

---

# MARCO CONCEPTUAL DEL FINANCIAMIENTO **BASADO EN RESULTADOS RBF:** **EL CASO DE ESTUDIO DE LA INICIATIVA DE SALUD MESOAMÉRICA ISM**

---

**DE SÁRRAGA, Alejandro.**

Consultor externo en planificación y finanzas  
para el BID.

**E-mail:** Alejandro\_desarraga@hotmail.com

**CASAL Rosa Aura**

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-1503-4946>

**Recibido:** 15-15-2023

**Revisado:** 21-07-2023

**Aceptado:** 11-09-2023

## RESUMEN

El Financiamiento Basado en Resultados conocido como RBF es una modalidad de gestión de proyectos de desarrollo que ha venido acumulando resultados alrededor del mundo, especialmente cuando los objetivos están centrados en reducir las brechas de inequidad de acceso a servicios con calidad de personas pobres y aisladas de países de ingresos bajos y medios. Sus resultados han permitido la movilización de más recursos, así como despertar el interés de especialistas y programas de desarrollo. La iniciativa de Salud Mesoamérica por su parte es un proyecto de financiamiento basado en resultados, que operó desde el año 2009 hasta el año 2022 en la región de Mesoamérica, apoyando a los sistemas de salud de dichos países en la atención materna e infantil llegando al 20% más pobre de la población, que coincidía con poblaciones muy aisladas y donde se concentran las principales etnias de la región. Siendo una iniciativa calificada como exitosa por los donantes, los países, los protagonistas y por diversos expertos y utilizando el modelo conceptual de los RBF, este artículo se propone sistematizar los elementos centrales de los proyectos RBF y alinearlos con los elementos centrales de la Iniciativa para verificar si efectivamente esta utiliza el mismo marco conceptual y derivar algunos de los elementos que caracterizan su resultado y que se asocian con este modelo en particular.

**Palabras clave:** ciamiento basado en resultados, RBF, Iniciativa de Salud Mesoamérica, ISM, financiamiento al desarrollo, sistemas de salud.

### *RBF RESULTS-BASED FINANCING CONCEPTUAL FRAMEWORK: THE CASE STUDY OF THE ISM MESOAMERICAN HEALTH INITIATIVE*

#### *ABSTRACT*

*Results-Based Financing known as RBF is a modality of development project management that has been accumulating results around the world, especially when the objectives are focused on reducing inequality gaps in access to quality services for poor and isolated people in Low and Middle Income Countries. Its results have allowed the mobilization of more resources as well as awakening the interest of specialists and development programs. The Mesoamerican Health initiative, for its part, is a results-based financing project, which operated from 2009 to 2022 in the Mesoamerican region, supporting the health systems of said countries in maternal and child care in the region. poorest 20% of the population, which coincided with very isolated populations and where the main ethnic groups of the region are concentrated. Being an Initiative rated as successful by the donors, the countries, the protagonists and by various experts and using the conceptual model of the RBF, this article aims to systematize the central elements of the RBF projects and align them with the central elements of the Initiative to verify if it actually uses the same conceptual framework and derive some of the elements that characterize its result and that are associated with this particular model.*

**Keywords:** *Results-Based Financing, RBF, The Mesoamerican Health initiative, ISM.*

## 1. INTRODUCCIÓN

La cooperación al desarrollo en salud y educación está migrando del modelo tradicional al financiamiento basado en resultados RBF, por la búsqueda de logros que anteriormente eran imposibles de alcanzar. Este modelo considera un acuerdo entre principal-receptor que otorga un premio económico al receptor si alcanza los resultados acordados.

La Iniciativa de Salud Mesoamérica ISM, un proyecto de financiamiento basado en resultados se ha convertido en un hito en el fortalecimiento de la salud materna e infantil en comunidades que albergan al 20% más pobre de la región de Mesoamérica (Regalía et al, 2017). Al final de las tres fases de la Iniciativa (entre 2013 y 2022) se evidencia una mejora sostenida en los servicios de salud prestados a la población meta tanto en términos de cantidad y calidad, así como un fortalecimiento del sistema de salud, apoyado en un mayor compromiso de los actores claves con la búsqueda de resultados y sostenibilidad de las intervenciones, respaldados por el premio económico y reputacional que permitió mostrar resultados medidos por un actor externo e independiente. De 20 oportunidades para ganarse el premio económico (ocho en la primera y segunda fase, y cuatro en la tercera fase) los países lo lograron en 15 de estas.

Este artículo sistematiza a partir de la contribución de diversidad de autores e iniciativas de desarrollo el modelo o marco conceptual del RBF, correlacionándolo con el caso de estudio de la iniciativa ISM y la percepción que de esta tienen actores claves de su diseño e implementación.

La investigación parte de una metodología mixta donde se triangula el estudio de los documentos oficiales (del diseño general, operaciones país, planificación, seguimiento y evaluación llevado a cabo a lo largo de 12

años), con los informes de las mediciones externas; y con entrevistas y encuestas a los protagonistas clave de su diseño e implementación. La investigación utiliza el de caso de estudio para profundizar en el análisis y particularizar las conclusiones y hallazgos.

La investigación tiene por finalidad mostrar como las bondades del modelo RBF fueron aprovechadas por la iniciativa ISM para lograr los resultados alcanzados.

## 2. El modelo o marco conceptual del Financiamiento Basado en Resultados RBF

Aunque los proyectos de desarrollo existen desde los años 1950<sup>1</sup>, es a partir de los años 1990 cuando aparecieron los proyectos que vinculan recursos financieros al logro de resultados acordados con el ejecutor. Existen dos razones centrales para este cambio, por un lado, los resultados esperados no se han estado logrando en volumen, calidad y tiempo con el modelo tradicional; y, actores del sector privado que se sumaron a la cooperación internacional aspirando a un mayor nivel de resultados por los recursos aportados.

Por décadas las agencias de cooperación han promovido la idea de desembolsar pagos en función de resultados (Perakis & Savedof, 2015) con la aspiración de que el modelo conocido como RBF se convierta en la punta de lanza de reformas integrales de salud para países de ingresos bajos y medios (LMIC, Low and Middle Income Countries), aunque diversos autores no creen que sirvan para tal fin (Paul, et al 2018), pero reconocen que un gran número de países que han adoptado RBF en los años recientes muestran evidencia que apuntan a su efectividad en el aumento de la cobertura y calidad de importantes servicios (Shepard, Nguyen, & Zeng, 2015), con resultados específicos como: i) quebrar la

---

<sup>1</sup> El orden económico mundial establecido luego de la II Guerra Mundial fortaleció el concepto de proyectos de desarrollo, el que se consolidó en los años 70s adoptándose metodologías de diseño y seguimiento de proyectos que guiaron tanto a la banca de desarrollo como a la cooperación internacional al desarrollo.

inercia burocrática asociada con asignación histórica de presupuestos, ii) cambiar el foco de solamente observar la ejecución a una orientación basada en información, iii) abrir la discusión de los presupuestos a una relación recursos-resultados; y, iv) otorgar recursos directamente a los proveedores de servicios de salud (Soucat, Mathauer Kutzin, 2017).

El modelo RBF consiste en: pagos basados en resultados previamente acordados, un receptor con la discreción para seleccionar las intervenciones que le permitan alcanzar dichos resultados; y, una verificación de los resultados por un tercero que detona el desembolso; esto se basa en el supuesto de que los intereses del donante y el receptor no están alineados y que el RBF permite alinearlos; además que fortalece la independencia y flexibilidad del receptor para establecer los medios por los cuales logra los resultados y esto mejora la innovación, así como reducir el riesgo del portafolio del donante (SMAP, 2015)<sup>2</sup>.

Se tiene:

- i. Un agente principal dispuesto a conceder determinados recursos, condicionados total o parcialmente por el logro de resultados.
- ii. Un receptor dispuesto a ejecutar determinadas intervenciones técnicas para lograr unos resultados para los cuales recibirá el recurso acordado; con discrecionalidad para ajustar el proyecto, crear incentivos e innovar en función de la efectividad de las intervenciones para alcanzar las metas acordadas.
- iii. Una población objetivo o meta, que constituye la naturaleza del proyecto, afectada por una inequidad en la prestación de servicios esenciales para su bienestar.

iv. Indicadores de desempeño (o pago) y sus respectivas metas que muestra la brecha de inequidad de la población seleccionada que se aspira a cerrar.

v. Un agente externo e independiente encargado de medir las variables asociadas con los indicadores de desempeño para verificar si se lograron las metas acordadas, con acceso a bases de datos, sistemas de información y medios de verificación (para línea de base, mediciones finales).

vi. Una teoría de cambio, o marco técnico de referencia para la selección y ejecución de las intervenciones, actividades y tareas del proyecto.

vii. Un conjunto de intervenciones aplicables en las redes de servicio (establecimientos de salud, hospitales, centros educativos u otros) destinadas a aumentar la cantidad y calidad de los servicios ofertados; así como intervenciones con los usuarios (pacientes o estudiantes), organizaciones y actores locales para reducir o eliminar barreras de acceso, elevando el uso de los servicios ofrecidos.

Existen muchas modalidades de financiamiento basado en resultados (Musgrove, 2011), todos involucran una relación contractual, un proveedor y un receptor, donde la provisión de recursos se hace a cambio de la entrega de unos resultados específicos. Sin embargo, para que el modelo funcione se deben dar algunas precondiciones, tales como:

Existen muchas modalidades de financiamiento basado en resultados (Musgrove, 2011), todos involucran una relación contractual, un proveedor y un receptor, donde la provisión de recursos se hace a cambio de la entrega de unos resultados específicos. Sin embargo, para

---

<sup>2</sup> Dicho concepto de riesgo es mirado desde una perspectiva economicista, donde al trasladar los resultados al ejecutor previo al otorgamiento de los recursos, la relación recursos/resultados se aumenta, porque no se desembolsan recursos por aquellas iniciativas que no lograron los resultados esperados.

que el modelo funcione se deben dar algunas precondiciones, tales como:

- Clara identificación de los retos a alcanzar.
- Posibilidad de medir de manera objetiva y clara los resultados esperados, o lo que es lo mismo la posibilidad de seleccionar unos resultados que puedan ser medidos.
- Robustez y liderazgo de la entidad receptora para gestionar el proceso de ejecución del proyecto.
- Relaciones de cooperación entre el principal y el receptor que respeten el resultado incluso si el mismo no es positivo.
- Liquidez de parte del receptor para cubrir los costos necesarios para la generación de los resultados previos al pago por los mismos.
- Un plazo corto para atribuir el resultado al proyecto y mitigar los riesgos. No interesante para los receptores de fondos, por la dificultad de lograr resultados (Clist, 2016).
- El riesgo de no resultados que es una parte consustancial de esta modalidad de cooperación.
- El sustrato moral por parte del receptor para no distorsionar elementos objetivos a su favor (*moral hazard*).

Explicado a partir de la comparación con el concepto tradicional de pago por gastos en productos, en un RBF una parte de los fondos se paga según el progreso en las mediciones de desempeño previamente acordadas.; mientras que el modelo tradicional paga por gastos asociados a productos y aunque puede incluir un marco de evaluación con indicadores de desempeño, su resultado no condiciona el desembolso. Además, existe una larga lista de proyectos de cooperación que no logran resultados pero que se continúan desembolsando, incluso bajo sospecha de corrupción (Glassman y Eichler, 2012).

Se visualizan principalmente dos criterios para la decisión de brindar cooperación al desarrollo; i) el nivel de ingreso per cápita que debe ser bajo, y ii) la calidad del gobierno que debe ser alta, para asegurar que el proyecto se ejecuta tal como fue definido y que se inserta en una corriente de desarrollo (Clist y Verschoor, 2014). Sin embargo, estos dos pilares están encontrados, dado que los países con menor ingreso a su vez cuentan con gobiernos más débiles, desordenados y menos capaces para avanzar proyectos. Algunas historias exitosas de los RBF provienen de países donde las condiciones no eran las correctas, esto puede darse porque en peores condiciones la nueva financiación y la estructura de gobernanza se hace más urgente, menos resistente y con más capacidad de influencia. (Witter et al. 2013).

El sector salud que es el que nos ocupa, genera cada día infinidad de inequidades entre quienes tienen acceso a medicina de punta y quienes deben conformarse con atenciones básicas, cuando son afortunados. Y lo anterior no es solo un problema del paradigma de la medicina que evoluciona de manera constante y acelerada, resolviendo problemas de salud que anteriormente eran causal de enfermedad y muerte, agregando nuevos equipos, procedimientos médicos, habilidades del personal, medicamentos e insumos curativos; sino y sobre todo, porque la población no tiene un acceso igual a los servicios, siendo común que las poblaciones de las áreas urbanas cuenten con un nivel de acceso superior a las poblaciones de zonas rurales y aisladas, donde además se localizan los grupos étnicos minoritarios.

Los cinco dominios para entender la relación entre RBF y los sistemas de salud se ilustran en el gráfico 1 para su mejor comprensión.

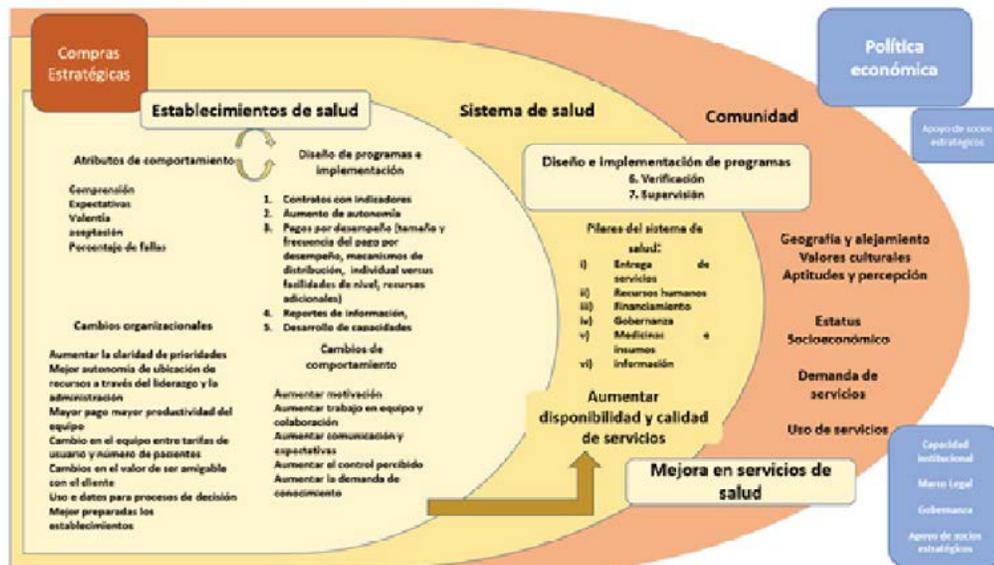
**Gráfico 1: Los cinco dominios para entender la relación entre un RBF y un sistema de salud**



Fuente: Elaboración propia basada en datos adaptados de Witter et al (2013).

Según la experiencia del Banco Mundial el marco conceptual de RBF se puede ordenar en un programa de salud materno e infantil, ordenar en el gráfico 2.

**Gráfico 2: Marco conceptual RBF**



Fuente: Tomado de Banco Mundial, utilizando financiamiento basado en resultados para lograr atención materna e infantil: Progress Report (2013).

Teniendo como centro la búsqueda de la mejora en servicios de salud, se establecen un conjunto de intervenciones que procuran resolver los desafíos de la oferta y la demanda de servicios de salud, ocupándose en los casos necesarios de elementos como la infraestructura y equipamiento para la atención, los recursos humanos críticos y el abasto de medicamentos e insumos curativos. Las intervenciones son pensadas y ejecutadas integrando a la comunidad y su cosmovisión para aumentar el uso de los servicios; de igual que la gestión de los marcos normativos y regulatorios y la gestión del entorno.

Elementos centrales en los proyectos RBF son:

- Los pilares de implementación: i) las reglas para ganar el incentivo, ii) la teoría de cambio, iii) la descripción operativa del proyecto, iv) las herramientas de planificación específicas, si se requieren dado el RBF, tales como el plan, el presupuesto, el plan de compras, el plan de desembolsos, y otras herramientas de ejecución como la gestión de riesgos y de involucrados o comunicación, aprendizaje y diálogo de políticas<sup>3</sup>, v) el acuerdo o reglamento operativo, vi) el manual de indicadores (como se medirán e interpretarán los datos), vii) el modelo de seguimiento y supervisión, viii) la medición externa e independiente de resultados es uno de los pilares de los proyectos RBF, dado que ahí se domicilia la decisión del desembolso del incentivo.
- El incentivo en el modelo Agente-Principal es el premio de riesgo que el agente aceptaría por ejecutar el trabajo, para compensar al agente por el riesgo asumido que fue transferido por el principal” (Clist y Verschoor, 2014); aunque incentivos no financieros son particularmente más importantes cuando van a los beneficiarios y no a los establecimientos de salud (Musgrove 2011). Se podría

decir que los incentivos son de dos tipos: financieros y reputacionales; los primeros son explícitos y los segundos muchas veces son implícitos, o sea a lo largo del proyecto aparecen, aunque nunca se hayan mencionado.

- El agente externo que mide es uno de los elementos de menor discusión en esta ecuación, dado que en la mayoría son organizaciones de alto prestigio, que se han especializado en estos procesos y que no tienen un incentivo aparente para desviar un resultado. Pero el costo de verificación puede ser considerable, y tiende a aumentar cuando se mueve la verificación de productos a impactos” (Musgrove, 2011).
- La teoría de cambio elaborada durante el proceso de planificación (Witter et al. 2013), consiste en un proceso participativo mediante el cual los grupos y las partes interesadas articulan sus objetivos a largo plazo e identifican las condiciones que deben desarrollarse para que se cumplan los objetivos. Estas condiciones se modelan como resultados deseados, organizados en un marco causal (Taplin, D. Clark, H, 2012).
- Normalmente los ejecutores prefieren periodos de tiempo largos en los cuales hacer los cambios y alcanzar resultados, máxime sabiendo que el Estado se mueve lento o muy lento. Pero los donantes prefieren periodos de tiempo cortos donde los resultados puedan ser verificables y las variables críticas controlables. Esto provoca un condicionante importante con los proyectos RBF, dado que hay resultados que no es posible de lograr en periodos de tiempo tan cortos ni con programas puntuales. La selección de metas y objetivos queda condicionada a productos y resultados base, sin poder profundizar porque el tiempo no permite que los cambios se den y sean visibles o significativos. (Musgrove (2011).

---

3 Algunos proyectos RBF no requieren estas herramientas (como el pago por fijación de carbono), o el acuerdo suscrito lo deja a discreción del ejecutor

- Los factores de contexto generan una gran influencia en la definición de RBF y la forma cómo funcionará. Nos referimos a elementos como: i) las cifras sobre el desempeño del sistema de salud antes del programa, ii) el nivel de recursos en general que tiene el sistema de salud, iii) la cantidad de usuarios, sus características, la frecuencia de uso de servicios y los recursos que por atención requiere, iv) el rol de los interesados (*stakeholders*), v) la cultura organizacional, así como los diversos acuerdos institucionales vigentes, vi) la autonomía financiera a los diversos niveles y en general la estructura de decisión y rendición de cuentas en temas financieros, vii) las relaciones con los recursos humanos que intervienen a lo largo del proceso de atención y de funcionamiento del sistema de salud, viii) el sistema de información con sus desarrollos, valores y normas, ix) la gobernanza del sistema de salud como tal, x) la experiencia reciente y sus resultados con relación al programa en sí, xi) factores externos como los equilibrios macroeconómicos y las finanzas públicas.
- La relevancia del cambio no es solo el conocer el punto de partida (la línea de base) y el punto final alcanzado (la evaluación externa), sino maniobrar a lo largo del camino, realizando los ajustes a las intervenciones (flexibilidad e innovación) requeridos a la luz del progreso parcial y para ello se requieren datos de los sistemas habituales de información. Sistematizar información sobre la eficiencia y efectividad del gasto público es la herramienta más fundamental para elaborar presupuestos basados en resultados, el gran reto es contar con un desempeño de la información simple, financiable y utilizable. (Robinson y Last, 2009).
- Un elemento central en la agenda de los programas de RBF es documentar cuales políticas de RBF son efectivas, operacionalmente posibles y bajo cuáles circunstancias (Shepard, Zeng, Thi, & Nguyen, 2015).
- Propiamente en la gestión de las facilidades financieras también se ha generado un proceso de producción investigativa, aflorando temas como los que fueron esbozados por Glassman y Eiclar (2012) en los siguientes puntos. i) debe brindarse atención a la administración y gestión de los sistemas, ii) la asistencia técnica debe ser provista para acompañar a los países en el desafío de las innovaciones requeridas, iii) los donantes normalmente proveen ayuda por razones estratégicas y políticas, además de humanitarias, iv) más allá de la naturaleza de la ayuda que brindan los donantes, ellos también enfrentan desafíos administrativos en los RBF, vi) Existen barreras fiduciarias que deben ser consideradas como los fondos etiquetados (reafirmado por la Dra. Emma Iriarte Coordinadora de la iniciativa ISM), transparencia y rendición de cuentas, aportes de contrapartida, acuerdos fiduciarios rígidos.
- Los elementos para determinar el costo efectividad del programa. Se muestran en el gráfico 3.

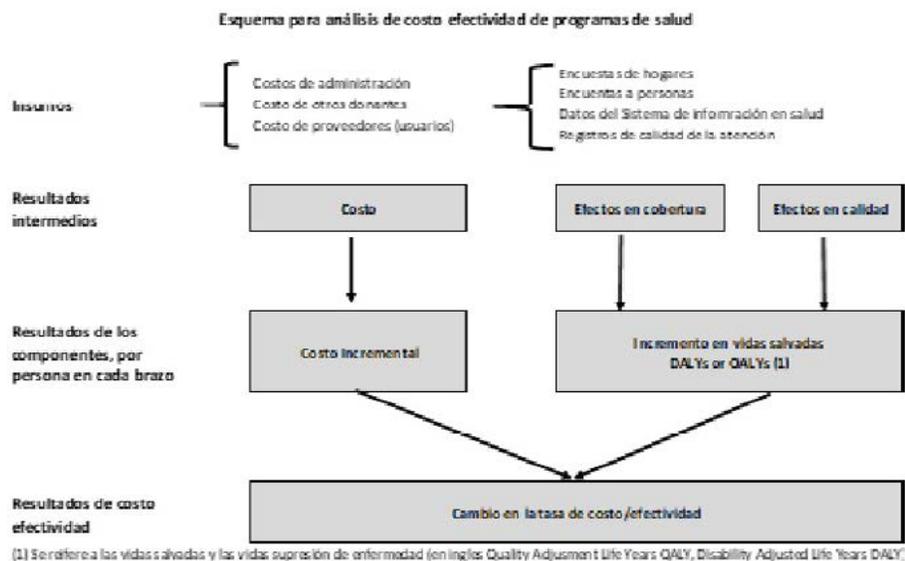
### 3. El modelo de la iniciativa ISM

En la región de Mesoamérica<sup>4</sup> se desarrolló del 2009 al 2022 una iniciativa de cooperación al desarrollo en el campo de la salud materna e infantil para el 20% más de la población, derivada de una alianza público privada<sup>5</sup>; con un mecanismo financiero innovador, donde una parte de los fondos

<sup>4</sup> La región está situada en América Central, a partir del istmo de la región sur de América del Norte, en México incluyendo la porción más septentrional de la península de Yucatán y llega hasta Panamá en el Istmo de Darién y está íntimamente vinculada, aunque no coincide geográficamente, con el criterio regional cultural de Mesoamérica, identificada así para fines de análisis arqueológico, antropológico, etno-histórico y de lingüística.

<sup>5</sup> Suscrita entre la Fundación Bill y Melina Gates, la Fundación Carlos Slim, el gobierno de España, el Banco Interamericano de Desarrollo y los gobiernos de México (estado de Chiapas), Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras Nicaragua, Costa Rica y Panamá.

**Gráfico 3: Esquema para el análisis costo efectividad en un programa de salud**



**Fuente:** Elaboración propia basada en datos de: Shepard, D: cost effectiveness Analysis of Resultd-Based Financing Programs: A Toolkit, The Word Bank (2015).

donados fueron entregados a los ministerios de salud de estos países que alcanzaron al menos 80% de las metas de los indicadores acordados<sup>6</sup>. La iniciativa ISM operó a partir de tres fases con resultados que han sido considerados positivos o exitosos, dado que en 15 de las 20 mediciones externas realizadas se desembolsaron los incentivos económicos acordados.

La iniciativa ISM nace en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio, establecidos por las Naciones Unidas para ser alcanzados en el 2015 donde el objetivo 4 sobre reducción de la mortalidad infantil y el objetivo 5 sobre mejorar la salud materna, son centrales en su mandato.

En la primera fase El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá lograron el tramo de desempeño acordado (cumplieron

con al menos 80% de las metas de los indicadores de desempeño). Guatemala y México (estado de Chiapas), contaron con un tiempo para alcanzar los indicadores no logrados y así acceder a la siguiente (plan remedial), de lo que se exceptuó a Belice. En la segunda fase de la ISM México (estado de Chiapas), Honduras, El Salvador, Belice, Nicaragua, Costa Rica lograron el tramo de desempeño; solamente Panamá y Guatemala no lo alcanzaron. En la tercera fase, acordada solamente para Belice, Honduras, El Salvador y Nicaragua, se ajustó el mecanismo de otorgamiento del premio dado el impacto de la pandemia de COVID 19 en los servicios de salud y la gestión comunitaria, y los cuatro países recibieron valores parciales de dicho incentivo financiero.

Los indicadores y metas de la ISM están

<sup>6</sup> En la tercera fase y como consecuencia del impacto de la pandemia de COVID 19 en la prestación de salud a nivel comunitario, se acordó que se entregaría el premio en función al número de indicadores alcanzados eliminando el piso del 80%

interconectados entre fases y entrañan un grado creciente de dificultad a lo largo del continuo de la salud materno-infantil. En la primera fase se consideraron indicadores relacionados con la preparación del sistema de salud (como actualizar las directrices clínicas y garantizar la disponibilidad de equipos y suministros). Las fases posteriores incluyeron indicadores de cobertura, calidad clínica y cobertura efectiva. En la primera fase, las intervenciones implementadas incluyeron: actualización de guías clínicas, fortalecimiento de las cadenas de suministro; y garantizar la disponibilidad de suministros y equipos esenciales para brindar atención de salud materno-infantil a nivel local. Durante la segunda fase, se implementaron intervenciones para mejorar la cobertura y la calidad de la atención que abarcaron: fortalecer las redes de derivación, implementar estrategias de mejora continua de la calidad, fortalecer las plataformas comunitarias y establecer estrategias de cambio de comportamiento. La tercera fase se enfocó en consolidar la calidad de la atención en las emergencias obstétricas y neonatales la cobertura efectiva de vacunas, así como de sales de rehidratación oral y zinc, en el diagnóstico oportuno del cáncer de cerviz y en preparar los sistemas de salud para la sostenibilidad de las intervenciones exitosas, fase que concluyó en 2022

#### 4. Metodología

La metodología planteada es el caso de estudio, constituido en una oportunidad para ofrecer diversas perspectivas de un mismo acontecimiento, contando con una rica documentación de investigación y análisis y la efectividad del abordaje de investigación puede ser verificada y replicada a través de otros casos (Widdowson, 2011). Siendo el RBF un modelo nuevo, las nuevas teorías necesitan ser explicadas a partir de un fenómeno concreto, los cambios pueden involucrar extensiones, refinamientos, modificaciones o calificaciones de la teoría, enfatizando en la posibilidad de generar y de verificar una hipótesis (Flyvbjerg 2006, Harrison 2019).

La investigación del estudio de caso ha

crecido en sofisticación y es visto como una forma válida de investigación para explorar temas complejos; especialmente cuando el comportamiento humano y la interacción social son centrales en la comprensión del tópico de interés. (Flyvbjerg 2006). Algunas definiciones del estudio de caso que mejor reflejan sus elementos esenciales indican: focalizada en el alcance, el proceso y la metodología, y la importancia del contexto del caso (Yin, 2014); es el estudio de un complejo y particularizado único caso, llegando a comprender su actividad en determinadas circunstancias; un análisis profundo en un ambiente acotado, estresando los factores determinantes en relación con su entorno (Stake, 1995).

La posibilidad de abordar el marco conceptual del RBF desde un proyecto concreto, que se conoce a profundidad, permite contrastar los elementos teóricos analizados con su puesta en escena; relevante en los sistemas de salud de América Latina, particularmente por la prioridad que los países le brindan a la atención de inequidad en salud y particularmente en salud materna e infantil (Perakis & Savedof, 2015, Bernal, Celhay, & Martínez, 2018).

Para derivar las conclusiones se triangularán tres fuentes de información:

- a. De alrededor de 700 documentos oficiales se seleccionaron 64 documentos constitutivos de la iniciativa ISM: los 16 planes operativos del proyecto (POD), BID, (2012, 2016), los 16 convenios individuales BID (2012, 2016), los 16 planes de ejecución plurianual (PEP) BID (2012, 2016), y las 16 matrices y manuales de desempeño, para analizar en detalle el diseño de las operaciones y verificar que corresponden con los elementos esenciales de un proyecto RBF (incentivo, población meta, teoría de cambio, y otros) BID, (2012, 2016).
- b. Se tomó una base de 575 personas que participaron en las misiones de seguimiento trimestral y se seleccionaron 58 de las cuales se lograron 44 encuestas, 30 de los sistemas nacionales de salud (5 de México, 3 de Belice, 3 de Guatemala,

3 de Honduras, 2 de El Salvador, 5 de Nicaragua, 5 de Costa Rica, 4 de Panamá) 14 del BID (8 jefes de equipo de proyecto, y 6 de la Unidad Coordinadora), y 8 entrevistas calificadas a personas claves que participaron en diseño e implementación de la ISM.

c.20 informes de medición del marco de desempeño y recomendación de otorgamiento del incentivo económico al comité de donantes.

El marco analítico de la investigación comprende la identificación de las dimensiones, los indicadores asociados con dichas dimensiones y las preguntas establecidas para dar salida al objetivo centrado en la correspondencia del diseño e implementación de la ISM con el modelo de financiamiento basado en resultados.

## 5. Resultados asociados con el diseño y modelo conceptual de la Iniciativa ISM

La Iniciativa, surge al retomarse un proyecto que se venía gestando e inyectarle la visión privada de la Fundación Bill y Melina Gates. Amalgama la aspiración de los países de la región por mejorar la salud materna e infantil, con el deseo del BID de apoyar el desarrollo de dichas aspiraciones y los recursos y enfoques de trabajo orientados a resultados de la BMGF y SCF.

La ISM combina operaciones país focalizadas en comunidades donde vive 20% de la población más pobre (objeto de esta investigación) y un abordaje regional, que incluye mediciones externas, conformación y operación de la unidad coordinadora de la ISM, el relacionamiento con el comité de donantes y con sus miembros de manera separada, procesos de innovación y aprendizaje, diálogo de políticas, la divulgación de resultados y el relacionamiento público, así como investigaciones y publicaciones, científicas y técnicas. Este abordaje, aunque demandó un mayor esfuerzo de diseño y negociación al inicio, fue clave para mantener a los países en el marco de la Iniciativa, garantizando un respaldo que fue creciendo a medida que se

alcanzando los resultados.

Las razones que motivaron la participación en la Iniciativa fueron diversas: i) para la BMGF era el participar en la región de Mesoamérica, probar intervenciones novedosas en países de ingreso medio, así como porque la ISM se enfocaba en algunos ODM para la población pobre, ii) Para la CSF había interés en expandir su influencia regional, maximizar el impacto de cada dólar invertido, y unirse con otras organizaciones de filantropía, iii) para la AECID era una oportunidad de participar en una nueva iniciativa público-privada iv) para el BID, líder en temas de salud en América Latina era una oportunidad de consolidar el trabajo que venía realizando, acercarse a otras formas de financiamiento y probar nuevos mecanismos nuevos de iniciativas, v) para los países era una oportunidad para generar impactos y avanzar en los ODM. Algunas inequidades eran tan visibles en los países que la Iniciativa podría ser una excelente oportunidad para atenderlas. (Institute of Health Metrics and Evaluation IHME, 2016).

## 6. El Enfoque en financiamiento basado en resultados

Las operaciones individuales con cada país fueron diseñadas y suscritas de forma tal que orientaran los esfuerzos al logro de resultados e impactos esperados; mostrando las siguientes particularidades:

- Se suscribieron de dos a tres operaciones individuales con cada país, dependiendo del acuerdo alcanzado con el país y del monto de los recursos asignados, que variaba de país en país.
- Cada operación individual tendría una duración de 18 a 24 meses. Hubo además un espacio de tiempo de entre 6 y 12 meses en los cuales se diseñó y suscribió la siguiente operación.
- Cada operación fue diseñada a partir de reuniones de trabajo entre la unidad coordinadora de la ISM, el equipo de la representación del Banco<sup>7</sup> y el equipo técnico del país, donde se definían los

alcances, el objetivo general y los objetivos específicos, así como la teoría de cambio, los indicadores de desempeño y las respectivas metas.

- Cada operación contó a su vez con las herramientas de ejecución derivadas de las discusiones técnicas: El Plan de Ejecución Plurianual (PEP), el Plan de Adquisiciones y Contrataciones (PAC), el Plan Financiero (PF) y el plan de gestión de riesgos. Estas herramientas daban vida a la teoría de cambio y facilitaban el seguimiento técnico y financiero.
- Para cada operación se autorizaron unos recursos financieros, que correspondían al aporte de los donantes, la contrapartida aportada por el país<sup>8</sup> y el tramo de desempeño (premio económico).
- Para cada operación se suscribió un convenio de cooperación con el BID que consideró las cláusulas que determinan la operación, así como los mecanismos por medio de los cuales el país se hacía acreedor al tramo de desempeño.
- Se contrató al IHME, agente externo e independiente para realizar la medición de la línea de base y los indicadores de desempeño de cada una de las tres fases.

### 6.1. Los objetivos trazados

El trabajar en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio y particularmente salud materno e infantil facilitó la aceptación de los desafíos de progreso técnico que planteó la Iniciativa (entrevista a Álvaro González, coordinador técnico de la Iniciativa), dado que esos temas siendo prioridad de los sistemas de salud de la región, contaban con desafíos de inequidad muy grandes y estaban en la mira de diversos actores claves (Mokdad et al, 2015).

Todas las operaciones contaron con objetivos similares expresados más o menos de la siguiente forma:

- Primera Operación: Ayudar a reducir la morbilidad y la mortalidad materna e infantil en los municipios más pobres mediante el fortalecimiento de redes integrales de atención de salud.
- Segunda Operación. Contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil en los municipios más pobres del país, a través del fortalecimiento de la capacidad del primer nivel de atención y el fortalecimiento de las redes integrales de atención.

### 6.2. Población beneficiaria

En la mayoría de los casos, los objetivos hacen mención a las comunidades que representan ese 20% más pobre de la región, normalmente asociables con zonas costeras, o fronterizas, así como con poblaciones indígenas, como es el caso de países como México (estado de Chiapas), Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Costa Rica. Este 20% fue acordado en función de los indicadores de pobreza que maneja cada país, ajustado para que se tratara de municipios o distritos de salud completos para facilitar el seguimiento de las intervenciones y las mediciones externas. Otro criterio de selección de las poblaciones beneficiarias tuvo que ver con los costos de atención de esas poblaciones y los recursos disponibles, dado que se esperaba que los recursos permitieran movilizar resultados, o al menos hacer posible que dichos resultados se pudieran alcanzar.

La población meta de la ISM se constituye a partir de varios criterios como son:

---

<sup>7</sup> En cada país el BID cuenta con una oficina que lo representa y que es la responsable de ejecutar su portafolio (créditos de desarrollo y cooperaciones técnicas).

<sup>8</sup> Recursos adicionales a los regularmente invertidos en las intervenciones y las zonas geográficas priorizadas.

- Población perteneciente al quintil más bajo de ingresos (20% más pobre de la población).
  - Población con dificultad de acceso a servicio de salud para las intervenciones priorizadas (atención materna e infantil).
  - Relación de los recursos disponibles y el costo de una atención ampliada o suficiente para lograr los resultados e impactos esperados.
- La población beneficiaria no terminó siendo el 20% más pobre, pero contenida dentro de este subconjunto, dado que los recursos eran insuficientes para atender a dicha población con una cierta certeza o probabilidad de resultados (entrevista con la Dra. Emma Iriarte).

### Cuadro 1: Iniciativa ISM: Población y regiones beneficiarias

Países	Población total	Mujeres en edad fértil	Niños menores de 5 años	Municipios o regiones sanitarias
México	1 063 759	270 242	142 773	30
Guatemala	1 135 000	248 880	207 908	31
Belize	156 654	41 256	18 377	4
Honduras	248 709	67 624	33 261	19
El Salvador	240 532	59 819	26 808	14
Nicaragua	421 000	244 000	177 000	19
Costa Rica	452 833	91 975		11
Panamá	52 086	8 640	5 673	2
<b>TOTAL</b>	<b>3 770 573</b>	<b>1 032 436</b>	<b>611 800</b>	<b>130</b>

**Fuente:** Elaboración propia, con información de los documentos de proyecto país.

La población seleccionada respondió de igual forma al desafío de las mediciones externas, en términos de generar indicadores de producción y calidad estables y comparables en cada medición.

#### 6.2.1. Teoría de cambio de la Iniciativa

La teoría de cambio adoptada por la Iniciativa se muestra en el gráfico 4.

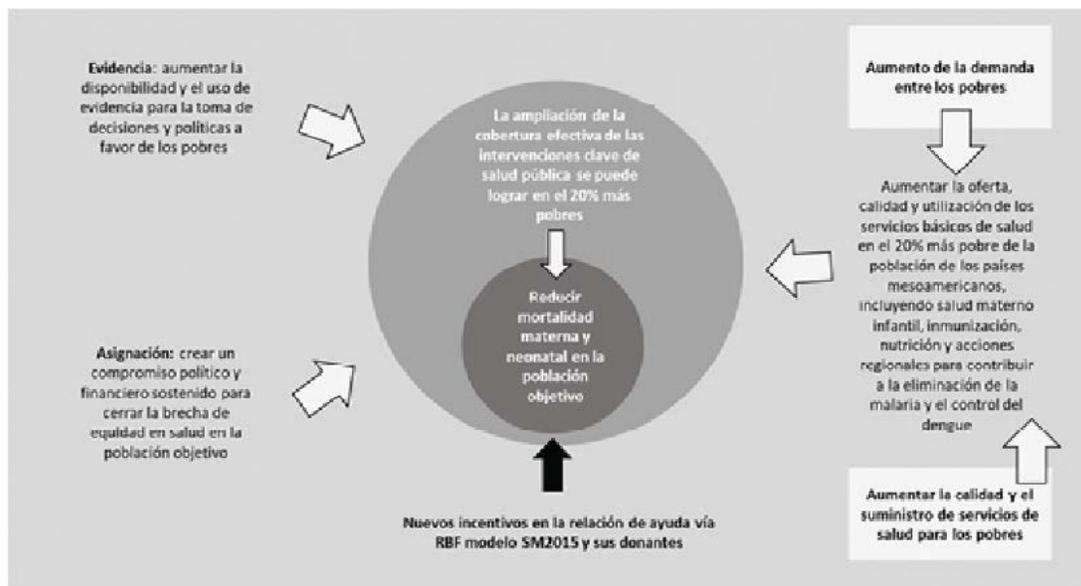
La ISM aborda las operaciones a partir de varios conceptos que, conjugados con las intervenciones debían lograr los resultados esperados:

- Selección de intervenciones costo efectivas, con probada evidencia.
- Introducción de intervenciones o

elementos de atención (innovaciones) con probada evidencia que no se están implementando en el país.

- Alineación de los diversos esfuerzos (principalmente las intervenciones y prioridades del país, pero también de cooperantes) realizados en el territorio priorizado.
- Intervenciones orientadas a resolver problemas y desafíos tanto del lado de la oferta (falta de integración de los servicios y nutrición, baja calidad de los servicios de salud, ausencia de un sistema de supervisión y monitoreo, debilidad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia) como del lado de la demanda (baja utilización de los servicios de salud en las áreas focalizadas, comportamiento alejados de las mejores

**Gráfico 4: Teoría de cambio de la Iniciativa de Salud Mesoamérica.**



**Fuente:** Plan de monitoreo y evaluación, Iniciativa SM2015, 2011.

prácticas, criterios encontrados en el entorno de la madre o embarazada).

- Aumentar la utilización de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud del primero y segundo nivel de atención.
- Mejorando el acceso y la calidad de los servicios de salud.
- Incorporación de elementos de interculturalidad y género.
- Fortalecimiento del sistema de monitoreo y supervisión a todos los niveles.

La teoría de cambio establece un enfoque de trabajo centrado en cuatro ejes cinco principales: i) planificación familiar, ii) atención del parto, puerperio y neonato, iii) salud sexual y reproductiva en adolescentes (para el caso de Costa Rica), iv) atención de la niñez (nutrición y vacunación), y v) fortalecimiento del sistema de salud.

Dos son los conceptos principales

asociados con la teoría de cambio. Por un lado, está el modelo de las tres demoras: i) la mujer y su familia demoran en identificar las señales de peligro, ii) una vez identificadas las señales de peligro demoran en trasladarse al centro de salud por razones geográficas y económicas; y, iii) llegado al centro de salud se demoran en brindarle la atención de calidad que requiere. El otro concepto es el de la maternidad segura y los cuatro pilares del continuo de la atención: i) planificar una familia y planificar el espaciar los hijos, ii) atención prenatal de calidad, iii) parto limpio y seguro; y, iv) atención obstétrica y neonatal para prevenir y manejar las complicaciones. Además está el modelo de atención del niño de 29 días de nacido a 5 años de edad, que considera: control infantil, el esquema de vacunación completo, el monitoreo del crecimiento y nutrición, el manejo de las diarreas y el manejo apropiado de las enfermedades de la infancia.

#### El mecanismo de desembolso del tramo de desempeño

El mecanismo de financiamiento de la Iniciativa se muestra en el siguiente cuadro.

## Cuadro 2: ISM, Mecanismo del tramo de desempeño

<b>Iniciativa de Salud Mesoamérica</b>	
<b>Reglas del Juego, modelo de financiamiento basado en resultados</b>	
<b>Definidas en 2011</b>	
<b>Modelo de financiamiento</b>	
	Los recursos requeridos se comprometen en una relación 50% por parte de los donantes y 50% por parte del país
	El incentivo por resultados considera un desembolso que los donantes hará de la mitad de los recursos aportados por el país, de libre uso en temas de salud
<b>Indicadores y metas (de cobertura, calidad y uso)</b>	
	Regla de anotación de todo o nada
	El resultado debe superar el 80% para recibir el tramo de desempeño
<b>Se realiza una medición externa e independiente de cada indicador</b>	
<b>Se utiliza un sistema de semáforo para cada país participante</b>	
	Verde, con 80% o más de los indicadores de la primera fase significa que continúa a la segunda fase
	Amarillo, de 60% a 80% debe cumplir y superar un plan remedial para pasar a la segunda fase, no recibe tramo de desempeño
	Rojo, menos del 60% no continúa dentro de la Iniciativa

**Fuente:** IHME, Reglas del juego para el modelo de financiamiento basado en resultados de la Iniciativa (2013, p.3).

Las metas fueron colocadas altas y el mecanismo bastante exigente, pero el premio económico debía de mover las voluntades para alcanzar esos desafíos (Entrevista con Mauricio Pérez coordinador financiero de la Iniciativa).

### 6.2.2. Selección de indicadores y metas

Según la opinión de la Dra. Emma Iriarte la selección de los indicadores y las metas es una de las tareas más complejas y a la vez significativas de un proyecto de financiamiento basado en resultados, determinante para la evaluación correcta del resultado del proyecto, los logros y su sostenibilidad, así como para evitar conductas impropias (*moral hazard*) por parte de los ejecutores.

La Iniciativa seleccionó indicadores que estando enfocados en las cinco áreas de intervención (planificación familiar, salud materna, salud infantil, salud sexual y reproductiva en adolescentes y mejoras al

sistema de salud en general) permitieran medir el progreso acumulado del país en cada una de las tres fases, orientando las acciones a resolver los desafíos de salud identificados con aspiración de sostenibilidad y escalabilidad de las intervenciones. Algunos de los criterios utilizados a la hora de establecer los indicadores fueron:

- Indicadores que se alinearan con los de salud de las ODM, permitiendo reforzar las intervenciones que ya realizaba el país.
- Indicadores que reflejaran la aspiración de mejora en la salud de las poblaciones beneficiarias surgidos de los planes y programas de desarrollo de los países.
- Indicadores que reconocieran el grado de complejidad de las intervenciones, pasando de un marco de desempeño centrado en productos en la primera operación y marco de desempeño centrado en resultados en la segunda operación, a un marco de desempeño

centrado en impactos en la tercera.

- Una cantidad de indicadores que oscilara entre ocho y doce, para darle integralidad a las acciones y oportunidad de éxito a los países en caso de que alguna intervención en particular no lograra los resultados esperados.

Los elementos utilizados para el establecimiento de las metas se concentraron en: i) revisión bibliográfica sobre investigaciones de intervenciones con efectividad a nivel de país, ii) análisis de tendencia utilizando la información sobre el Global Burden Disease, iii) criterio de los expertos, iv) modelo de costo efectividad desarrollado por el BID (Mokdad et al, 2015).

Las metas fueron establecidas a partir de tres elementos: i) cantidades fijas para las metas de productos, ii) porcentajes a partir del nivel mostrado al inicio de las operaciones, conocido como línea de base, y, iii) regla de oro del 80% para aquellos indicadores que constituían condiciones sine qua non para brindar el servicio, o que no contaban con línea de base o donde la misma no era pertinente.

## 7. Resultados asociados con la implementación de las operaciones país.

Tal y como se ha indicado a lo largo de este artículo, la iniciativa ISM es considerada un proyecto exitoso, que ha contribuido de diversas formas y en gran escala a mejorar la salud materno e infantil de la región de Mesoamérica<sup>9</sup> (Bernal, 2016, Regalía et al, 2017, Eichler et al 2017, Mokdad, 2016, Zúñiga et al 2022). Esto es similar al resultado obtenido por el IHME en la evaluación de proceso de la Iniciativa en la

que establecieron que de los 20 informantes consultados, 68% indicó que la Iniciativa había sido exitosa o muy exitosa, y esa evaluación se practicó en el 2016 cuando solamente se había evaluado la primera operación (IHME 2016, p. 52).

Los donantes han considerado la Iniciativa como exitosa por sus resultados y experiencias, así como por la comparación con otras Iniciativas que ellos mismos avanzan en otras regiones del mundo; los gobiernos también consideran a la misma exitosa, aunque con ciertas reservas en cuanto a sostenibilidad y escalabilidad y a lo interno del BID aunque se considera exitosa existen dudas de si esa debe ser la línea de trabajo de la institución y de cuáles elementos pueden ser integrados en las demás operaciones financieras que desarrolla el Banco con los países. De hecho, se inició en 2018 una nueva Iniciativa, conocida como la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria (IREM) en la región (de México a Colombia y República Dominicana) con similares objetivos, esquemas de financiación y obtención de metas; y el Banco está estructurando una nueva operación regional en materia de educación pública (Mokdad et al, 2015).

Derivado de las encuestas y las entrevistas algunos de los factores indicados como claves son:

- **La búsqueda de resultados concretos y medibles.** Consultados tanto personal de los sistemas de salud como del BID, indicaron este factor como el principal, porque permitió enfocar los esfuerzos y alinear los intereses de los diversos involucrados (94% del puntaje posible ). Solamente una respuesta indicó que en su país no se logró implementar (Panamá) y

---

9 Nuestros hallazgos demuestran que ISM es un ejemplo único de un programa de fortalecimiento de los sistemas de salud exitoso en múltiples países de ingresos bajos y medianos. A través de su modelo de FBR con incentivos para los ministerios de salud e intervenciones de fortalecimiento de los sistemas de salud, la iniciativa ISM motivó mejoras a gran escala en la calidad clínica de la atención en las zonas más pobres de Mesoamérica. Nuestro estudio muestra que mejorar la calidad de la atención es posible incluso en entornos con recursos limitados. (Zúñiga et al, 2022).

en otro caso que no se contó con espacio presupuestario para ejecutar los recursos (Guatemala).

- **La medición externa del IHME.** Aunque algunos la consideraron demasiado dura, estuvieron de acuerdo en que la medición local y comunitaria, con consulta directa a los beneficiarios (los que asisten a los servicios de salud y lo que no lo hacen)

permitió conocer las brechas, así como identificar los desafíos de atención tanto del lado de la oferta como del lado de la demanda (normalmente marginada de los programas de mejora). Además, permitió enfocarse no solo en la cantidad de servicios prestados sino también en la calidad de los mismos (85% del puntaje posible<sup>10</sup>). Ver cuadro.

**Cuadro 3: ISM: Operaciones país resultados de las mediciones externas**

Países	PRIMERA OPERACIÓN			SEGUNDA OPERACIÓN		
	Acordados	Alcanzados	%	Acordados	Alcanzados	%
México	8	2	25	10	9	90
Guatemala	11	7	64	10	7	70
Belice	12	4	33	10	10	100
Honduras	10	9	90	10	10	100
El Salvador	10	8	80	11	9	82
Nicaragua	11	10	91	10	8	80
Costa Rica	11	9	82	10	8	80
Panamá	10	8	80	10	2	20
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>57</b>	<b>69</b>	<b>81</b>	<b>63</b>	<b>78</b>

**Nota:** Los valores en rojo corresponden a mediciones que no superaron el 80%. Elaboración propia a partir de: ISM resultados de las mediciones externas, 2014, 2018.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los 16 memorándum enviados por el BID al comité de donantes.

- **El acompañamiento técnico.** Tanto el brindado por las dos firmas externas contratadas como el brindado por la unidad coordinadora, porque se enfocó en resolver los problemas locales, así como en ir ajustando los abordajes a las mediciones de indicadores de proximidad. (89% del puntaje posible). El BID no fue un simple supervisor de los acuerdos y recursos, sino que se desdobló para impulsar las innovaciones técnicas que requería el ejecutor para asegurar el resultado, sin lo cual los cambios no hubieran sido posible (entrevistas con la Dra. Iriarte y el Dr. González).
- **Las misiones de seguimiento trimestral.** Tanto estas como las matrices de seguimientos fueron valoradas como determinantes por los informantes en especial los que representaban a los sistemas de salud (87% del puntaje posible), porque les permitían ir siguiendo el desempeño de las intervenciones (utilizando la información que genera el sistema de salud nacional y local)

<sup>10</sup> La valoración máxima era de 5 y la mínima de 1, por lo que creo una ecuación que multiplica ca respuesta por su valor para alcanzar el valor efectivo.

realizando los ajustes a la planificación técnica y financiera necesaria para avanzar hacia los resultados.

- **Los indicadores y las metas acordadas.** Aunque al inicio se miró como algo fácil de alcanzar, luego los ministerios de salud entraron en cuentas de que mover la aguja era algo complicado y esto provocó una reacción sistémica que llevo al fortalecimiento integral de los sistemas de salud, permitiendo alcanzar logros que de lo contrario hubieran sido imposible. El seguimiento trimestral en la figura de misiones trimestrales a las matrices de indicadores de proximidad fueron determinantes para el resultado final (91% del puntaje posible).
- **Una iniciativa replicable.** La gran mayoría de los encuestados estuvo de acuerdo en que la Iniciativa debe ser replicada en otros proyectos de salud y de otros sectores,

dado que demostró resultados. Tal y como lo indicaron varios jefes de equipo de proyecto del BID que viven a diario con proyectos similares, los resultados del modelo de financiamiento por resultados la Iniciativa son muy superiores a los alcanzados en otros proyectos similares y de hecho no se hubieran alcanzado con un modelo tradicional (95% del puntaje posible).

- **Incentivo económico y reputacional.** Aunque los informantes indicaron que el incentivo económico no fue determinante de los resultados alcanzados, si fue importante para mover voluntades políticas, máxime cuando lo asocian con el incentivo reputacional manifiesto no solo en el foro de COMISCA donde los países pertenecen sino también a lo interno del país por lo que ha significado para los equipos que trabajaron en las diversas regiones del proyecto.

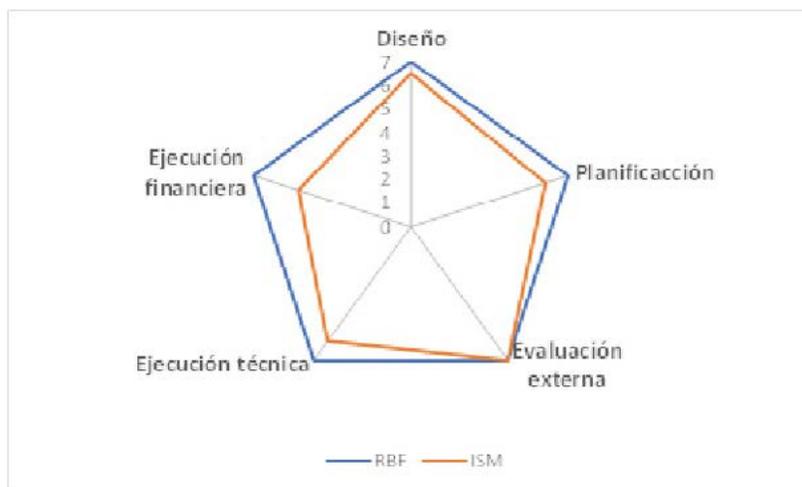
## 8. CONCLUSIONES

Una vez analizados los diversos elementos se llegó a la conclusión de que la iniciativa ISM siguió los elementos centrales del marco conceptual de los RBF, en una dimensión que el autor expresa en la siguiente figura.

El análisis de la literatura, las opiniones de los informantes de la Iniciativa y el estudio de los diversos documentos, llevan a establecer un conjunto de elementos en los que el financiamiento basado en resultados cuenta con mayor asertividad y probabilidad de resultado.

- **Claridad del resultado.** Un proyecto de financiamiento basado en resultado, hace un gran esfuerzo, quizás el principal, por establecer con claridad los resultados esperados. Buena parte del tiempo de diseño se concentra en la selección de indicadores y metas que sean plausibles y que garanticen unos ciertos impactos.
- **Compromiso de un nivel superior.** La fijación de un premio económico al resultado moviliza la voluntad de las autoridades y los compromete en metas de mayor nivel. Aunque las autoridades que negocian no son normalmente las que entregan cuentas, al ministro de turno le corresponde asumir la responsabilidad país y procurar que no quede mal entre pares.
- **Mejor focalización de beneficiarios.** La brecha de inequidad surge del reconocimiento de unas poblaciones que no disfrutaban del mismo nivel de bienestar que el resto del país y esto al ser revelado de manera contundente compromete y moviliza a las autoridades a hacer algo. Además, es fundamental a la hora de la medición, porque si la población es “gelatinosa”, así lo será el dato obtenido y la credibilidad del mismo.
- **Incide en el cambio de paradigma de la gestión pública.** Pensar en resultados e impactos

**Gráfico 7:** Desempeño de la ISM comparada con un proyecto de financiamiento basado en resultados puro.



**Fuente:** Elaboración propia

es más potente que pensar en presupuestos y actividades, y los proyectos RBF posicionan esta forma de pensar en los funcionarios, constituyendo experiencias positivas, aunque sean más difíciles de llevar a la práctica.

- **Mobilizan más recursos.** Es más fácil de acercar voluntades cuando se mira con claridad cuál es el resultado esperado y se cuenta con un diseño para lograrlo. Los recursos complementarios fueron movilizados una vez que se miraba el camino y su efecto.
- **Un plazo corto permite observar resultados.** Al plantearse plazos cortos los donantes están asegurando una acción direccionada al resultado, sin espacio para desviaciones y fallas, y esto a su vez es más fácil de vender.

Los resultados de la investigación del caso de estudio de la ISM ratificaron las bondades del modelo de financiamiento basado en resultados tanto desde la perspectiva de las mediciones externas de desempeño como desde la perspectiva de los actores clave, pues 66 de los 48 informantes consultados indicaron que los resultados alcanzados por la Iniciativa ISM no se hubieran logrado si se hubiera utilizado una metodología tradicional.

## REFERENCIAS

- Bernal, P. (2019). *ISM Performance By Results, El Salvador Experience*. Washington: IDB, Mimeo.
- Bernal, P., Celhay, P., & Martínez, S. (2018). *Is Results-Based Aid more effective than conventional aid? Evidence from the Health Sector in El Salvador*. Washington: IDB Working Paper.
- BID. (2012). *SM: Descripción del Proyecto, Esquema de Implementación y Gestión*. Washington DC.
- Convenio de Cooperación Técnica BID: México, Guatemala, Belice, Honduras, El Salvador,

- Nicaragua, Costa Rica, Panamá. Mesoamérica. (2012, 2016).
- Matrices de Seguimiento: México, Guatemala, Honduras, Belice, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá. Mesoamérica.* (2012, 2016).
- Plan de Ejecución Plurianual: México, Guatemala, Belice, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá. Mesoamérica.* (2012, 2016).
- Plan Operativo del Proyecto: México, Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Costa Rica, Nicaragua, Panamá. Mesoamérica.* (2012, 2016).
- Clist, P. (2016). *Payment by Results in Development AID: All That Glitters Is Not Gold.* Washington: Word Bank Research Observer, volume 31 issue 2.
- Clist, P., & Verschoor, A. *The Conceptual Basis of Payment by Results.* School of international Development University of East Anglia, 2014.
- Eichler R., Regalía F., Eichler R., Gigli S., Cleason M., Tapia R., Gavilanes F., Kress D., Wong E., Mujica R., Betancourt M., Ciria M., Alvarez M., Iriarte E., Nelson J., Zúñiga-Brenes P., Ríos-Zertuche D. (2017) External Measurement as a Catalyst for Change in a Regional Results-Based Aid Initiative: The Salud Mesoamerica Experience, *Technical Note IDB TN 1312*, Washington.
- Energy Sector Management Assistance Program SMAP. (2015). *Results-Based Approaches in Development: A Review.* Washington: Word Bank.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry* 12(2), 219-245.
- Glassman, A., & Eichar, R. (2012). *Health System Strengthening Via Performance-Based Aid.*
- Harrison, H., Birks, M., Franklin, R., & Mills, J. (2017). Case study research: foundations and methodological orientations. *Qualitative Social Research*, vol 18 no.1, 1-13.
- IHME. (2011, 2014, 2018). Informe de medición de los indicadores de desempeño país. Seattle.
- Institute of Health Metrics and Evaluation. (2016). *Salud Mesoamérica Initiative Process Evaluation.* Seattle: University of Washington.
- Meessen, B., Soucat, A., & Sekabaraga, C. (2011). *Performance-Based Financing: Just donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform.* Washington: Bulletin of World Health Organization 89.
- Mokdad, A., Ellicott Colson, K., Zúñiga-Brenes, P., Ríos-Zertuche, D., Palmisano, E., Alfaro-Porras, E., ... Borgo, M. (2015). Salud Mesoamérica 2015 Initiative: *design, implementation and baseline findings.* *Population Health Metrics*, 1'16.
- Mokdad, A., Gagnier M., Colson K., Zúñiga-Brenes P., Ríos-Zertuche D., Haakenstad A., Palmisano E., Anderson B., Desai S., Gillespie C., Murphy T., Naghavi P., Nelson J., Tanganathan D., Schaefer A, Usmanova G., Wilson S., Hernández B., Lozano R., Iriarte E. (2015). Health and Wealth in Mesoamerica: Findings from Salud Mesoamérica 2015. *BMC Medicine*, Seattle.

- Musgrove, P. (2011). *Financial and others rewards for good performance or results: A guided tour for concepts and terms and a short glossary*. Washington: Word Bank.
- Paul, E., Albert, L., & N´Sambuka, B. (2018). *Performance-Based Financing in low-income and middle-income countries: Isn't it time for a rethink*. Washington: BMJ Glob Health.
- Perakis, R., & Savedof, W. (2015). Does Results-Based Aid Change Anything? Pecuniary Interests, Attention, Accountability and Discretion in Four Cases Studies. CGD Policy. London: CDG.
- Permn, B. (2009). *Evaluation of Payment by results (PBR), current approaches, future needs, final report*. London: Working paper 39, Department for International Development.
- Regalía F., Eichler R., Gigli S., Cleason M., Tapia R., Gavilanes F., Kress D., Wong E., Mujica R., Betancourt M., Ciria M., Alvarez M., Iriarte E., Nelson J., Zúñiga-Brenes P., Ríos-Zertuche D. (2017) Not Your Cookie-cutter: Results-based Aid Initiative. *Technical Note IDB TN 1313*, Washington.
- Robinson, M., Last, D. (2009). *A basic model of performance-based budgeting*. Washington: IMF fiscal affairs department.
- Shepard, D., Nguyen, T., & Zeng, W. (2015). Cost Effectiveness Analysis of Results-based Financing Programs: A Toolkit. Washington: The Word Bank.
- Soucat, A., Dale, E., Mathauer, I., & Kutzin, J. (2017). *Pay-for-performance debate: Not seeing the forest for the trees*. Ginebra: Taylor and Francis WHO.
- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oak, CA: Sage.
- Taplin, D., Clark, H. (2012). *Theory of Changes Basics, A Primer Theory of Changes*, ActKnowledge, New York.
- Witter, S., Toonen, J., Meessen, B., Kagubare, J., Fritsche, G., & Vaughan, K. (2013). Performance-based financing as a Health System Reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. *Health Services Research*, 1-10.
- Yin, R. (2014). *Case study research: Diseño y métodos*. Los Angeles, CA: Sage.
- Cruz Y., Martínez S., (2016). Setting Targets for Results-Based Financing Programs: A Simple Cost Benefit Framework. *Technical Note IDB TN 983*, Washington.
- El Cheraoui C., Kamath A., Dansereau E., Palmisano E., Schaefer A., Hernández B., Moldad A. (2018). Results-based Aid with Lasting Effects: Sustainability in the Salud Mesoamérica Initiative. *Globalization and Health, Seattle*.