Supervisión comunitaria a los proveedores de salud primaria en Uganda

Investigadores/as:

Martina Björkman Nyqvist

Jakob Svensson

Damien de Walque

Sector(s): Salud

Ubicación: Uganda

Muestra: 50 dispensarios, y aproximadamente 5,000 hogares en nueve distritos

Grupo objetivo: Health care providers Rural population

Resultado de interés: Citizen satisfaction Mortality Transparency and accountability Service provider performance Take-up of program/social service/healthy behavior

Tipo de intervención: Information Community monitoring

Número de registro del AEA RCT Registry: AEARCTR-0000501

Research Papers: Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment of a Community...

Socios Implementadores: Government of Uganda Ministry of Health, Swedish International Development Agency (SIDA), World Bank

Problema de política pública

Cerca de 11 millones de niños menores de cinco años mueren cada año, muchos de ellos por enfermedades prevenibles como la neumonía, malaria y sarampión. Aunque la prevención y los tratamientos de este tipo de enfermedades son relativamente baratos, muchos no tienen acceso a estos servicios necesarios. Una posible razón para esto incluye la ineficacia de los sistemas de supervisión y una relación de rendición de cuentas débil entre los proveedores del servicio y las personas que lo reciben. La falta de incentivos por parte de los empleados públicos para proveer un servicio de calidad puede resultar en un ausentismo elevado y en una baja calidad en el cuidado de los pacientes. La participación de los beneficiarios como supervisores del servicio público puede ser importante para su mejora, dado que son ellos los que más se benefician de mejoras en los servicios de salud.

Contexto de la evaluación

Uganda, como muchos países Africanos recién independizados, tenía un sistema de salud que funcionaba bien a principios de la década de los 1960s, pero que se vio colapsado junto con los demás servicios públicos a medida que el país sufrió de conmociones políticas. El gobierno ha estado implementando importantes programas de rehabilitación de la infraestructura en el sector de la salud; sin embargo, las mejorías en los resultados se han mantenido esquivas.

Los dispensarios rurales, los cuales representan el nivel más básico del sistema de salud de Uganda, proporcionan atención ambulatoria preventiva, servicios de maternidad y de laboratorio. Una serie de actores son responsables de la supervisión y control de los dispensarios, incluyendo al Comité de Administración de la Unidad de Salud (Health Unit Management Committee), quien supervisa el funcionamiento cotidiano de las instalaciones, pero no tiene autoridad para sancionar a los trabajadores. El

Sub-distrito de Salud (Health Sub-district), un nivel por encima, tiene el propósito de monitorear la entrega de fondos, medicamentos y servicios; sin embargo, lo hace con poca frecuencia. Sólo el Gerente de Administración del Distrito y la Comisión de Servicios del Distrito, tienen la autoridad para suspender o despedir al personal. Conformados por un médico, dos enfermeras y tres ayudantes, los dispensarios usualmente no entregan ningún tipo de incentivo a sus trabajadores para aumentar los esfuerzos que realizan. Los miembros de la comunidad, generalmente ignoran la cantidad de niños que mueren en su comunidad y no saben qué nivel de calidad pueden esperar de su servicio de salud.



A baby is weighed in a health clinic. Photo: Aude Guerrucci | J-PAL/IPA

Detalles de la intervención

Los investigadores realizaron una evaluación aleatoria en 50 dispensarios de nueve distritos en Uganda, para ver si la supervisión comunitaria podría mejorar el desempeño de los trabajadores del sector de salud y el impacto que esto podría tener sobre la utilización de los servicios y los resultados de salud.

En zonas aledañas a 25 dispensarios seleccionados aleatoriamente, una ONG local facilitó 3 series de reuniones. En la primera, alrededor de 150 miembros de la comunidad, tanto los desfavorecidos como la élite, discutían el estado de sus servicios de salud e identificaban las medidas que los proveedores de servicios podían tomar para mejorar la entrega de éstos. En la segunda, se acordaba una reunión con el personal que proveía el servicio para realizar una comparación entre la información reportada por los proveedores del servicio, y los resultados obtenidos a partir de las encuestas a hogares. La tercera, una reunión interactiva, permitía que los miembros de la comunidad y los trabajadores del sector de la salud discutieran los derechos de los pacientes y las responsabilidades de los proveedores. El resultado fue un plan de acción común, o un contrato, que esbozaba un acuerdo entre la comunidad y los proveedores acerca de lo que se debe hacer, cómo, cuándo y por quién. Estas tres reuniones estaban

destinadas a poner en marcha el proceso de supervisión de la comunidad. Finalmente, reuniones de personal e interactivas se realizaron seis meses después, para revisar el progreso y para sugerir mejoras.

Se administró una encuesta tanto a los proveedores de servicios como a una muestra aleatoria de hogares alrededor de cada dispensario antes de la intervención y otra un año después. También se usaron datos administrativos y revisiones visuales del dispensario.

Resultados y lecciones de la política pública

Impacto en la Calidad de Atención: Un año después de la primera ronda de reuniones, las instalaciones de salud en los pueblos que recibieron el tratamiento tenían una probabilidad 36% más alta de contar con cajas de sugerencias y una probabilidad 20% mayor de contar con sistemas de atención basadas en fichas numeradas, en relación a las instalaciones de comparación. Hubo una reducción de 12 minutos en el tiempo de espera; una reducción de 13 puntos porcentuales en el ausentismo, y una mejora general de la limpieza de las instalaciones.

Impacto en los Resultados de Salud: En el grupo de intervención, la utilización de los servicios de consulta externa fue mayor (20%), más personas llegaron para atender partos (58%) y más pacientes solicitaron atención prenatal (19%). Más personas solicitaron servicios de planificación familiar (22%) y la inmunización creció para todos los grupos de edades, especialmente para los recién nacidos. Los hogares tambien empezaron a cambiar del auto-tratamiento y los curanderos tradicionales a los dispensarios, como respuesta a la intervención. Relativo al grupo de comparación, las comunidades intervenidas vieron un crecimiento de 0.14 z puntos en el peso de los infantes y un 33% de reducción en las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años. Las variaciones en la intensidad del tratamiento a lo largo de los distintos distritos muestran una relación significativa entre el grado en que la comunidad realiza la supervisión y la utilización y resultados de salud.

Bjorkman, Martina, and Jakob Svensson. 2009. "Power to the People: Evidence From a Randomized Field Experiment on Community-Based Monitoring in Uganda." The Quarterly Journal of Economics 124(2): 735-69.