

República Kirguisa

Reducir la carga financiera de los servicios de salud para los pobres: el caso de la reforma financiera en el sector de la salud de la República Kirguisa

Razones que han llevado a la reforma

En el año 2001, más del 50% del gasto sanitario en el sistema de atención de salud de la República Kirguisa corrió por cuenta de los interesados, en particular los gastos asociados a la atención hospitalaria y a la adquisición de medicamentos para pacientes ambulatorios. Para recibir atención hospitalaria, los pacientes tenían que contribuir a la compra de medicinas, jeringas, tubos intravenosos, vendas, ropa de hospital, comida e incluso cuadernos de notas o bombillas, todo ello sumado a los pagos informales destinados al personal médico y sanitario. (Ibragimova 2001; Kutzin 2001). En 2001, el importe medio efectivo pagado por las personas que habían recurrido al sistema de salud era de 1.846 soms (US\$46). Este importe era cinco veces superior al consumo promedio mensual per cápita y generó dudas sobre la viabilidad del sistema para el gran número de personas pobres que viven en este país.

El alto porcentaje de los pagos efectuados por los interesados es un fenómeno relativamente reciente en la República Kirguisa y surgió en el período de transición posterior a la independencia. Los servicios de salud durante la época soviética eran gratuitos, con excepción de los obsequios ocasionales destinados a los trabajadores sanitarios y la participación en los costos asociados a medicamentos para pacientes ambulatorios altamente subvencionados. Con el desmembramiento de la Unión Soviética y el declive económico general experimentado durante la transición, el gasto público en servicios de salud se redujo de un 3,6% del PIB en 1991 a un 1,9% en 2000 (Kutzin 2001). La amplia red de proveedores creada durante la época soviética absorbía un porcentaje cada vez mayor del decreciente gasto público. El personal y los servicios públicos acaparaban el 75% del presupuesto asignado a la atención de salud y dejaban escasos recursos para los gastos médicos

directos, como medicamentos y suministros (Purvis, Seitalieva et al. 2005).

Las reformas del financiamiento de la salud en la República Kirguisa (2001-2005)

Durante el período 2001-2005, la República Kirguisa introdujo una serie de ambiciosas reformas en su sistema de financiamiento de la salud en el marco del programa Manas de diez años para la reforma de la atención de la salud. Uno de los objetivos principales de dichas reformas era reducir las repercusiones financieras que tenían los pagos efectivos en los hogares pobres. Dado el reducido espacio fiscal, era evidente que el sector sanitario no contaría con fondos públicos suplementarios para poder reducir los gastos de los pacientes. Fue necesario reducir el ingente sector hospitalario para aumentar la eficacia y canalizar los ahorros hacia los medicamentos, los suministros médicos y los salarios del personal, para poder así reducir los importes pagados por los pacientes en estas partidas.

Las reformas del financiamiento de la salud se basaron en la separación de las adquisiciones y la provisión de servicios. El Fondo para el Seguro Médico Obligatorio pasó a ser el comprador de la mayoría de los servicios individuales y el Ministerio de Salud siguió siendo el comprador de algunos de los mencionados servicios (por ejemplo, los destinados a enfermos de cáncer o de tuberculosis) y los servicios de salud pública. El Ministerio de Salud siguió encargándose, además, de las funciones de administración. La separación de las adquisiciones y la provisión de servicios no implicó ningún cambio en las fuentes de procedencia de fondos, sino sólo en el flujo de fondos y en los acuerdos de compra. El Fondo para el Seguro Médico Obligatorio se convirtió en comprador de servicios de salud haciendo uso sobre todo de ingresos fiscales generales y de un pequeño impuesto deducido en la



nómina de los trabajadores. Las reformas se introdujeron en varias fases, empezando en 2001, en dos oblast a las que se fueron añadiendo dos oblast al año hasta que se completaron las reformas en 2005.

Las reformas consistieron principalmente en cuatro bloques:

- **Centralización de los canales de financiación de la salud (fondo común).** Con anterioridad a las reformas, los proveedores —casi todos ellos públicos— se financiaban con ingresos fiscales generales correspondientes a estructuras jerárquicas administrativas: los proveedores al nivel estatal (federal) se financiaban con impuestos estatales, los servicios de los oblast (provincias) se financiaban con impuestos de los oblast y los servicios de los rayon (distritos) se financiaban con impuestos de los rayon. No se asignaba financiación ni se tomaban decisiones fuera de estas fronteras administrativas que provocaran una duplicación o una falta de incentivos para subsanar las ineficacias. Estas reformas centralizaron los canales de financiación en los oblast, agrupando los ingresos fiscales en los departamentos del Fondo para el Seguro Médico Obligatorio correspondientes a los oblast. Esta iniciativa eliminó los fondos comunes en los rayon y en los municipios y ofreció la oportunidad de reasignar recursos entre los municipios y los rayon dentro de los oblast.
- **Métodos de compra prospectivos.** Antes de las reformas, se pagaba a los proveedores en función de normas basadas en insumos, formuladas en presupuestos rígidos elaborados por partidas que respondían a patrones históricos. Los gestores no podían reasignar las partidas de una categoría a otra si era necesario o si se presentaba la oportunidad. Con las reformas, los presupuestos elaborados por partidas se sustituyeron por el pago de capitación para los proveedores de atención primaria y por pagos en cada caso particular para la atención hospitalaria.
- **Definición explícita de las prestaciones.** La tercera fase implicaba una regulación clara de los derechos que confería el paquete de prestaciones cubiertas por el Estado. Dicho paquete de prestaciones especifica la atención primaria gratuita para toda la población y la atención especializada mediante el sistema de copago. El copago es un sistema de tarifa plana pagadera al ingresar el paciente. Se concedían exenciones a los pacientes que sufrían enfermedades que requerían atención médica

frecuente, como la discapacidad, el cáncer, los infartos recientes o la tuberculosis, y a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial. Para evitar que se realice una selección de pacientes, los hospitales cobran más por tratar a los pacientes exentos. Los hospitales retienen los ingresos del sistema de copago y se les impuso la obligación de utilizar el 80% de los copagos recaudados para comprar medicinas, suministros y alimentos.

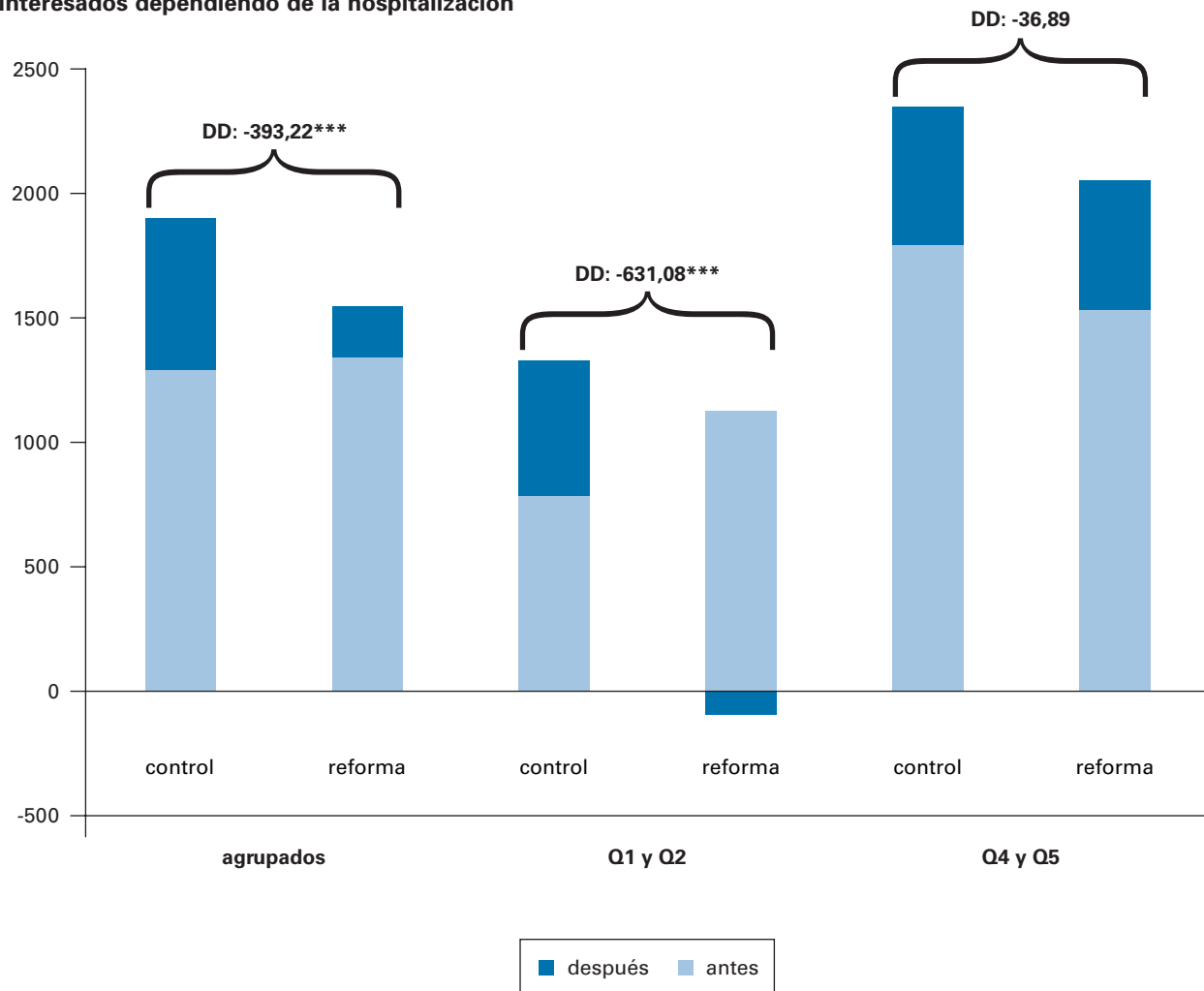
- **Reducción del sector hospitalario.** Estos cambios en los acuerdos de financiación de la salud crearon un entorno favorable para reducir el exceso de capacidad de los hospitales. Como la mayoría de los hospitales se habían construido en pabellones en los que funcionaban de 15 a 20 edificios pequeños, la reducción de los establecimientos de salud dentro del recinto ofrecía la posibilidad de realizar importantes ahorros en costos fijos. Los edificios innecesarios se derribaron, se alquilaron (por ejemplo, a farmacias) o se destinaron a otros usos públicos (por ejemplo, a unidades de promoción de la salud). En el período 2001-2004, la capacidad física del sector hospitalario se vio reducida de 1464 a 784 edificios, lo que dio lugar a un cambio en todas las zonas operativas, en los costos de servicios públicos y en los costos de mantenimiento. Al mismo tiempo, la reducción de las instalaciones permitió, mediante mecanismos administrativos, fusionar establecimientos que atendían a poblaciones coincidentes.

Las reformas y la carga financiera soportada por los pacientes

Las repercusiones de estas reformas en la carga financiera que soportan los pacientes se han evaluado mediante dos encuestas realizadas en los hogares. La primera se llevó a cabo antes de implantar las reformas y la segunda cuando las reformas se habían puesto en marcha en la mitad de los oblast, pero no en todos.

Según los resultados de la evaluación, las reformas tuvieron repercusiones positivas en la carga financiera soportada por los pacientes en el caso de las hospitalizaciones, sobre todo por los pacientes más pobres. Los pagos efectivos realizados por los pacientes en concepto de atención hospitalaria aumentaron considerablemente, en casi 600 soms (US\$15), en los oblast de control. En cambio, en el mismo período dichos pagos aumentaron sólo en 200 soms (US\$5) en los oblast en los que se llevaron a cabo las reformas. Aun suponiendo que en estos últimos se hubieran

Gráfico 1. Efectos de la reforma en los pagos efectivos realizados a los hospitales por los interesados dependiendo de la hospitalización



Nota: Estos resultados son valores estimativos obtenidos a partir de un modelo de regresión múltiple dividido en dos partes para estimar el efecto que tendrá la reforma en los gastos de salud individuales teniendo en cuenta un número determinado de personas, hogares y características regionales. DD se refiere a la estimación de diferencias, y es la diferencia en las tendencias de los pagos efectivos realizados por los interesados entre los años 2000 y 2003 en los oblast en los que se adoptaron las reformas en comparación con los oblast de control. (***) indica que la estimación DD tiene un nivel de significación estadística del 1%.

registrado las mismas tendencias que en los oblast de control, las reformas habrían logrado reducir el aumento de los pagos efectivos por hospitalización en 393 soms (US\$10) para un hogar medio.

El Gráfico 1 muestra que las reformas tuvieron mayores repercusiones en los grupos de población de bajos ingresos. Dependiendo de la hospitalización, los pagos efectivos realizados por el 40% de población más necesitado experimentaron un aumento considerable en los oblast de

control, mientras que en los oblast en los que se llevaron a cabo las reformas (Q1 y Q2) se registró una ligera reducción. En cambio, dichos pagos aumentaron tanto en los oblast en los que se llevaron a cabo las reformas como en el resto de oblast para el 40% de la población más rica (Q4 y Q5), lo que indica que las reformas no frenaron ni aumentaron el ritmo de crecimiento de sus gastos en pagos efectivos.

El análisis de los datos secundarios coincide con la explicación de que las repercusiones positivas de la

protección financiera se vieron favorecidas por un aumento de la eficacia en los oblast en los que se introdujeron reformas financieras.

- La reestructuración fue más intensiva en los oblast en los que se adoptaron las reformas, con una reducción del 44% de las camas durante ese período, frente a un 18% en los oblast de control.
- La reducción de personal en los oblast en los que se adoptaron las reformas fue de un 28%, frente a un 24% en los oblast de control.
- Los resultados demuestran también que la reestructuración realmente permitió realizar importantes ahorros en los gastos de servicios públicos, estimados en un 60% allí donde se había llevado a cabo una reestructuración.
- En los oblast en los que se adoptaron las reformas, los gastos no médicos de los hospitales (gastos en servicios públicos y personal) se redujeron de un 83,6% en 2000 a un 63,4% en 2003.
- Los pagos efectivos desglosados muestran una reducción diferencial en los destinados al pago de medicamentos en los hospitales.

El estudio destacó además que al mismo tiempo hubo repercusiones indirectas en las visitas y los medicamentos para pacientes ambulatorios. En los oblast en los que se adoptaron las reformas, los pagos efectivos de medicamentos para pacientes ambulatorios y las visitas aumentaron con respecto a los oblast de control y anularon el efecto protector que ejercieron las reformas sobre la hospitalización. Esta tendencia era más pronunciada en la población no necesitada que en la población pobre. Aunque este resultado es negativo desde el punto de vista de la protección financiera, los gastos efectivos mensuales pueden tener efectos menos desastrosos y empobrecedores que los gastos únicos contraídos en concepto de hospitalización.

Conclusiones

La experiencia de la República Kirguisa muestra que en un país pobre con un reducido espacio fiscal es posible reducir la carga financiera soportada por los pacientes mediante un uso más eficiente de los recursos públicos. Esta lección es especialmente alentadora para otras economías de transición de los países de la Comunidad de Estados Independientes (las antiguas repúblicas soviéticas), que tienen problemas por los bajos niveles de financiación pública y los altos niveles de ineficacia.

Las reformas de la República Kirguisa dieron lugar a la adopción de sistemas de copago para la hospitalización. Normalmente, la adopción de un sistema de participación en los costos va asociada a repercusiones negativas sobre la protección financiera. La experiencia kirguisa muestra que adoptar el sistema de copago en un entorno en el que se da un alto grado de pagos informales (para el personal, pero también para medicamentos y suministros) no supone obligatoriamente un aumento de la carga financiera que pesa sobre los pacientes. El sistema de copago puede crear mayor claridad y transparencia en los derechos y puede proteger expresamente a los pobres mediante la adopción de programas de exención.

Por último, los resultados de la República Kirguisa confirman además que no hay fórmulas mágicas para mejorar la protección financiera. La experiencia de la República Kirguisa se basó en la adopción de un enfoque sistémico complejo más que en una serie de instrumentos de reforma aislados. La adopción de un enfoque sistémico complejo presenta bastantes dificultades y requiere un marco temporal más largo y un respaldo político constante.

Con esta sinopsis se pretende resumir las buenas prácticas en los ámbitos de la salud, la nutrición y la población. Ha sido editada por Melitta Jakob con el respaldo de la OMS/EURO, y se basa en el documento “An empirical evaluation of the Kyrgyz health reform: does it work for the poor?”, de Melitta Jakob, Universidad de Harvard/OMS (2007). Las fuentes de información incluyen las contenidas en Falkingham, Ibragimova, Kutzin, McKee, Mills, Preker, Purvis y Schuth. La OMS ha financiado además la recopilación de datos. Las opiniones expresadas en este artículo no reflejan necesariamente las del Banco Mundial.

