

SERVICIOS DE SALUD PARA LOS POBRES

2007

Camboya

Contratación de servicios de atención médica para los pobres de las zonas rurales

Se comprobó que contratar a ONG para administrar el sistema de atención primaria de salud era un medio eficaz de aumentar la cantidad de personas atendidas y lograr una distribución de los servicios más favorable a los pobres de las zonas rurales de Camboya. A mediados del decenio de 1990, la guerra y la agitación política habían dejado a Camboya con una infraestructura limitada de atención de salud, especialmente en las zonas rurales. Había suficientes paramédicos y personal administrativo, pero la capacitación y la calidad de la atención no eran homogéneas y la moral era baja. El sistema de atención primaria de salud no podía prestar un nivel adecuado de servicios. No se estaban prestando servicios básicos como la inmunización, y tasa de mortalidad en la niñez continuaba siendo muy alta.

El “plan de cobertura”

Para solucionar estos problemas, el Ministerio de Salud propuso contratar a ONG para administrar el sistema de salud pública a nivel de los distritos mediante un contrato basado en los resultados para seguir los avances. En el contrato se exigía que las ONG prestaran apoyo administrativo y técnico para contribuir al funcionamiento eficiente del sistema de salud pública, y servicios equitativos de atención primaria de salud a las poblaciones de las zonas rurales. Habida cuenta de lo novedoso del enfoque, esto originalmente se llevó a cabo a título experimental.

El Ministerio de Salud formuló un “plan de cobertura” en el que se especificaba un conjunto mínimo de actividades que comprendían servicios preventivos y curativos, como inmunización, planificación familiar, atención prenatal y suministro de micronutrientes. Con financiamiento proporcionado por el Banco Asiático de Desarrollo, el Ministerio de Salud rea-

lizó un experimento a gran escala de contratación de ONG para la prestación de estos servicios de atención primaria de salud como parte de un plan general de cobertura. En 1997, antes de la construcción de los centros de salud y la adquisición de equipos, se realizó una encuesta de hogares de referencia, con anterioridad a la suscripción del contrato, en 12 distritos sanitarios operacionales de zonas rurales. El experimento de contratación de cinco años de duración comenzó a principios de 1999, y a fines de 2003 se realizó una encuesta final de evaluación.

Los distritos comprendidos en el experimento se asignaron al azar para aplicar uno de los tres modelos de prestación de asistencia sanitaria:

- i) *contratación externa*; en este modelo los contratistas tenían la responsabilidad absoluta por la administración de la prestación de servicios, incluidas las contrataciones, los despidos y la fijación de salarios, la adquisición y distribución de suministros y medicamentos esenciales, así como por la organización y dotación de personal de los centros de salud pública;
- ii) *contratación interna*; en este modelo los contratistas trabajaban en la órbita del sistema del Ministerio de Salud a fin de reforzar la estructura administrativa y el personal sanitario existentes en el distrito, con bienes consumibles y medicamentos proporcionados por el sector público, y un suplemento presupuestario nominal para cubrir los incentivos para el personal y los gastos de operación, y
- iii) *sector público*; en este modelo la administración de los servicios permaneció en la órbita del equipo gubernamental de gestión sanitaria del distrito, con bienes consumibles y medicamentos proporcionados por el sector público, y el



mismo suplemento presupuestario nominal para cubrir los incentivos para el personal y los gastos de operación proporcionado a los distritos de contratación interna.

Los otros tres distritos propuestos no se incluyeron en ningún modelo de contratación ni formalmente en el experimento. Estos distritos continuaron bajo administración pública, pero no recibieron ningún suplemento presupuestario. En tal carácter, estos tres distritos sirven como grupo de comparación para los otros nueve distritos incluidos en el modelo de contratación y de administración pública.

El Ministerio de Salud seleccionó a las ONG mediante licitación pública sobre la base de la calidad de las propuestas técnicas y el costo. Se midieron indicadores verificables objetivamente de los servicios de atención de salud en los 12 distritos utilizándose datos de la encuesta de referencia, y se especificaron para todos los distritos objetivos bien definidos respecto del aumento de la cobertura de los servicios y la cobertura de los pobres. Los indicadores de servicios de salud comprendieron la inmunización de los niños y el suministro de vitamina A, la atención prenatal, partos atendidos por parteras capacitadas, partos en un centro de salud, el conocimiento y uso del espaciamiento de los nacimientos, y el uso de los centros de salud para el tratamiento de enfermedades. También se impuso en todos los distritos un objetivo de equidad que consistió en orientar los servicios a la mitad más pobre de la población. Se construyeron nuevos centros de atención de salud y se renovaron los antiguos. Cada centro atendía a 10.000 personas.

Los nueve distritos incluidos formalmente en el experimento de contratación estaban compuestos por dos distritos de contratación externa, tres de contratación interna y cua-

tro del sector público. Con inclusión de los tres distritos no incorporados formalmente al experimento, los 12 distritos estaban ubicados en tres provincias diferentes, cada uno con una población de entre 100.000 y 200.000 personas. Al inicio del experimento en 1999, los 12 distritos tenían un total conjunto de más de 1.500.000 personas.

Los contratistas

A los contratistas, seleccionados mediante licitación internacional, se les adjudicaron contratos de una duración de cuatro años a un precio fijo anual per cápita por la prestación de servicios específicos de atención primaria de salud. Todos los licitantes que resultaron adjudicatarios eran ONG internacionales con experiencia previa en Camboya.

Los distritos de contratación externa tenían que comprar sus propios suministros y hacerse cargo de los costos de la mano de obra. Estos rubros se incluyeron en el presupuesto del Ministerio de Salud para los distritos de contratación interna y del sector público. En los nueve distritos de prueba, la construcción, renovación, mobiliario y equipos fueron suministrados por el Ministerio de Salud y no se imputaron a los presupuestos contractuales.

En el Cuadro 1 figuran los gastos ordinarios medios anuales per cápita durante el período de dos años y medio correspondiente a los tres diferentes modelos. En gran medida cabe atribuir los mayores gastos de los distritos de contratación externa a la asistencia técnica de las ONG proporcionada por los administradores de distrito y a los sueldos más altos del personal.

Los administradores de distrito tenían distintas limitaciones presupuestarias, diferentes valores de referencia para la

Cuadro 1. Gastos ordinarios medios anuales per cápita

Categoría de gastos	Contratación externa	Contratación interna	Prestación por el sector público
Asistencia técnica de las ONG	1,28	0,77	0,0
Sueldos del personal	1,32	0,55	0,53
Medicamentos, suministros y gastos de operación	1,28	1,08	1,12
Total	3,88	2,40	1,65

Fuente: Schwartz y Bhushan, 2005, Cuadro 8.2.

Cuadro 2. Indicadores de los servicios de salud: definiciones y objetivos de cobertura

Indicadores	Definición y cobertura	Objetivos (porcentajes)
Niños completamente inmunizados (NCI)	Niños de entre 12 y 23 meses de edad completamente inmunizados	70
Vitamina A (VITA)	Dosis alta de vitamina A recibida dos veces en los últimos 12 meses por niños de entre 6 y 59 meses de edad	70
Atención prenatal (APN)	Por lo menos dos visitas de atención prenatal, con medición de presión arterial al menos una vez, en el caso de mujeres que dieron a luz en el año anterior	50
Partos atendidos por partera capacitada (PAPC)	La partera fue una enfermera diplomada, partera, médico o médico ayudante en el caso de mujeres que tuvieron un parto en el año anterior	50
Partos en un centro de salud (PCS)	El parto tuvo lugar en un centro privado de salud o en un centro de salud pública en el caso de mujeres que tuvieron un parto en el año anterior	10
Uso de métodos modernos de espaciamiento de los nacimientos (MEN)	Mujeres con un hijo vivo de entre 6 y 23 meses de edad que usan actualmente un método moderno de espaciamiento de los nacimientos	30
Conocimiento de métodos modernos de espaciamiento de los nacimientos (CEN)	Mujeres que dieron a luz en los 24 meses anteriores y que conocen cuatro o más métodos modernos de espaciamiento de los nacimientos y dónde obtenerlos	70
Uso de centros de salud pública (UCS)	Uso de centros distritales de atención de salud pública (hospital de distrito o centro de atención primaria de salud) para el tratamiento de enfermedades en las cuatro semanas anteriores	Aumento

Fuente: Schwartz y Bhushan 2005, Cuadro 8.4.

cobertura y distribución de los servicios y tal vez características demográficas diversas, todo lo cual puede haber influido en las decisiones sobre asignación de los recursos.

Indicadores de atención médica

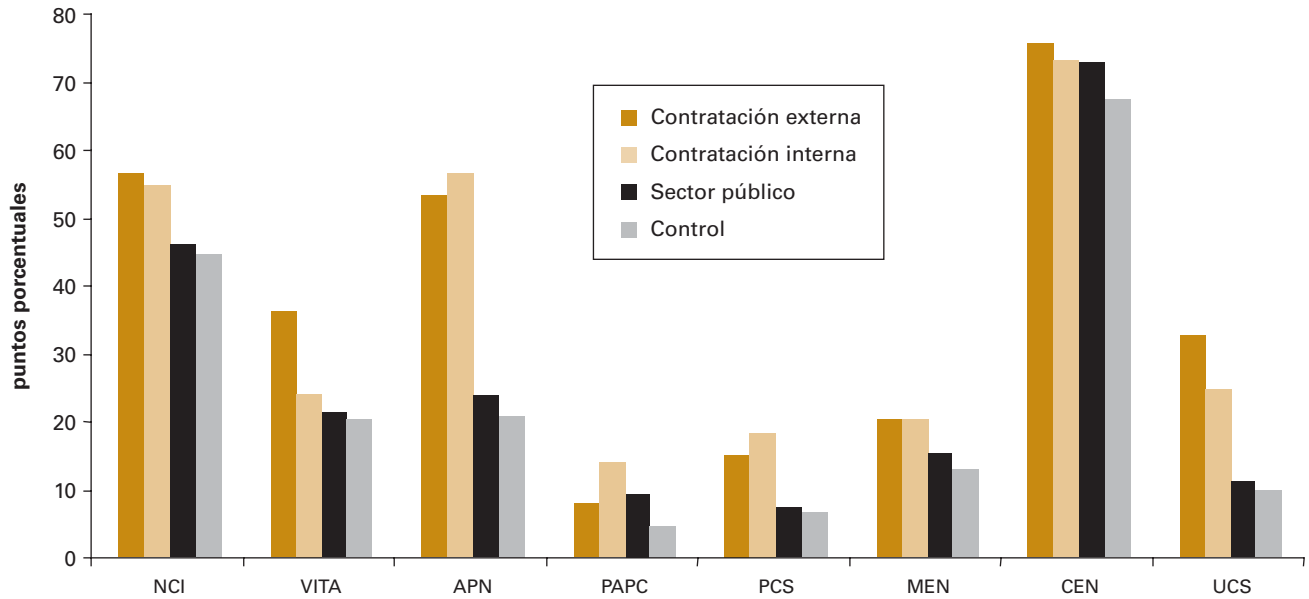
Los indicadores utilizados para medir la cobertura de servicios se ajustaban a las prioridades fijadas en los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) de las Naciones Unidas y en los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) del Banco Mundial. Están dirigidos a la atención preventiva de salud materno-infantil (Cuadro 2). El objetivo de equidad de orientar los servicios hacia la mitad más pobre de la población se impuso a todos los distritos.

Resultados

Hubo grandes aumentos de las tasas de cobertura de los servicios de salud en los 12 distritos, de contratación y administrados por el sector público, sin embargo en los primeros

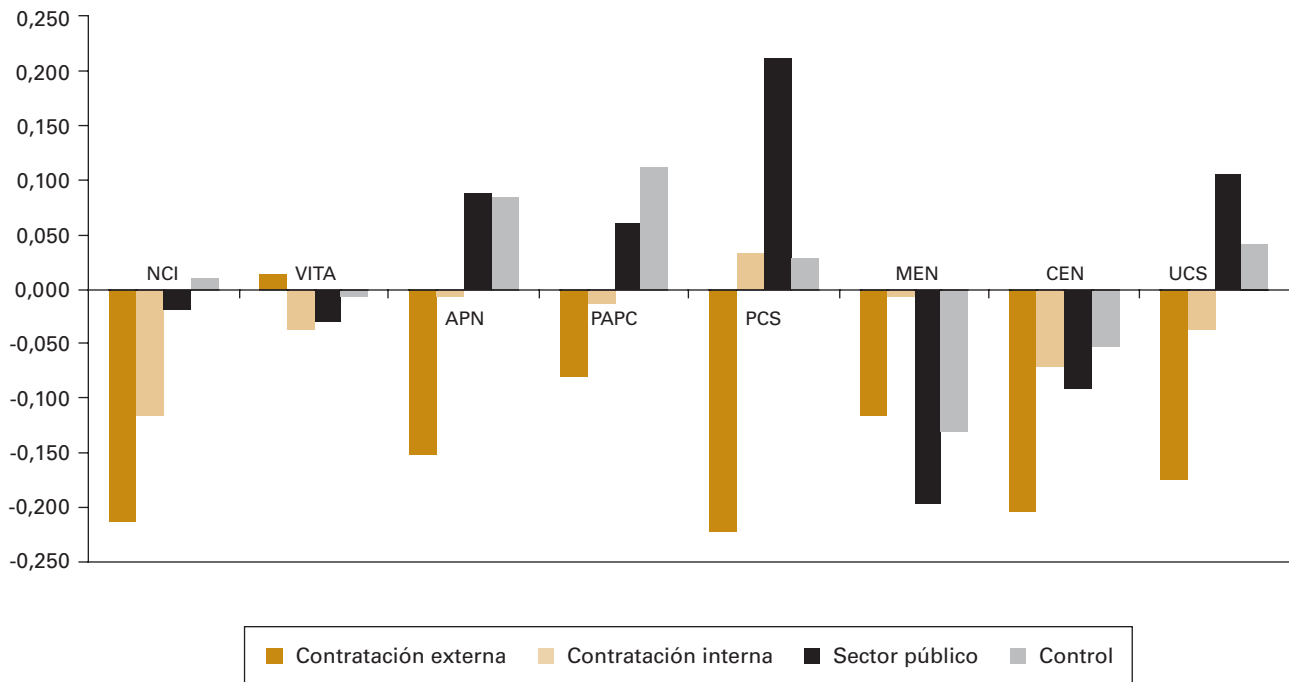
se lograron tasas de cobertura mucho más altas que en los segundos. Las tasas de cobertura de inmunización en los distritos de contratación externa, por ejemplo, aumentaron de 25,3% en 1997 a 82% en 2003, un aumento de 56,7 puntos porcentuales (Gráfico 1). Con una sola excepción (los partos atendidos por parteras capacitadas en los distritos de contratación externa), en los distritos de contratación se lograron aumentos en las tasas de cobertura mayores que en los distritos del sector público. En estos últimos distritos aumentaron las tasas de cobertura de todos los servicios de salud, pero estos aumentos fueron menores que en los distritos de contratación y no se lograron las metas de cobertura respecto del suministro de vitamina A, atención prenatal, partos atendidos por parteras capacitadas y el método moderno de espaciamiento de los nacimientos. En general, la diferencia entre las tasas más altas logradas por los distritos de contratación frente a la cobertura más baja de los distritos del sector público fue mayor en el caso de los servicios proporcionados en los centros (atención prenatal, partos atendidos por parteras capacitadas, partos en centros de

Gráfico 1. Aumento de las tasas de cobertura de la atención médica (puntos porcentuales), 1997–2003



Notas: NCI = niños completamente inmunizados; VITA = vitamina A; APN = atención prenatal; PAPC = partos atendidos por parteras capacitadas; PCS = partos en un centro de salud; MEN = métodos modernos de espaciamiento de los nacimientos; CEN = conocimiento de métodos modernos de espaciamiento de los nacimientos; UCS = uso de centros de salud para el tratamiento de enfermedades.

Gráfico 2. Variación de los índices de concentración, 1997–2003



Notas: Los valores negativos indican una variación tendiente a una distribución de los servicios favorable a los pobres. NCI = niños completamente inmunizados; VITA = vitamina A; APN = atención prenatal; PAPC = partos atendidos por parteras capacitadas; PCS = partos en un centro de salud; MEN = métodos modernos de espaciamiento de los nacimientos; CEN = conocimiento de métodos modernos de espaciamiento de los nacimientos; UCS = uso de centros de salud para el tratamiento de enfermedades.

salud y uso de los centros de salud pública para el tratamiento de enfermedades) que en el de los programas verticales de salud pública (inmunización, suministro de vitamina A y uso de métodos anticonceptivos modernos). Las evaluaciones independientes de la calidad de la atención también revelaron que los contratistas mejoraron la calidad de los servicios prestados en los centros de salud más que el sector público en el mismo período.

Beneficios para los pobres

En los distritos de contratación en general se obtuvieron mejores resultados que en los distritos del sector público; se observaron cambios en la distribución de los servicios de atención de salud tendientes a una distribución más equitativa o favorable a los pobres. Antes del experimento, era más probable que los que no eran pobres usaran los servicios de atención de salud pública en los 12 distritos. Los índices de concentración revelan que la prestación de servicios de atención de salud en los distritos de contratación se tornó más equitativa o más favorable a los pobres que en los distritos del sector público hacia fines del experimento de cinco años de duración (Gráfico 2). Se observó un cambio tendiente a una distribución más favorable a los pobres en los distritos de contratación en el caso de los servicios de salud con dos excepciones únicamente (suministro de vitamina A en el caso de la contratación externa y atención de partos en los centros en el de la contratación interna). Por otra parte, en los distritos del sector público se observó un cambio tendiente a una distribución más favorable a los pobres únicamente en el caso de los programas verticales (inmunización, suministro de vitamina A y método moderno de espaciamiento de los nacimientos), y este cambio fue menor que las mejoras registradas en los distritos de contratación. En los distritos del sector público se observó una tendencia hacia una distribución aún menos favorable a los pobres en el caso de los servicios prestados en los centros, incluida la atención prenatal, los partos atendidos por parteras capacitadas, los partos en centros de salud y el uso de centros de salud pública para el tratamiento de enfermedades.

No es de sorprender que el gasto público ordinario anual per cápita en los distritos donde se contrató a ONG fuera considerablemente más alto que el gasto público en los distritos del sector público (Cuadro 3). En gran medida cabe atribuir estas diferencias a la asistencia técnica prestada por las ONG para la administración del distrito y a los sueldos paga-

dos al personal de la salud. Sin embargo, al parecer, en los distritos de contratación el gasto público reemplazó a los pagos privados directos en mayor medida que en los distritos del sector público. Al final del experimento, los pagos privados directos en los distritos de contratación eran considerablemente inferiores a los registrados en los distritos del sector público. Por ejemplo, el gasto público en los distritos de contratación era de US\$3,09 per cápita más alto que en los distritos del sector público, pero este gasto público más alto se vincula con un nivel de US\$5,57 per cápita más bajo de pagos privados directos en comparación con los distritos del sector público. En general, para todos los distritos de contratación un gasto público de alrededor de US\$2,50 per cápita más alto redundó en pagos privados directos de aproximadamente unos US\$4,50 menos per cápita. Asimismo, el total del gasto público más pagos privados directos en los distritos de contratación fue menor que en los distritos del sector público. El mayor reemplazo de los pagos privados directos por el gasto público benefició a las personas de menor capacidad de pago de los servicios de atención de salud en los distritos de contratación más que en los distritos del sector público, y la eficiencia general del sistema de salud en los distritos de contratación fue mayor que en los distritos de sector público.

Conclusión

En síntesis, los resultados del experimento de la contratación de ONG en las zonas rurales de Camboya revela que, si bien en todos los distritos aumentaron las tasas de cobertura de los servicios de salud, en los distritos de contratación se obtuvieron mejores resultados que en los distritos del sector público, tanto en cuanto a tasas de cobertura más altas como a la prestación de servicios con una distribución más favorable a los pobres. Además, los pagos privados directos de atención médica en los distritos de contratación fueron menores que en los distritos del sector público, lo que sin duda alguna benefició a los que menos pueden pagar. Si se consideran los mismos objetivos, al parecer las ONG se ajustan más que el sector público a las obligaciones contractuales de prestar servicios de atención de salud de manera eficaz y equitativa. En general, los resultados indican que la contratación de la atención primaria de salud puede ser un medio eficiente y eficaz de aumentar las tasas de cobertura de la atención médica y de orientar mejor los servicios de atención primaria de salud hacia los más pobres.

Esta sinopsis tiene por objeto resumir las prácticas recomendadas en materia de salud, nutrición y población. Es una adaptación del trabajo de J. Brad Schwartz, Indu Bhushan, Erick Bloom y Benjamin Loevinsohn, titulado “Contracting Health Care Services for the Rural Poor –the Case of Cambodia” publicado en *Development Outreach*, Banco Mundial, mayo de 2005, y del Capítulo 8 de la publicación titulada: *Reaching*

the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why, Davidson R. Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck, compiladores (Washington, DC: Banco Mundial, 2005). Las opiniones expresadas en esta nota no representan necesariamente la posición del Banco Mundial.

