



Hacia una Mayor Cobertura en Salud: Contratación de ONGs en El Salvador



Resumen ejecutivo

Daniel Maceira, Ph.D.¹

¹ Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, (CEDES) Buenos Aires, Argentina, y CONICET; Consultor Senior PHR plus, Abt Associates, Maryland, USA. El autor agradece la asistencia de María Fernanda Villalba en la elaboración del proyecto, y la cooperación de Eliseo Orellana, Manuel Beza, Ricardo Bitrán, Jack Galloway, funcionarios del área de salud de El Salvador y representantes de las ONGs involucradas en el programa. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

1. Introducción

Existe consenso sobre la necesidad de inversión social para lograr un desarrollo económico, como también acerca del papel que el sector público debe desempeñar para que tal inversión llegue de manera equitativa a toda la población. Sin embargo, las limitaciones presupuestarias generalmente observadas en las naciones latinoamericanas hacen que sea necesario encontrar mecanismos eficientes de asignación de recursos. Dada fragmentación en el financiamiento del sector salud y la deficiencia de los mecanismos de mercado para satisfacer las necesidades de la sociedad, la presencia de una autoridad sanitaria que fije prioridades en carácter de ente rector, cobra vital importancia. En respuesta a esta situación surge la contratación pública de instituciones privadas para la prestación de servicios básicos de salud como una alternativa posible a fin de satisfacer la demanda de inversión social. Esta propuesta no deja de ser controversial, constituyéndose en un tema de debate. Por un lado, esta estrategia se entiende como un plan de acción inclusivo de los recursos humanos y físicos existentes que contribuye a una mayor eficiencia asignativa social; por otro lado, se argumenta que esta iniciativa tiende a “privatizar” el sistema. Esta última percepción se fundamenta en la existencia de información asimétrica entre financiadores y prestadores a favor de estos últimos, quienes podrían utilizar oportunísticamente ese sesgo para perseguir objetivos de lucro privado, en desmedro de la atención de grupos con recursos monetarios limitados. La utilización de instituciones privadas para la prestación de servicios de salud no constituye en un proceso de privatización dado que el financiamiento continúa en manos del Estado, con lo cual su capacidad de definir pautas y criterios claros de focalización en grupos prioritarios no se ve afectada.

La probabilidad de éxito de un programa de provisión privada de atención de la salud con financiamiento público descansa en dos pilares

básicos: los criterios de focalización utilizados y la capacidad de los mecanismos de seguimiento y monitoreo diseñados para identificar potenciales desvíos de implementación.

2. Objetivo

El propósito del presente trabajo es analizar la experiencia de contratación de cuatro ONG en El Salvador por parte del gobierno nacional, a partir de implementación del programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN) utilizando fondos de créditos internacionales.

El fin explicitado por la iniciativa es brindar atención primaria y preventiva a grupos poblacionales de bajos recursos radicados en las áreas rurales de los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate, en la zona occidental del país.

Los resultados alcanzados son de carácter preliminar, en tanto la implementación del programa se ha iniciado aproximadamente diez meses atrás. Por este motivo, los objetivos del presente documento son analizar las características del contrato acordado entre las partes, los incentivos teóricos generados a partir del mismo y, obtener primera aproximación a los resultados del programa. A partir del diseño e implementación de una encuesta de hogares a mil familias, se propone comparar esta experiencia iniciada hacia fines del 2003 con la iniciativa tradicional de promotores públicos desarrollada en El Salvador en cantones diferentes a aquellos incorporados al Programa SESYN. En tanto la propuesta de los SESYN es brindar servicios que se articulen con la red pública existente a través de mecanismos de derivación y consulta, su comparación con los resultados alcanzados por la infraestructura del Ministerio de Salud en general y por los Centros de Salud en particular no resultaría adecuada. Es por ello que se propone considerar a los promotores públicos como el pertinente “grupo de control” a partir del cual evaluar los resultados alcanzados por el programa bajo análisis.

3. El Contrato

El paquete de servicios que el programa SESYN se compromete a brindar abarca una serie relativamente amplia de intervenciones, puesto que se propone ofrecer atención preventiva y curativa de toda causa de morbilidad prevalente en su zona de influencia, focalizándose en la atención integral materno-infantil. El paquete también incluye acciones tendientes a fomentar la maternidad y paternidad responsables, y la promoción de la organización comunitaria.

La estructura de pago a cada institución sin fines de lucro es capitada (20 dólares por persona/año). El monto abonado por el Programa a cada ONG se complementa con 11 dólares en concepto de medicamentos e insumos provistos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social directamente. Cada ONG cuenta con un promotor de salud cada 800-1.000 personas, y un Equipo Itinerante de Salud (EIS) conformado por un médico, una enfermera y una nutricionista, que realiza rondas periódicas por su zona de influencia

Los incentivos clásicos del mecanismo capitado sugieren la necesidad de sistemas estructurados de seguimiento y evaluación, en tanto cada promotor es “monopólico” en los cantones que le fueron asignados.

4. Metodología

El documento complementa el análisis de encuestas de hogares tradicionales con entrevistas a actores clave del sistema de salud, y el procesamiento de una encuesta desarrollada específicamente para este protocolo de investigación.

Del análisis de esta última ella se obtienen una serie de tablas descriptivas sobre cobertura por intervención, por área geográfica y por tipo de agente prestador del servicio (promotor de ONG o público, EIS, unidad sanitaria, etc.),

cuyos valores son utilizados como medida de efectividad del programa y del grupo control.

Posteriormente el trabajo propone un **cálculo de indicadores de costo-efectividad basado en la separación entre una evaluación individual** (que considera los gastos de bolsillo realizados por los pacientes de cada iniciativa, incluyendo pago de consulta, gastos de transporte, medicinas y tratamiento), **y una social** (que agrega los costos totales directos de la organización de cada programa, los que en promedio equivalen a una relación de cuatro a uno entre las iniciativas de contratación de ONG y de promotor público). Este segundo enfoque admite un cálculo alternativo que considera sólo los gastos salariales de ambos programas. Este abordaje supone que los desembolsos asociados con las tareas de monitoreo y control de la iniciativa evaluada se diluyen en el valor de la cápita. Los gastos relacionados con las tareas de monitoreo y control de los promotores públicos no son considerados, en tanto son desembolsos corrientes del Ministerio de Salud, no identificados presupuestariamente.

Dada la necesidad de establecer mecanismos alternativos de sensibilidad para ajustar la “tasa de descuento social” entre intervenciones preventivas y curativas, se propone la construcción de una serie de indicadores ponderados de costo-efectividad para el programa.

El cálculo de los indicadores costo-efectividad se realiza tanto por área geográfica como por iniciativa; en este último caso se ha tenido en cuenta el accionar de los EIS que prestan servicios más allá de los cantones asignados a los promotores privados, generando externalidades positivas en áreas alejadas.

Para la elaboración de estos indicadores ha sido necesario asumir ciertos **supuestos**:

* La constancia en el tiempo de las consultas de cada tipo de intervención con el propósito de lograr homogeneidad temporal y de poder comparar los indicadores entre cada una de

ellas. Se homogeneiza el análisis en un horizonte temporal semestral.

* Asignar mayor peso relativo a las intervenciones de carácter preventivo respecto de las de índole curativa.

Por tratarse de un cociente entre costos sobre intervenciones, se afirma que:

Cuanto más pequeño resulte ser el indicador, más costo-efectiva es la intervención.

5. Resultados

De acuerdo al análisis de costo-efectividad se concluye que **desde el punto de vista de la iniciativa, tanto bajo la visión social como individual, el desempeño de los promotores privados resulta ser más costo-efectivo que el del grupo control.**

Este resultado es una clara consecuencia de las externalidades positivas del accionar de los EIS sobre las poblaciones radicadas en cantones fuera del área de influencia asignada a las ONG (Cuadro 2).

En el Cuadro 1 y Gráfico 1 se muestran los valores que toman los indicadores costo-efectividad en todas sus acepciones posibles.

Cuando el análisis se realiza por área geográfica ya sea que el estudio se aborde desde un enfoque social o individual, este comportamiento se revierte a favor de los promotores públicos.

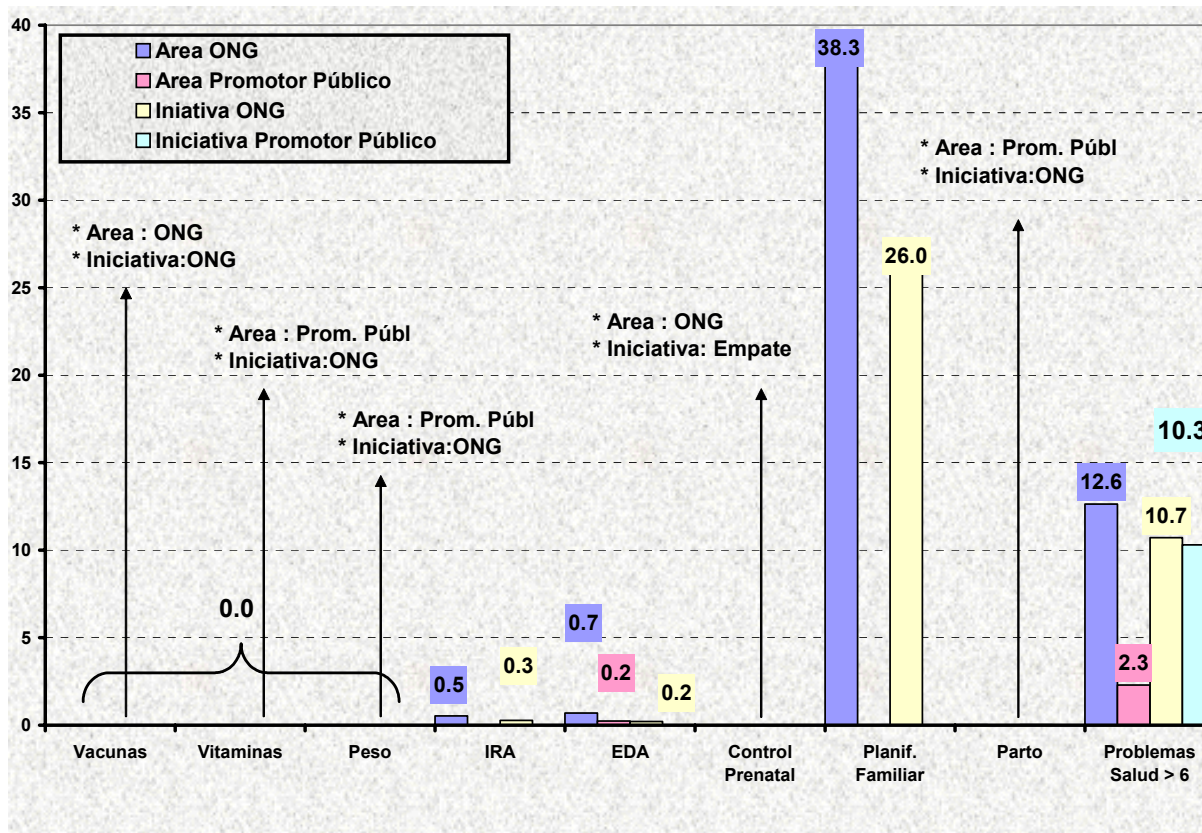
El efecto de las externalidades positivas del desempeño de los EIS también se captura mediante la especificación de un modelo logístico que intenta explicar la probabilidad de recibir atención sanitaria, abordando el análisis desde la iniciativa como un todo, en el cual la atención brindada tanto por promotores de ONG como por los EIS se resume en la variable explicativa “iniciativa ONG”. Dicha variable resulta significativa al 99% de confianza en todas las intervenciones analizadas. En el análisis también se incorporan variables que caracterizan al hogar tales como “obtención de agua” y “máxima educación de los cónyuges”, dado que las mismas mostraban buen comportamiento en aquellos cantones bajo influencia de promotores privados.

Cuadro 1: Indicadores Costo-Efectividad Social por Intervención.
(Valores Semestrales)

	Por Area (semestral)		Por Iniciativa (semestral)	
	Iniciativa ONG	Promotor Público	Iniciativa ONG	Promotor Público
Evaluación Social -No Ponderada	6,997.15	2,005.46	4,590.42	7,002.62
Evaluación Social -Ponderada	7,278.94	2,010.38	4,727.99	6,935.67
Evaluación Social -No Ponderada (sólo Salarios)	3,848.46	2,005.46	3,176.11	7,002.62
Evaluación Social - Ponderada (sólo Salarios)	4,005.48	2,010.38	2,591.46	6,935.67

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta PHR Plus e información Programa SESYN

Gráfico 1: Indicadores Costo-Efectividad Individual Ponderada- Por Intervención (Valores Semestrales)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta PHR Plus e información Programa SESYN

Cuadro 2: Número de casos atendidos

INTERVENCIÓN	CASOS ATENDIDOS			
	PROMOTOR ONG	EIS	Total Iniciativa ONGs	PROMOTOR PUBLICO
VACUNAS	62	59	121	50
PESO	117	101	218	138
VITAMINAS	127	84	211	135
CONTROL PRENATAL	0	1	1	1
PLANIFICACION FAMILIAR	0	216	216	0
EDA	5	7	12	7
IRA	3	5	8	5
ATENCION DEL PARTO	0	3	3	0
PROBLEMAS DE SALUD	10	0	10	2

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta PHR Plus e información Programa SESYN

Cuadro 3: Implementación Econométrica

	VACUNAS	PESO	VITAMINAS	PLANIFICACION FAMILIAR
INICIATIVA ONG	0.8096 (***)	0.9808 (***)	0.5487 (***)	6.1047 (***)
MAXIMA EDUCACION DE LOS CONYUGES	0.0427 (***)	0.0257 (*)	0.0228	0.0688 (**)
OBTENCIÓN DE AGUA	-0.0996	0.0239	-0.1167	0.0325
CONSTANTE	-1.3951 (***)	-0.1056	0.2636 (***)	-4.3995 (***)
N ^a OBSERVACIONES	1243	1243	1243	1597

(***) Variable significativa al 1%

(**) Variable significativa al 5%

(*) Variable significativa al 10%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta PHR Plus e información Programa SESY

6. Propuesta de Seguimiento y Evaluación

Finalmente, el documento propone un mecanismo de evaluación que permite establecer la efectividad no sólo de la iniciativa, sino también del modelo de seguimiento del programa, con el fin de contribuir al análisis de los resultados en el mediano plazo. Dicho mecanismo se articula a partir de la información suministrada por dos fuentes. Desde la oferta de atención se

consideran los datos provistos por las ONG contratadas, (y por los promotores a estas mismas instituciones) a la Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP). Desde la demanda, se emplea la opinión de los usuarios de los servicios de salud.

Esquemáticamente, este mecanismo de evaluación se sintetiza en el siguiente cuadro:

Cuadro 4: Mecanismo de Evaluación de la participación de ONGs en la Provisión de Servicios de Salud

Información UCP	Dummies por ONG	Dummy ONG*Prom		Programa efectivo	Buen M&E	Incentivos correctos	Prob. de Coalición	Ranking
		signif+positiva	no signif o negativa					
≠	≠, = dir	√	-	si	si	no	si	2
≠	≠, = dir	-	√	no	si	no	si	6
≠	≠, ≠ dir	√	-	si	no	no	no	3
≠	≠, ≠ dir	-	√	no	no	no	no	7
=	=	√	-	si	si	si	no	1
=	=	-	√	no	si	si	no	5
=	≠	√	-	si	no	no	si	4
=	≠	-	√	no	no	no	si	8

En la primera de las columnas se muestran las dos posibilidades que pueden presentarse cuando las distintas instituciones presentan

sus informes a la UCP. Éstos pueden diferir entre sí (≠) o bien coincidir (=).

En la segunda columna se intentan captar las

discrepancias en el desempeño entre las distintas instituciones intervinientes y, finalmente la tercera columna muestra si la presencia de promotores privados resulta significativa o no.

En base a los signos y nivel de significatividad que vayan tomando estas tres variables y, de acuerdo a todas las combinaciones posibles entre ellas, se determina luego si el programa es efectivo o no, si posee un buen mecanismo de monitoreo y control, si los incentivos están correctamente especificados y si existe la posibilidad de llevar a cabo conductas colusivas.

En función de ello se plantean de ocho escenarios alternativos posibles surgidos del sistema de monitoreo y evaluación. La última columna ofrece un ranking de preferencia, donde la alternativa 1 es aquella que logra un mejor desempeño, en tanto la octava es la relativamente menos satisfactoria, según se verifique o no (i) la efectividad del programa, (ii) la existencia de un buen sistema de monitoreo y control, y (iii) la correcta especificación de los incentivos en el contrato. Esto último permitirá determinar la potencial presencia de conductas colusivas entre los promotores u ONG, y los diferenciales de desempeño entre instituciones.

6. Referencias Bibliográficas:

- Abramson, W. (1999) *“Partnerships between the Public Sector and Non-Governmental Organizations: Contracting for Primary Health Care Services”*. LAC HSR, Health Sector Reform Initiative.
- Encuesta de Nacional de Salud Familiar (FESAL), (1998) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).
- SESYN PHR Plus, 2004, Encuesta de Hogares Iniciativa
- Seiber, E. (2002) *“Baseline and Best Practices Assessment of Seven SIBASI in El Salvador: Phase I and II”*. PHR Plus.
- Wouters, A., DeRoeck, D. (1998) *“A Short List of Prioritizing and Defining Future Work Related to Health Sector Non-Governmental Organizations”*. PHR Plus, Special Initiatives Report N° 13.