

Programa de bonos para mejor salud:

Programa basado en la compra del servicio completo en lugar de financiar insumos

(Traducción de la versión original: "Vouchers for Health: Using Voucher Schemes for Output-Based Aid" disponible en www.worldbank.org/html/fpd/notes/)

Traducción de la versión original:

Ing. Zil Rojas

Tel. +506 221 5278

Fax +506 258 3943

icascor@racsa.co.cr

Apartado Postal 6-2010 Zapote, San José, Costa Rica

Mayo 2002

Peter Sandiford, Anna Gorter y Micol Salvetto

Resumen

En este artículo se revisa un innovador sistema financiado por donantes para tratar y prevenir enfermedades de transmisión sexual en Nicaragua. Este novedoso sistema de bonos permite a las agencias donantes la compra del producto (servicios de salud completos y directos al beneficiario) en lugar de insumos para dar esos servicios. Los beneficiarios pueden elegir libremente al proveedor de los servicios, marcando así la diferencia con otros sistemas basados en la compra del producto como son los métodos de subsidios a proveedores operando bajo contratos según el desempeño. La libre elección para el beneficiario genera incentivos para disminuir costos o para mejorar la calidad (o ambos).

El programa de bonos introducido por el Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS) en Nicaragua, provee servicios de prevención y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) a las poblaciones de más alto riesgo como son trabajadores del sexo, sus parejas y clientes. Más allá de la detección y tratamiento de ETS, estos servicios basados en bonos, alertan y promueven un comportamiento de sexo más seguro en esas poblaciones.

El riesgo de la transmisión del SIDA se incrementa en un factor que va desde tres a cinco y

hasta más en grupos con riesgo de contagio de ETS. Si se toma en cuenta que los grupos de población extremadamente vulnerables a ETS y SIDA son facilitadores de la transmisión y contagio a la población en general, entonces las intervenciones pequeñas pero enfocadas en esos grupos de alto riesgo pueden lograr un gran impacto en frenar la transmisión del ETS y SIDA al resto de la población. El problema surge en lograr intervenir en esos grupos de alto riesgo (como son trabajadores del sexo, sus parejas, clientes, adolescentes drogadictos, trabajadores emigrantes, trailers y otros) porque son muy difíciles de acceder y en muchos casos son grupos con mucha movilización.

En los países desarrollados se han diseñado programas de salud especiales para atender las necesidades de los grupos de alto riesgo, pero en los países en desarrollo se ha contado con menos posibilidades y éxito en lograr llevar a estos grupos alguna oferta de servicios acorde con sus necesidades especiales. Lo poco que logran hacer, casi siempre se basa en medidas coercitivas y contraproducentes como las de utilizar la policía para obligar a trabajadores del sexo a atender las clínicas públicas especializadas en ETS. Estos grupos difícilmente atienden esas clínicas por timidez o vergüenza, por sentirse estigmatizados y hasta por el trato que reciben en clínicas donde probablemente no se les respeta ni atiende confidencialmente. Los trabajadores del sexo tienden más bien a visitar las clínicas con consulta general, donde evitan revelar su verdadera ocupación y los riesgos que viven. Consecuentemente, muy pocas veces logran recibir un adecuado diagnóstico y tratamiento para sus problemas de salud relacionados con su actividad sexual.

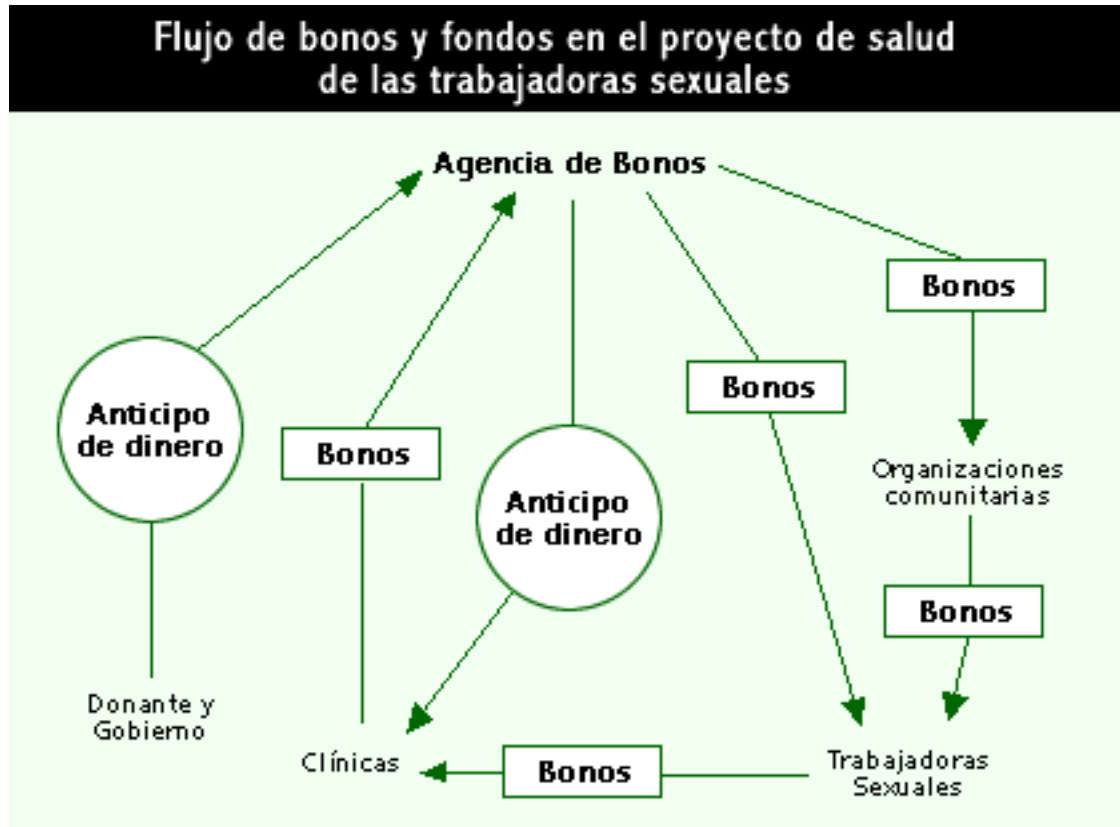
Ante la ausencia de programas especiales con calidad de trato para clientes, el uso de servicios de salud sexual entre los grupos más vulnerables es bajo y generalmente inefectivo. Requiriéndose para estos grupos, un acceso a servicios a su conveniencia, subsidiado, confidencial, de buen trato y de alta calidad para identificar sus necesidades de salud sexual sin ningún tipo de estigmatismo, para dar los consejos, información, diagnóstico y tratamiento requeridos por su ocupación.

¿Cómo funciona el sistema?

El Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS) ha practicado la provisión de servicios especializados para estos grupos de riesgo en Nicaragua, utilizando el SISTEMA DE BONOS desde 1995. Cada seis meses se realizan rondas para la distribución de aproximadamente 2,000 bonos. Estos bonos se entregan a grupos altamente vulnerables (luego en otra ronda se reparten bonos a clientes y parejas de trabajadores del sexo). Algunos bonos los distribuye el ICAS directamente, y otros se distribuyen (sin costo alguno) por medio de organizaciones comunales que tienen contacto directo con estos grupos (ver Figura 1). Los bonos tienen una validez de dos meses y medio, y dan derecho al portador a utilizarlo en un paquete de salud predefinido y diseñado acorde con la "mejor práctica" para atender problemas de salud sexual, sin ningún costo para el beneficiario que puede escoger entre alguna de las 10 clínicas contratadas con este fin. El personal de esas clínicas está instruido para no hacer ninguna pregunta comprometedoras sobre la ocupación u otra relacionada con su

visita, ya que eso está implícito en el mismo bono que debe presentar el beneficiario.

Figura 1



Para evitar cualquier tipo de fraude o uso indebido, cada bono ha sido codificado y debe tener el sello del ICAS.

La fecha de expiración está impresa en cada uno y las indicaciones para utilizarlo son claras. A la fecha el bono puede ser transferido a otro beneficiario y no se ha decidido hacerlo no-transferible por dos razones: En primer lugar porque prevenir que el bono no sea usado por otra persona diferente al que se le entregó originalmente es prácticamente imposible de lograr, y segundo porque el portador del bono (suministrado por el beneficiario original) es muy posible que esté contagiado de ETS y esta sea la razón de su necesidad del bono, por lo que esta situación más bien ayude a los objetivos del programa. Es también poco probable que los proveedores tiendan a cambiar los bonos por un poco de dinero sin prestar el servicio, porque simplemente perderían dinero ya que cuando se reintegra el costo al proveedor, estos deben devolver los bonos acompañados del resultado del examen de sangre y otras muestras tomadas a los beneficiarios.

El gobierno no se ha involucrado directamente en el programa. El ICAS actúa como la agencia responsable que contrata y monitorea los servicios clínicos y de laboratorio, realiza

también la capacitación del personal clínico (médicos, enfermeras y recepcionistas) sobre el manejo de trabajadores de sexo de forma que no se realice ningún trato discriminatorio. El ICAS también define el paquete de servicios cubierto con el bono, realiza el análisis de los datos y monitorea la calidad técnica y la satisfacción de los usuarios (esto último en forma general para todo el programa, pero también individualmente en cada clínica).

Adicionalmente, los trabajadores de campo del ICAS mantienen una base de datos con la ubicación de todos los sitios de prostitución que incluye mapas de 50 a 60 de estos sitios ubicados en los alrededores de la capital de Nicaragua donde se distribuyen los bonos.

Las clínicas compiten por los contratos en términos del precio, calidad y ubicación. En un principio las clínicas se contrataron luego de una invitación individual (debido a que un anuncio en los periódicos despertó poco interés). Las clínicas interesadas fueron evaluadas con criterios previamente definidos. Cada clínica que cumplía los requisitos podía iniciar la negociación del precio y el paquete de servicios, que consiste en la consulta médica, visitas de seguimiento, orientación y consejos y la toma de muestras para examen de laboratorio (el tratamiento es distribuido por aparte a las clínicas.).

Para incorporar clínicas nuevas, el ICAS utiliza el rango de precios que se paga en los contratos existentes, los que se comparan a manera de un "benchmark", pero también se toma en cuenta la importancia estratégica del programa. El ICAS le da una especial ponderación a la ubicación geográfica de la clínica y a la calidad percibida por los clientes de ella. Estos son los aspectos más determinantes para la utilización de las clínicas por parte de los trabajadores del sexo. Los contratos entre ICAS y los proveedores requieren que el personal de atención utilice un protocolo de tratamiento específico y participa en sesiones de entrenamiento. Por lo general el ICAS invita a nuevas clínicas a participar en el programa, pero con el fin de evitar problemas administrativos y gerenciales, sólo contrata un margen de 10 clínicas para cada ronda semestral de entrega de bonos. A las clínicas se les paga según el número de bonos que devuelvan (con los datos correspondientes que recolectaron).

El ICAS revisa periódicamente el desempeño de las clínicas participantes en cada ronda y no les renueva el contrato a las que no han tenido un desempeño satisfactorio. Para el monitoreo de la calidad se entrevista a un 10% de los usuarios con bonos por cada clínica utilizando un cuestionario semiestructurado. También se analizan las fichas clínicas y se revisan otros indicadores de calidad como el número de bonos que son usados y el número de mujeres que viene por la consulta médica de seguimiento en cada clínica. Las entrevistas a usuarios las realiza un pequeño equipo de trabajadores de campo, quienes además buscan ideas que logren incrementar el uso de bonos por parte de grupos vulnerables. El ICAS posteriormente retroalimenta a cada clínica con los resultados del monitoreo de la calidad.

Para simplificar los aspectos logísticos y lograr economías de escala, el ICAS contrata sólo a un laboratorio para analizar todas las muestras recolectadas y los diagnósticos correspondientes. El laboratorio contratado realiza todo el servicio que va desde la recolección de las muestras diariamente, el reporte de los resultados y su distribución. Un

segundo laboratorio se utiliza para el control de calidad. Los medicamentos, insumos médicos y material educativo se compran en forma centralizada para lograr los precios más competitivos en el mercado.

Resultados

Hasta el 2001 el programa contrató a 20 proveedores en algún momento. Estos proveedores fueron mixtos, públicos y privados (incluyendo organizaciones no gubernamentales y sin fines de lucro). Desde la cuarta ronda, sin embargo, sólo clínicas privadas y organizaciones no gubernamentales (ONG) están bajo contrato. El programa debió de prescindir de las clínicas públicas porque no eran atractivas para los grupos metas debido a los tiempos de espera, y el trato ofrecido en la recepción. Las clínicas privadas cobran competitivamente, pero las ONG por lo general reciben subsidios que les permite cobrar más barato, sin embargo las clínicas de origen público cobran el precio nominal de la consulta médica en el mercado.

Desde 1995 se han realizado 12 rondas y el programa ha distribuido más de 15,000 bonos, suministrado más de 6,000 consultas médicas y un sinnúmero de tratamientos por ETS. De la dinámica población dedicada a la prostitución estimada en 1,150 mujeres activas como trabajadoras del sexo en algún momento, más de un 40% ha utilizado el bono. Más de 2,500 trabajadoras del sexo han sido reportadas. Las que hacen más uso de sus bonos son las mujeres con los más altos índices de pobreza y los grupos con indicadores iniciales más elevados de la prevalencia de ITS

El programa ha reducido la prevalencia de gonorrea en la población trabajadora del sexo femenina en un porcentaje del 5.25% al año, y la incidencia en usuarias repitentes en un 11.5% al año. También ha reducido la prevalencia de sífilis en un promedio de 10.25% al año. Las trabajadoras del sexo más pobres son las que presentan las prevalencias inicialmente más elevadas de gonorrea y sífilis; y estos índices se redujeron en un promedio de 9.4% y 8.6% anual. Aunque la prevalencia en el seguimiento a las consultas no llegó a cero, estas mujeres se mantienen libres de ETS por un largo periodo, lo que reduce considerablemente el riesgo de infección con VIH/SIDA o de infección a sus clientes. La prevalencia de VIH/SIDA en trabajadores del sexo en Managua era de 0.8% en 1991, 1.3% en 1997, y 2% en 1999, con una tasa que se incrementa muy por debajo de las tasas observadas en trabajadores del sexo de otras ciudades.

Hoy día el programa de los bonos tiene un costo anual de US \$60,000, reflejando el bajo costo relativo de cada atención que se brinda a las trabajadoras del sexo. En un estudio de base, se estimó que el costo de una consulta médica en el sector público rondaba en un promedio de US \$7.65, mientras que la consulta con el sistema de bonos estaba pagando inicialmente a las clínicas por consulta y por seguimiento un promedio de US \$6.70. Luego de algunos incrementos pequeños, el precio promedio por consulta durante la última ronda

fue de sólo US \$5.15. Esta reducción en el costo se dio principalmente por la devaluación de la moneda local, pero también por las presiones de la competencia y la negociación efectiva de los contratos. Los precios acordados en el contrato son muchas veces cercanos al costo marginal de las clínicas. Pensar en reducir más estos costos por medio de cobros (o recuperación de costos) a los trabajadores del sexo puede ser poco realista y podría más bien excluir a las más pobres, quienes son también las que tienen mayores necesidades. En la forma que funciona el programa actualmente, las trabajadoras del sexo tienen un costo por el transporte, y el ingreso que dejan de percibir es significativo, y para algunas esto es razón para no utilizar el bono.

El beneficio monetario que perciben las clínicas participantes en el programa no es muy grande. El mayor proveedor ha recibido solamente US \$10,000 en 6 años de participación en el programa. Pero este programa les ofrece estabilidad a las clínicas con un ingreso seguro. Algunos directores de clínicas han manifestado que su participación en el programa les ha permitido llenar sus clínicas al atraer nuevos clientes que pagan por su consulta. Destacan también que la participación ha provocado la mejora técnica de la calidad de los servicios, ya que las clínicas practican lo aprendido en las capacitaciones en todos los servicios que prestan a los clientes. Aún más, la participación en el programa les confiere un cierto status y les facilita la posible competencia por contratos en otros programas como el de la seguridad social. Por estas razones, los proveedores se preparan para ofrecer sus servicios a precios por debajo de los que acostumbran cobrar en su práctica normal.

Conclusión

El programa de bonos está ofreciendo mejor acceso (e incrementado el uso) a servicios de salud sexual de alta calidad, no estigmatizada y especialmente diseñado para trabajadoras del sexo comercial y sus contactos regulares. El programa usa los escasos recursos públicos en servicios de costo-efectividad que atiende a grupos con grandes necesidades de salud que por lo general no pueden pagar por la atención. Con el programa se ha reducido el riesgo de ETS, incluyendo el de VIH/SIDA entre la población en general. Este programa como muy pocos de prevención del SIDA, puede proclamar el éxito obtenido.

El programa de bonos sin embargo, tiene sus limitaciones y sus riesgos. La administración del programa tiene un costo considerable sobre el costo total del programa, aunque este podría reducirse al aumentar la cobertura geográfica. Por otra parte, la definición de precios por medio de negociaciones individuales con clínicas, puede crear algunas dudas sobre la transparencia del proceso. Posiblemente con solo fijar previamente el número de clínicas a ser contratadas y escoger las que ofrezcan menor precio sería un proceso más transparente, pero, este proceso sería muy vulnerable en otros aspectos y no lograría la mayor cobertura geográfica que se pretende para asegurar un uso efectivo de los bonos. Más aún, el actual proceso permite aprovechar las ventajas de las ONG que reciben subsidios, y por lo tanto ofrecen precios más ventajosos que las clínicas privadas y por tanto aumentan la competencia por precios.

Algunos de los problemas potenciales del programa de bonos no se ha dado aún. Uno es la falsificación de bonos. En teoría, un falsificador podría producir bonos, venderlos a los usuarios o proveedores de servicios. Pero, por las medidas que se han tomado para reducir este riesgo, el falsificador necesitaría introducir alguna sofisticación en la producción de los bonos y tener la confianza de que los bonos se puedan vender (o que si se venden a un proveedor, sean reconocidos por la agencia responsable). Otro riesgo relativo es el mercado negro de venta de bonos. Este mercado sería significativo si los bonos cubrieran un amplio rango de servicios médicos para una gran parte de la población o para servicios costosos. Aún más, las ventas en el mercado negro no son una mala idea en este caso. Los que adquieran los bonos por ese medio, serían probablemente individuos dentro de la población meta del programa, o por lo menos muy pobres y con más alto riesgo que el resto de la población.