen en un diálogo más fluido entre gobiernos receptores y gobiernos y agencias cooperantes. Pero los ESS son también procesos largos y potencialmente complejos, que requieren de muchas horas de recursos humanos capacitados, en países donde los mismos escasean con frecuencia. Parecería oportuno preguntarse por tanto qué circunstancias resultan idóneas para que un país determinado tome la decisión de abordar un ESS, y cual debería ser el alcance o amplitud del mismo. Valdría la pena hacer las siguientes consideraciones.

- **La proporción de ayuda externa en el sector sanitario.** En países donde la ayuda externa constituye una parte importante del financiamiento del sector sanitario, o donde esta ayuda está enfocada a programas prioritarios, se podría considerar la aplicabilidad de un ESS. En países como Bolivia, Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua, la ayuda externa juega un papel importante en el apoyo de servicios preventivos prioritarios que los gobiernos no podrían de otro modo financiar. Cuanto mayor es el porcentaje de ayuda externa mayor la justificación para asegurar que dicha ayuda se gestiona correctamente, y mayores son por tanto las posibilidades de que un ESS redunde en beneficios para el sector.
- **El tipo de ayuda externa (en relación con el tamaño del país).** Cuando la ayuda externa es en forma de proyectos de asistencia, bajo la cual cada donante apoya proyectos específicos en diferentes áreas geográficas, su efectividad puede ser limitada.
 - En primer lugar, la administración de la ayuda externa supone una carga para el gobierno destinatario, ya que es necesario diseñar los proyectos, y hacer un seguimiento y evaluación de su impacto para satisfacer las necesidades de información de cada agencia de cooperación, y para aumentar las posibilidades de que la ayuda continúe. La experiencia de varios países latinoamericanos sugiere que los Ministerios de Salud, y los gobiernos en general, no tienen capacidad para gestionar la carga que supone el trato con donantes y con sus proyectos.
 - En segundo lugar, la ayuda externa puede introducir desequilibrios entre zonas geográficas o empeorar las que ya existen cuando se permite a los donantes elegir qué insumos o áreas geográficas serán el objetivo de la asistencia. Los gobiernos tienen un margen de maniobra muy limitado a la hora de negociar con los donantes, quienes tienen sus propias preferencias. Nicaragua, uno de los países más pobres de América concentra el mayor número de donantes y

agencias de desarrollo de toda la región, y la proporción del gasto sanitario financiada por la cooperación externa es también la más alta. A pesar de ello, la presencia de donantes y agencias de cooperación en amplias zonas de la costa atlántica nicaragüense sigue siendo casi inexistente, y la población local sigue careciendo de los servicios más básicos, que no les son proporcionados ni por la cooperación externa ni por el sistema nacional de salud.

- El enfoque de proyectos es a menudo menos flexible de lo que se supone, y poco sostenible, ya que es difícil adaptar los proyectos a un contexto de políticas cambiante, además de que los gobiernos no suelen tener la capacidad (ni la intención) de continuar con los proyectos una vez que éstos han finalizado.
- A veces se esgrime que los proyectos aportan innovación y experimentación en el área de ayuda al desarrollo a los países en los que actúan, dado que permiten pilotar iniciativas que, de otro modo, nunca se llevarían a cabo. Aunque puede que ello sea cierto en algunos casos muy contados, la realidad es que pocos proyectos contribuyen a paliar problemas de desarrollo o aportan innovaciones substanciales. Por ejemplo, muchos de los llamados proyectos de demostración de hecho no han demostrado nada, ya que hay pocas posibilidades de que las lecciones aprendidas (cuando las hay) contribuyan a mejorar otros proyectos y áreas geográficas.
- El coste de oportunidad de los proyectos de ayuda es mayor en países pequeños donde hay escasez de personal cualificado.

- **El grado de continuidad en la implementación de políticas.** La falta de implementación de políticas ha sido el problema más notorio y la razón principal de que muchos gobiernos latinoamericanos no hayan logrado introducir y mantener reformas sanitarias básicas. Los ciclos políticos que tienen lugar cada 4 (o 5) años resultan a menudo en cambios en las políticas sanitarias y en el personal clave que está familiarizado con las reformas anteriores. De este modo los cambios políticos representan una pérdida importante de capital humano y de 'memoria histórica' de qué se hizo en el pasado, por qué y con qué resultados. Estos cambios tienden a interrumpir seriamente los esfuerzos y reformas iniciados por la anterior administración, y a menudo conducen al nuevo personal de gobierno a renegociar proyectos y prioridades con la comunidad donante. La falta de implementación de políticas es frustrante para ambos, gobiernos y donantes, y conlleva el que muchas reformas no avancen más allá de las buenas intenciones. En este contexto, son los pobres los que salen más perjudicados, ya que las políticas y los planes de implementación nunca sobreviven lo suficiente para originar cambios tangibles en los servicios de salud de las regiones donde viven. Cuando la continuidad de políticas es un problema, los ESS representan una oportunidad para que donantes y gobiernos definan una agenda de trabajo, para que la mantengan y revisen a lo largo del tiempo, y para que dirijan recursos allá donde se han identificado necesidades.

- **La dirección de los subsidios públicos.** Los países de Latinoamérica presentan grandes desigualdades en la distribución de recursos y en el acceso a servicios públicos. Es por lo tanto esencial en estos países canalizar los subsidios públicos hacia quienes más lo necesitan. En la práctica, sin embargo, resulta muy difícil para los gobiernos cambiar la estructura y dirección de los subsidios públicos. En Latinoamérica, los gobiernos se enfrentan a desigualdades históricas en la asignación de recursos que les es difícil corregir en el contexto de una sola etapa de gobierno de 4 o 5 años. Por un lado está la oposición política, y por otro la falta de recursos económicos y financieros para introducir ciertos cambios. Todo sería mucho más fácil si los gobiernos utilizaran a los donantes como garantes de cambios previamente consensuados con ellos y, de ser posible, con los grupos de oposición, en áreas que todos pueden identificar como buenas para el país. Un ESS facilita este tipo de acuerdos y permite que los donantes no sólo actúen de garantes y eviten cambios no deseados en las políticas de subsidios públicos, sino que asignen recursos para que dichos cambios se realicen. Así lo sugiere la experiencia internacional.
- Cuando los subsidios públicos no están bien dirigidos hacia los más necesitados se corre el peligro de que la ayuda externa no contribuya a corregir las desigualdades, sino que las mantenga o incluso las aumente. Esto puede ocurrir especialmente cuando se permite a los donantes seleccionar determinadas áreas geográficas apropiadas a las necesidades de sus proyectos (para reducir supervisión y costes de transacción) pero que pueden no reflejar necesidades en la población. En estas circunstancias, los ESS pueden conducir a un proceso de reasignación de los recursos públicos y externos basado en una evaluación apropiada de las necesidades existentes. Tal proceso puede llevar largo tiempo y sobrepasar un único ciclo político, pero una vez logrado el apoyo, compromiso y recursos de los donantes, se limita hasta cierto punto el riesgo de que futuros gobiernos adopten medidas involucionistas.

4.3 Alcance de los ESS en Latinoamérica

Por definición los ESS son sectoriales, pero como ya se ha señalado muchos ESS actúan en la práctica a nivel de un subsector determinado (como el de atención primaria) o de ciertas intervenciones (como programas prioritarios o paquetes básicos de servicios sanitarios). No hay suficiente experiencia a nivel mundial para evaluar los méritos comparativos de un ESS global o de uno más limitado. Sin embargo, en principio, un ESS más limitado podría proporcionar los beneficios de un ESS global pero con un alcance más limitado.

La posibilidad de embarcarse en un ESS más limitado es importante en el contexto de los países latinoamericanos, donde las implicaciones de un ESS global podrían ser excesivamente complejas o largas. Por otro lado, está claro que se necesita alinear las políticas y los recursos de gobiernos y donantes en subsectores específicos de la

política sanitaria, progresando paulatinamente hacia un alineamiento más global. Éste es el caso de la salud sexual y reproductiva en Nicaragua, donde donantes y gobiernos han expresado la necesidad de definir una única política y estrategia nacionales que podrían ser apoyadas por ambos bajo un solo marco institucional. Así ha surgido la idea de construir un ESS en el área de la salud sexual y reproductiva, prioritaria para el Gobierno de Nicaragua y para otros gobiernos de la región. La experiencia de Nicaragua bien podría ser de utilidad y marcar el camino en la elaboración de un ESS para otros países latinoamericanos.

4.4 Desarrollo de ESS en Latinoamérica – ¿cuáles son los pasos clave?

Tanto si se intenta desarrollar un ESS global o uno más parcial, los pilares necesarios para su construcción por parte de donantes y gobiernos son esencialmente los mismos. A continuación se detallan algunos de los pasos más importantes.

Acordar una definición y un análisis comunes del problema o área de políticas a ser abordado

Es importante que, desde el principio, el análisis de los problemas, necesidades y áreas a ser cubiertas en un ESS sea un esfuerzo común por parte de los donantes y los representantes de gobierno. Aunque son el Ministerio de Salud y los donantes quienes deberían dar los primeros pasos, es posible que sea necesario involucrar a otras partes del gobierno en el transcurso del tiempo. Entre éstas, serán clave el Ministerio de Finanzas (Asuntos Económicos), la Oficina de Cooperación Externa (donde ésta exista y tenga competencias) y otros ministerios como el Ministerio del Gobierno Local en países más descentralizados. Un ESS comienza cuando donantes y gobiernos adoptan un compromiso explícito de abordar un determinado tema y solucionarlo de forma conjunta, sin condiciones ni posturas predeterminadas.

- Dado que pueden existir muchos donantes, es importante definir mecanismos asociativos para los mismos que permitan una amplia consulta y consenso, sin dificultar en exceso las negociaciones y la toma de decisiones que podrían resultar de un grupo excesivamente grande de representantes de agencias. En algunos países latinoamericanos ya existen grupos formales o informales de donantes y agencias para el desarrollo que pueden servir de punto de partida. Hay que recordar, sin embargo, que el desarrollo de un ESS debe incorporar al gobierno dentro del grupo de donantes desde el primer momento.
- Puesto que el análisis de la problemática del sector puede acarrear un tiempo que ni los donantes ni los gobiernos suelen poder aportar, una forma útil de iniciar los procesos de consultas es que los donantes concedan una serie de fondos para contratar servicios y estudios acordados en la mesa de negociación. El fondo para el ESS es una muestra tangible del interés de ambas partes por abordar un ESS en común.

Del análisis del problema a la consolidación del consenso: definición de una agenda de trabajo común

Una vez que el análisis inicial aclare y dimensione el tema principal a ser abordado, los grupos de población objetivo, los servicios que se deberían proveer y el papel de posibles proveedores (públicos y privados), es necesario definir una estrategia de abordaje común. Tal estrategia compromete al gobierno, actual y futuro, y a los donantes al entendimiento común de objetivos, estrategias y procesos que conlleva el acuerdo de una agenda común. Los gobiernos se comprometen a seguir la estrategia propuesta durante el periodo de tiempo requerido para lograr los objetivos, lo cual significa, en la mayoría de los casos, la definición de estrategias que van a sobrevivir ciclos políticos. Los donantes, por otro lado, se comprometen a apoyar la estrategia nacional y proporcionar los recursos necesarios y acordados con el gobierno. Los donantes – actuales y futuros – también se comprometen a apoyar individualmente determinados componentes de las políticas acordadas, pero evitando los modos de selección caprichosos y que dichos componentes se conviertan en el nuevo ‘proyecto’ del donante.

En la mayoría de los ESS, el compromiso de los donantes va más allá de proporcionar financiamiento adicional para las áreas acordadas, y pretende desarrollar un fondo de financiamiento común y compartido con varios donantes. Hay varios tipos y grados de financiamiento común o mixto (como se ha descrito en un capítulo anterior) y corresponde a los donantes y gobiernos decidir los mecanismos de financiación a ser utilizados. Lo que continúa siendo clave es que los procedimientos para el seguimiento y evaluación del programa sean comunes e involucren a todos los donantes, evitando así la necesidad de que el gobierno tenga que tratar con cada donante por separado.

Definición de la estrategia de implementación

Una vez logrado el consenso, es necesario definir la agenda de implementación, el modo en que se materializarán los compromisos de financiamiento, y los mecanismos de evaluación y seguimiento. Respecto a esto último, es aconsejable la realización de evaluaciones anuales conjuntas, seguidas de evaluaciones más minuciosas cada 4 años llevadas a cabo por consultores independientes, como ha sido el caso en la mayoría de los ESS actuales. Los resultados de estas evaluaciones cada 4 años indicarán a menudo sobre qué áreas es necesario más compromiso o es necesario realizar ajustes en la estrategia del ESS.

Todos estos procesos llevarán su tiempo, que puede ser largo. Es importante recordar que el proceso de desarrollar una política común tiene valor en sí mismo, pues obliga a gobiernos y donantes a abordar planes y problemas de forma conjunta, y hace a ambos responsables tanto de logros como de los fracasos. Es también importante (como se ha indicado en un capítulo previo) no centrarse en demasiados e innecesarios detalles de implementación de estrategias, los cuales impiden en lugar de facilitar el logro de objetivos.

5 Bibliografía seleccionada

(Los artículos señalados con un * están especialmente recomendados por los autores)

Addai y Gaere (2001) *Capacity-building and Systems Development for Sector-wide Approaches (SWAPs): The Experience of the Ghana Health Sector*. Case Study commissioned by DFID Health Systems Resource Centre, London, May 2001.

*Asamoah-Baah y Smithson (1999) *Donors and the Ministry of Health: New Partnerships in Ghana*. WHO. Discussion Paper No. 8.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_EIP_99.1.pdf

Bennet y Gilson (2000) *Which Financing Mechanisms are Pro-Poor?* DFID Health Systems Resource Centre.
www.healthsystemsrc.org

Bodart et al. (2001) "The Influence of Health Sector Reform and External Assistance in Burkina Faso", *Health Policy and Planning* 16(1): 74–86.

Brown (2000a) *Current Issues in Sector-wide Approaches for Health Development: Mozambique Case Study*. WHO, June 2000.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.4.pdf

Brown (2000b) *Current Issues in Sector-wide Approaches for Health Development: Tanzania Case Study*. WHO, June 2000.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.6.pdf

Brown (2000c) *Current Issues in Sector-wide Approaches for Health Development: Uganda Case Study*. WHO, June 2000.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.3.pdf

Buse (1999) "A Guide to Sector-wide Approaches for Health Development: Concepts, Issues and Working Arrangements", *Social Science and Medicine* 48(11): 1697–1698.

Cassels (1996) "Aid Instruments and Health Systems Development: An Analysis of Current Practice", *Health Policy and Planning* 11(4): 354–368.

*Cassels (1997) *A Guide to Sector-wide Approaches for Health Development: Concepts, Issues and Working Arrangements*. WHO publications.

Cassels y Janovsky (1996) *Reform of the Health Sector in Ghana and Zambia: Commonalities and Contrasts*. WHO. SHS Paper No. 11.

Cassels y Janovsky (1998) "Better Health in Developing Countries: Are Sector-wide Approaches the Way of the Future?", *The Lancet* 352(9142): 1777–1779.

Cassen (1986) *Does Aid Work?* Oxford: Clarendon Press.

Creese y Kutzin (1995) *Lessons from Cost-recovery in Health*. WHO Health Policy and Reform Paper.

Conway (2000a) *Current Issues in Sector Wide Approaches for Health Development: Cambodia Case Study*. WHO.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.2.pdf

Conway (2000b) *Current Issues in Sector Wide Approaches for Health Development: Vietnam Case Study*. WHO.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.5.pdf

*Devarajan, Dollar y Holmgren (2001) *Aid and Reform in Africa: Lessons from Ten Case Studies*. World Bank.
<http://www.worldbank.org/research/aid/africa/release/aid.htm>

Foster (1999) *Lessons of Experience from Health Sector ESS*. ODI.
<http://www.oneworld.org/odi/pppg/cape/papers/lessons.html>

Foster (2000) *New Approaches to Development Cooperation: What Can We Learn from Experience with Implementing Sector Wide Approaches?* London, ODI, Centre for Aid and Public Expenditure. Working Paper 140.
<http://www.odi.org.uk/publications/wp140.pdf>

*Foster, Brown y Conway (2000) *Sector-wide Approaches for Health Development: A Review of Experience*. WHO.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.1.pdf

Hanson, Hong y Hopwood (1998) *Implementing Health Sector Reforms in Africa: A Review of Eight Country Experiences*. UNICEF, 2000.
www.unicef.org/reserval/pdfs/Inside.pdf

Harrold et al. (1995) *The Broad Sector Approach to Investment Lending*. Washington DC: World Bank Discussion Paper 3D2.

Holland, Fisher, James y Walford (2000) *Becoming Poverty-focused: Implications for Health Actors*. IHSD, August 2000.

IHSD (2000) *Which Health Policies are Pro-Poor?*
www.healthsystems.org

Lake y Musumali (1999) "Zambia: The Role of Aid Management in Sustaining Visionary Reform", *Health Policy Planning* 14(3): 254–263.

Nabarro y Asamoah-Baah (1998) *ESS for Health Development: How are Development Partner (Donor) Agencies Changing their Practice?* International Technical Working Group Paper, 8 June 1998.

PAHO (1999a) "Bolivia Benefits from PAHO/World Bank Partnership", Press release.

PAHO (1999b) *Nicaragua Health Systems and Services Profile*.

PAHO (1999c) *Bolivia: General Situation and Trends*.

*Peters (1998) "The Sector-wide Approach in Health: What is it? Where is it Leading?", The World Bank, *International Journal of Health Planning and Management* 13(2).

Salm (2000) "Promoting Reproductive and Sexual Health in the Era of Sector-wide Approaches (ESS)", *Reproductive Health Matters* 8(15): 18–20.

*Thornton (2000) *The SAP Experience in Pakistan*. IHSD, January 2000.
<http://www.healthsystemsrc.org>

Walford (1998) *Developing Sector-wide Approaches in the Health Sector: An Issues Paper for DFID Advisers and Field Managers*. IHSD, October 1998.
<http://www.healthsystemsrc.org>

Walford (2000a) Note from the conference on "Sector-wide Approaches (ESS) in Health – Moving from Policy to Practice". KIT, Amsterdam, 27–28 November 2000. IHSD, December 2000.

Walford (2000b) *Sector Wide Approaches in Health: Concerns and Prospects*. IHSD 2000.

Walt, Pavignani y Gilson (1999a) "Health Sector Development: From Aid Coordination to Resource Management", *Health Policy Planning* 14(3): 207–218.

Walt, Pavignani, Gilson y Buse (1999b) "Managing External Resources in the Health Sector: Are there Lessons for ESS?", *Health Policy and Planning* 14(3): 273–284.

World Bank (1999a) *Poverty Reduction Strategy Papers – Operational Issues*. 10 December 1999.

World Bank (1999b) "World Bank and IMF Endorse Strengthening National Ownership of Poverty Reduction Strategies", Press release No. 2000/163/S, 22 December 1999.