

SERVICIOS DE SALUD PARA LOS POBRES

2008

Indonesia

Uso de Tarjetas Sanitarias para Amortiguar el Impacto de la Crisis Financiera en los Pobres

El proyecto de tarjetas sanitarias de Indonesia formaba parte del programa de red de seguridad social (RSS) puesto en marcha por el gobierno en respuesta a la crisis económica de otoño de 1997. Si bien ya existían sistemas similares, tanto su cobertura como su alcance se modificaron y se expandieron en virtud del programa de la RSS. Este programa integraba un esfuerzo más amplio destinado a mitigar el impacto de la crisis, que se reflejaba, entre otras cosas, en la suba de precios de alimentos y medicinas, con el consiguiente aumento de la pobreza. El uso de los servicios públicos de salud decreció abruptamente en vista de que los pobres debían luchar por satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia antes que procurar atención de la salud. Esto, a su vez, generó el deterioro de la calidad en los establecimientos de salud pública.

La investigación se centró en una evaluación de este sistema. Si bien el diseño presentaba varias limitaciones, el estudio permitió determinar que el programa—mediante el cual se suministraban subsidios directos a los servicios de salud destinados a los pobres—lograba incrementar el uso de dichos servicios. A través del programa de la RSS se proporcionaron tarjetas sanitarias a los hogares pobres. En el marco de este sistema, también se pusieron a prueba mecanismos para canalizar fondos directamente a las instituciones de salud gracias a un mayor apoyo presupuestario al sector público destinado a responder al aumento de la demanda. No obstante, suministrar un subsidio únicamente a los prestadores públicos y no a los privados constituyó un inconveniente.

El programa de tarjetas sanitarias

En el marco del programa de subsidios a la atención de la salud (tarjetas sanitarias) se proporcionaron “tarjetas sanita-

rias” a los hogares pobres de todas las provincias de Indonesia a través de los distritos. La tarjeta se utilizaba para recibir servicios de salud gratuitos en determinados hospitales públicos, centros sanitarios locales y clínicas de las aldeas, relacionados con cuestiones médicas o de planificación familiar. Los servicios públicos gratuitos disponibles para quienes contaran con la tarjeta sanitaria incluían: 1) atención ambulatoria e internación, 2) anticonceptivos para mujeres en edad fértil, 3) cuidados prenatales y 4) asistencia en el parto. Los prestadores de servicios fueron compensados por la carga de trabajo adicional mediante una transferencia por única vez basada en la cantidad de tarjetas sanitarias asignadas al distrito, con lo que se establecía una relación laxa entre el uso de la tarjeta sanitaria (que otorgaba a su poseedor el derecho al subsidio) y la compensación que los prestadores de atención de la salud recibían a cambio.

Para seleccionar a quienes participarían de este programa se utilizaron listas confeccionadas en las aldeas. Dichas listas se basaban fundamentalmente en la clasificación según “la prosperidad”, elaborada por el organismo nacional de planificación familiar, con algunas modificaciones introducidas por las administraciones locales a través de un “comité de salud”. Se consideraban necesitadas a aquellas familias que no tenían suficiente dinero para practicar el culto de su religión, ingerir alimentos básicos dos veces al día, tener un atuendo para la escuela o el trabajo y otro para la casa, contar en la vivienda con un piso que no fuera de tierra o tener acceso a la atención médica moderna para los niños o a métodos anticonceptivos modernos. Las familias en las que se registraba alguna de estas situaciones tenían derecho a recibir una tarjeta. El organismo nacional de planificación familiar (BKKBN) recabó la información pertinente mediante



un censo. También se permitió que los líderes locales distribuyeran tarjetas sanitarias a quienes consideraran necesitados. La tarjeta sanitaria podía ser usada por todos los miembros de la familia que la hubiera recibido.

Resultados

Luego de iniciado el programa de tarjetas sanitarias en septiembre de 1998, aumentó el uso de los servicios de salud por parte de los beneficiarios pobres, y la población no incluida en el grupo de los pobres pasó de los prestadores privados a los públicos (Gráfico 1).

Los estudios muestran que el 10,6% de los hogares de Indonesia contaba con tarjetas sanitarias. Este grupo estaba compuesto por personas más pobres, con menos educación y con más problemas de desocupación que los que no tenían tarjetas sanitarias. Además, con más frecuencia la persona a cargo del hogar era una mujer.

El uso de las tarjetas sanitarias también favoreció a los pobres, pero en menor medida. Esto puso de manifiesto que el subsidio a la oferta tuvo resultados menos favorables. En

el Gráfico 2 se compara la posesión de las tarjetas con su utilización. Las personas que hicieron uso de los beneficios eran, en promedio, más pudientes que el conjunto de los destinatarios de las tarjetas. El 20% más pobre de la población había recibido el 35% de las tarjetas sanitarias, pero se produjo una considerable cantidad de filtraciones (hacia personas que no eran pobres). Teniendo en cuenta que aproximadamente el 10% de los hogares de Indonesia recibió una tarjeta sanitaria, si la elección de los destinatarios hubiera sido perfecta, el 10% más pobre de la población debería haber recibido la totalidad de las tarjetas. Sin embargo, cerca del 39% de las tarjetas sanitarias estaba en poder de hogares ubicados en los tres quintiles más pudientes.

En un período de tres meses, el 15% de los propietarios de tarjetas sanitarias visitó a un prestador de servicios externos, frente al 13% de personas que no tenían esas tarjetas. No obstante, los poseedores de las tarjetas no siempre las utilizaban: 4% de 11% de propietarios de tarjetas indicó que no las utilizaba cuando procuraba atención de un prestador público (Cuadro 1). Además de las razones técnicas que podrían haber generado esta situación, hay varios elementos que

Gráfico 1. Consultas ambulatorias, por tipo de prestador (en porcentajes)

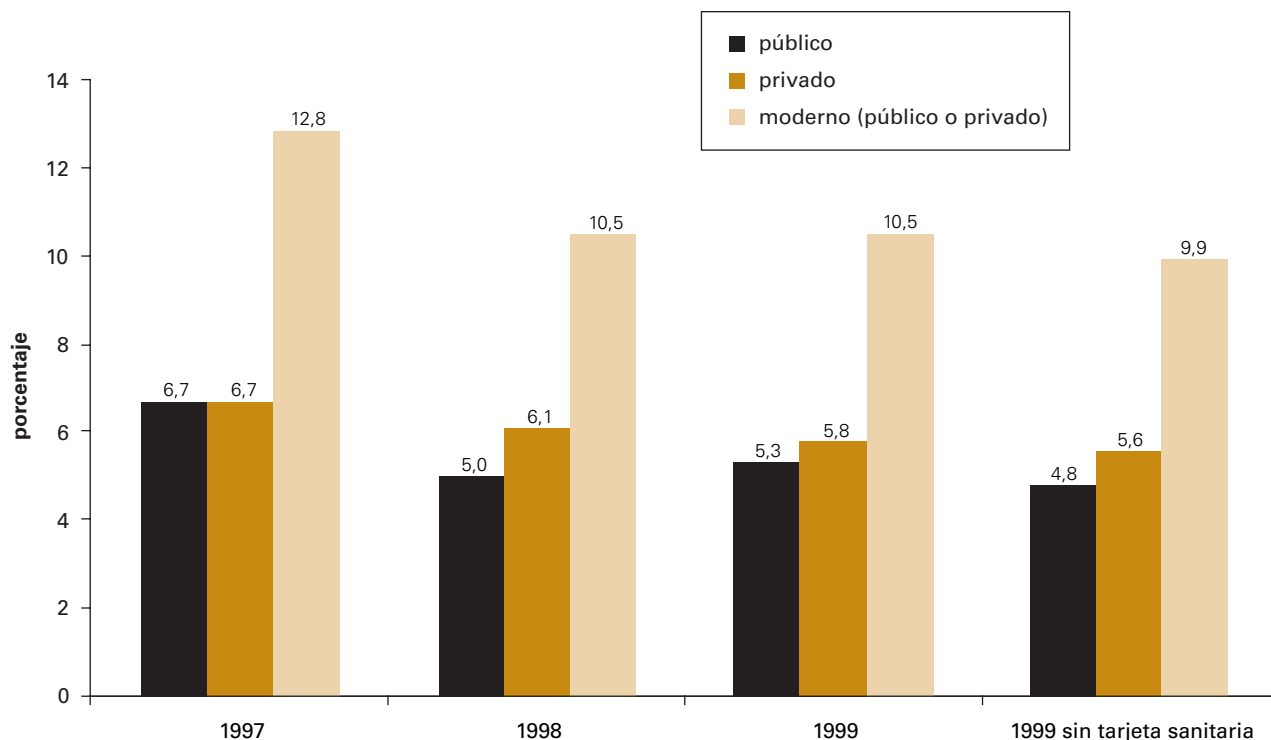
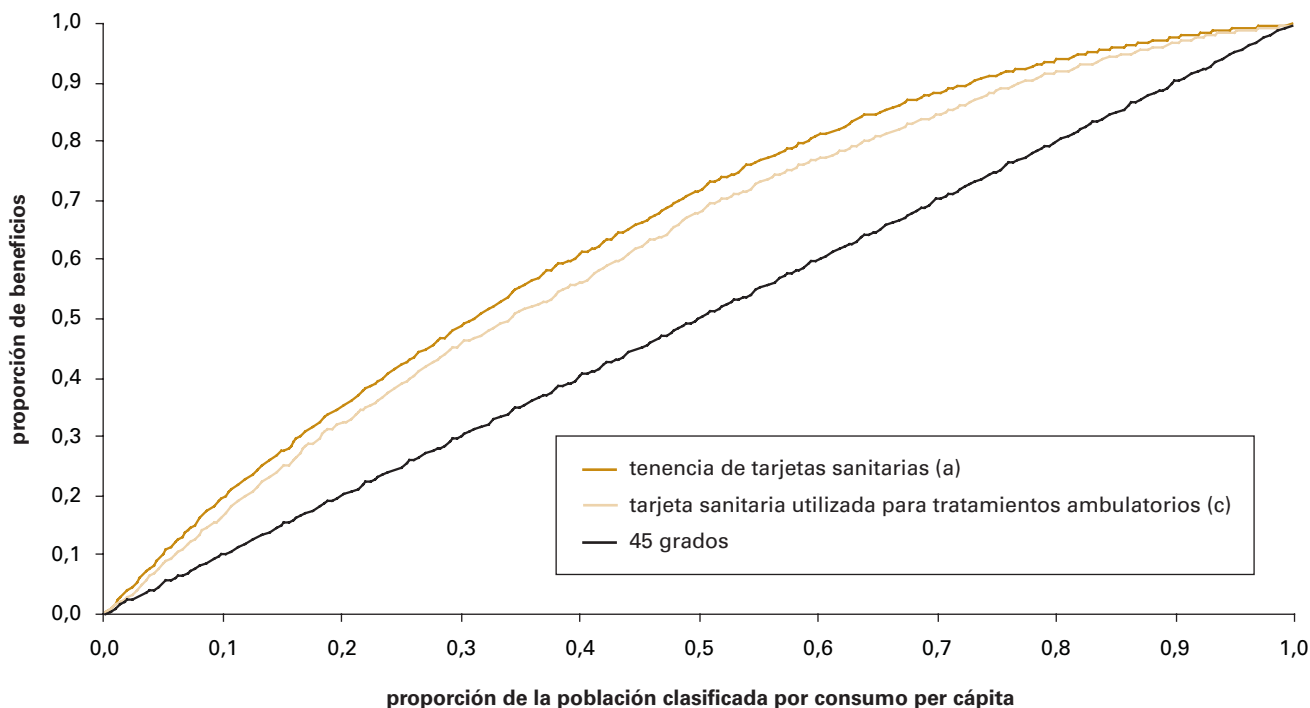


Gráfico 2. Posesión de las tarjetas sanitarias en relación con el uso de tratamientos ambulatorios



Fuente: Saadah, Pradhan y Sparrow 2001.

Cuadro 1. Utilización de las tarjetas sanitarias (porcentaje de personas que procuraron atención en los tres meses precedentes)

Informes de los pacientes	Informes de los jefes de los hogares que tienen tarjeta sanitaria	Informes de los jefes de los hogares que no tienen tarjeta sanitaria
Recibieron atención ambulatoria	15,10	12,91
Concurrieron a un prestador público	10,61	6,75
Concurrieron a un prestador público y utilizaron la tarjeta sanitaria	6,74	0,15
Concurrieron a un prestador público y no utilizaron la tarjeta sanitaria	3,88	6,60
Concurrieron a un prestador privado	4,82	6,48
No procuraron atención sanitaria	84,57	86,77

Fuente: Saadah, Pradhan y Sparrow 2001.

explicarían por qué los pacientes no presentaban sus tarjetas cuando iban a recibir atención sanitaria. Según se informa, algunos establecimientos públicos limitaban el tiempo dedicado a pacientes poseedores de tarjetas, y algunas personas pensaban que quienes las presentaban recibían un tratamiento de menor calidad que los servicios y medicinas que se obtenían sin la tarjeta. En las zonas aisladas, es posible que la dificultad para acceder al establecimiento sanitario más cercano haya restringido el uso de las tarjetas.

Enseñanzas

Tanto la posesión de la tarjeta sanitaria como los servicios prestados en virtud de este programa demostraron favorecer a los pobres. El uso de los servicios, sin embargo, lo hizo en menor medida que la tenencia de la tarjeta. Era más probable que los ricos utilizaran su tarjeta, en los casos en que contaban con una. Es posible que esto se haya debido al hecho de que el subsidio se otorgó a la oferta y no directamente a los hogares.

La posesión de una tarjeta sanitaria tuvo un impacto positivo en el uso de los servicios médicos ambulatorios por parte

de los dos quintiles más pobres de la población. Para todos los hogares, dio como resultado un importante efecto de sustitución que los alejó del sector privado y los volcó al público. Dado que la tarjeta sanitaria sólo era válida para los prestadores públicos, aquéllos que la tenían utilizaron los servicios públicos con más frecuencia que las personas que no contaban con tarjetas sanitarias.

El programa de tarjetas sanitarias generó un aumento neto en la utilización de los servicios por parte de los beneficiarios pobres. En el caso de los beneficiarios que no eran pobres, el programa dio como resultado principalmente la sustitución de prestadores privados por públicos. El efecto más significativo del programa parece haber sido el incremento general en la prestación de servicios públicos que se registró como consecuencia del apoyo presupuestario recibido a través del programa de la RSS. Es posible que también haya contribuido en cierta medida a elevar la calidad de los servicios públicos. Los estudios indican que el programa de tarjetas sanitarias (distribución y subsidio a la oferta) dio como resultado un aumento del 0,65% en la tasa de consultas médicas externas. El aumento del uso de los servicios de salud por parte de los poseedores de tarjetas sanitarias contribuyó a ese incremento en tan sólo el 0,25%. De ser esto cierto, podría atribuirse la reactivación del sector público como prestador de atención médica ambulatoria al programa de tarjetas sanitarias. Sin este programa, el uso de los servicios públicos de atención ambulatoria podría haber continuado su declinación en 1999.

La vinculación establecida en el programa entre la prestación de servicios a los poseedores de tarjetas y la compensación financiera es relativamente débil. Se reembolsó a los pro-

veedores mediante una transferencia por única vez que se basaba en el número de tarjetas sanitarias distribuidas en su zona de influencia. Por ende, atender al poseedor de una tarjeta no acarrea una recompensa financiera directa para el prestador. Las altas tasas de rechazo en ocasiones se derivaban de las demoras en hacer efectiva la transferencia a los prestadores.

En términos generales, los efectos combinados de la tarjeta sanitaria y el impulso de la oferta pueden haber incrementado la utilización de los servicios de salud. No obstante, el impacto del programa podría haber sido mayor si se hubiera hecho más hincapié en el financiamiento de la demanda y en la inclusión de prestadores tanto públicos como privados. Con todo, la existencia de una RSS fue beneficiosa. De no haberse puesto en marcha el programa de dicha red, el uso de los servicios médicos ambulatorios habría sido un 5,4% menor que la tasa de consulta registrada. Los resultados indican que, con una vinculación más estrecha entre el uso de la tarjeta sanitaria y el financiamiento, el programa habría estado mejor orientado.

En esta reseña se pretende resumir las prácticas recomendadas en materia de salud, nutrición y población. Este artículo es la adaptación del documento elaborado por Fadia Saadah, Menno Pradhan y Robert Sparrow, que lleva por título *The Effectiveness of the Health Card as an Instrument to Ensure Access to Medical Care for the Poor during the Crisis* (La eficacia de la tarjeta sanitaria como instrumento para garantizar el acceso de los pobres a la atención médica durante la crisis) y que fue presentado en la Tercera conferencia anual de la Red Mundial para el Desarrollo, celebrada en Rio de Janeiro, Brasil, entre el 9 y el 12 de diciembre de 2001. El documento está disponible en www.gdnet.org/pdf/final%20paper%20PRADHAN.doc. Las opiniones expresadas en este artículo no reflejan necesariamente las del Banco Mundial.

