

LA TARIFICACIÓN EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE SIEM REAP (CAMBOYA): CRITERIOS, APLICACIÓN, PELIGROS

Autor: Ismael Díez

Publicado en Medical News, vol.7-nº1, junio 1998

NOTA: el concepto "TARIFICACIÓN" se refiere al establecimiento de tarifas a ser abonadas por los usuarios o pacientes para contribuir a financiar el sistema. Podría hablarse de "copago" o "financiación mixta".

Los camboyanos utilizan los servicios de salud por dos razones principales: la competencia del personal y la disponibilidad de medicamentos. Tras un programa de cooperación de más de 6 años con Médicos sin Fronteras, el Hospital Provincial de Seam Reap ofrecía estas condiciones de base a mediados de 1996. Este hospital de 320 camas cubre una población de setecientos mil personas. Su personal está mal pagado (15 dólares al mes los médicos y 12 la enfermería), lo que condiciona con frecuencia una actividad privada complementaria, y que puede explicar la práctica de pagos extraoficiales en el sector público. Esta práctica es, al parecer, bien aceptada por los pacientes siempre que puedan pagar.

El presupuesto anual del Ministerio de Salud se "desbloquea" cada año con mucho retraso y es difícilmente utilizable para pequeñas reparaciones, la logística o necesidades en material de oficina o infraestructura.

A finales de 1995, MSF realizó un estudio sobre la **accesibilidad económica a la salud** entre los enfermos hospitalizados en el Hospital Provincial (366 pacientes entrevistados) y en dos clínicas privadas (43 pacientes). 55 personas no respondieron a la encuesta (12% del total de la muestra). Se estudió el perfil geográfico y económico de los usuarios, el pago por los servicios recibidos y su grado de satisfacción.

Las conclusiones del estudio fueron:

1. Los usuarios del Hospital Provincial son significativamente más pobres y se encuentran más gravemente enfermos que los de las clínicas privadas.
2. 56,5% de los enfermos acuden en moto-taxi, cuyo costo medio es de 4,6 US\$ para los que viven a más de 20 km del hospital y de 1,5 \$ para los que viven a menos de 20 km.
3. El coste medio de la hospitalización es de 7,1 \$, y la mitad de los pacientes paga más de 2,9 \$ (mediana). Tres de cada 5 pacientes pagan por la cama. 20% de los dados de alta dan una "propina" al personal de 4,3 \$ de media.
4. 169 pacientes (46,2%) debieron comprar medicamentos o material médico en el exterior del hospital. Para ello, gastaron en promedio 5,8 \$ (mediana: 2,1 \$).
5. Solamente el 6,8% de los pacientes no pagan nada. Curiosamente, no son los más pobres.

Distribución de los pagos por Servicios:

	Cirugía	Maternidad	Pediatría	Medicina	TB	TOTAL
N. pacientes	59	78	63	124	42	366
Media (US\$)	9.15	11	4.6	4	9.75	7.1
Mediana (US\$)	4	6	3	2.5	2.5	2.85
Rango	0-88	0-60	0-23	0-50	0-202	0-202

Sólo 6 personas (1,6%) consideraron el precio de la hospitalización demasiado caro. 70,4% (n=257) lo encontraron justificado y 27,9% (n=102), barato.

Evidentemente, estas cifras pueden no ser representativas del conjunto de la población, al no haberse incluido los pacientes que no acuden al hospital por razones económicas o los que no respondieron a la encuesta.

A la vista de estos resultados, consideramos que una tarificación “oficial” era factible. Tendría la ventaja de aumentar los ingresos del personal de forma significativa y transparente, respondería a las necesidades logísticas, pequeñas reparaciones, gastos de combustible y material de oficina, cubriendo igualmente la alimentación suplementaria de los enfermos.

Algunos meses después de la firma del “Acuerdo sobre financiación de los Servicios de Salud en Camboya” (febrero de 1996), el Comité de Gestión del hospital de Siem Reap solicitó el apoyo de MSF para la instauración de un sistema de tarificación oficial.

Intentamos advertir a las autoridades sanitarias sobre los riesgos de reducción de las actividades en el hospital si la calidad de los servicios ofertados no era adecuada o si se originaban “dobles pagos”. Insistimos igualmente sobre la importancia de definir, desde un principio, quiénes iban a estar exentos de pago (indigentes), para no frenar el acceso de los más pobres a la salud. Nos pareció indispensable establecer sanciones para quienes no respetaran las normas. Se discutió además sobre el riesgo de que el pago por parte de los usuarios eximiera al gobierno de sus deberes.

El establecimiento de las tarifas se realizó a partir de:

- El Acuerdo sobre financiación del Ministerio de Salud.
- La experiencia del hospital vecino de Battambang, donde los precios hubieron de ser modificados al alza debido a los escasos ingresos.
- Los pagos extraoficiales reales.
- Nivel de vida de la población y tasa prevista de indigentes (30% aprox.).

En julio de 1996 se acordaron tarifas, que fueron expuestas en lugares estratégicos. El pago fue centralizado en la administración del hospital (24 horas al día) y se creó un comité de seguimiento. Dado que unos servicios ingresan más dinero que otros, se estableció un reparto equitativo de los beneficios.

Se difundieron los resultados de la encuesta entre las autoridades, y ofrecimos nuestro apoyo para velar por una aplicación transparente del proceso, a fin de evitar los abusos, garantizar un salario más adecuado para el personal y favorecer el acceso universal a la salud.

Se aplicaron las tarifas siguientes, que un año después no habían sido modificadas (1 US\$ = 2500 Rieles aprox.):

I. ADMISIÓN:	
Hospitalización en el HP	3000
Tratamiento y alta	5000
Curas	5000
Lavado gástrico	20000
II. ODONTOLOGÍA:	
Consulta	3000
Extracción niños	3000
Extracción adultos	5000
III. MATERNIDAD:	
Parto normal	20000
Parto distócico	30000
Legrado	20000
Mola hidatiforme	40000
IV. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:	
Ecografía	5000
Radiografía	5000
Laboratorio	2000
V. QUIRÓFANO:	
Cirugía menor	10000
Cirugía mayor	50000
VI. OFICINA.	
Certificado médico/de nacimiento	5000
Certificado médico "legal"	20000
Ambulancia	30000
VII. OFTALMOLOGÍA:	
Consulta	3000
Cirugía sin hospitalización	7500
Cirugía con hospitalización	10000
VIII. PACIENTES NO HOSPITALIZADOS:	
Ecografía	10000
Radiografía	7500-10000
IX. TB O SOSPECHOSOS-TB	TODO gratis

Una serie de medidas acompañaron a la tarificación:

1. Al principio, 60% de los ingresos se destinaban a primas para el personal. Por orden ministerial, a partir de marzo de 1997, el porcentaje pasó al 50%, dejando de lado el 10% pendiente de determinar su utilización en un futuro.
2. La administración identifica a los indigentes (durante las guardias, el médico-jefe).
3. Se rellena sistemáticamente una factura en tres ejemplares: una para la administración, una para el enfermo y la otra se pega en la historia clínica. Las facturas están numeradas para evitar la aparición de "enfermos falsos" o de ingresos "fantasma".
4. Se analizan sistemáticamente las entradas y se comparan con los Informes de actividades.

5. Todas las pruebas complementarias, curas y reintervenciones son gratuitas.
6. En el Servicio de Tuberculosis, todas las prestaciones son gratuitas, para favorecer el acceso y evitar los abandonos. Además, el Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas aporta suplementos de comida y el Ministerio de Salud decidió duplicar el salario del personal.
7. La mitad de los ingresos provenientes de los turistas (Tarificación especial en dólares) se destina a suplementos nutricionales para los pobres y malnutridos.

Tasa de indigentes por Servicio entre noviembre de 1996 y abril de 1997: 16-26% en Admisión, 51-53% en Radiología, 9-11% en Ecografía y 48-60% en el bloque quirúrgico. En Maternidad, el porcentaje ha sido muy bajo, lo que mostraría, si exceptuamos los ingresos ligados a complicaciones del parto, un estatus social más elevado entre las mujeres que vienen a dar a luz al hospital.

La tarificación ha mejorado sobremanera la logística en el hospital. La situación se evalúa regularmente y las “desviaciones” quedan reflejadas en el Informe mensual de actividades. La administración tiene ciertos problemas para utilizar el dinero de los turistas para los pobres.

Se realiza un claro esfuerzo de control y hay una manifiesta preocupación por la transparencia. El despido de personal en el Servicio de Admisión por el no respeto de la tarificación es un claro ejemplo. El origen de las entradas se comenta regularmente en el transcurso de las reuniones técnicas. El dentista ha sido apercibido porque sus ingresos declarados no correspondían con las actividades reales. En 1997, 16 personas han pedido trabajar en el Servicio de Tuberculosos, donde había solamente 12 puestos a cubrir.

Durante los últimos 9 meses, la tarificación ha generado algo más de 5 millones de ríes al mes (unos 1860 US \$). El personal ha visto así aumentar su salario en unos 5-6 dólares al mes (30-50%...).

La aplicación de sanciones ha sido efectiva: todo el personal de un determinado servicio ha sido cambiado y ciertas advertencias lanzadas. Las finanzas se analizan semanalmente en las reuniones técnicas y cada mes en la reunión del Comité de gestión, que opina que la tarificación es globalmente respetada y los pagos extraoficiales esporádicos. Algunas “primas” que los pacientes dan a ciertas personas han sido toleradas a veces, dado que el comité estima que debe a veces “cerrar los ojos” si se trata de personas con pocas posibilidades de hacer clientela privada y que, sin embargo, acuden al hospital por la tarde.

En todo caso, considerando que el hospital acoge actualmente 700 casos nuevos por mes, cada paciente ingresado paga oficialmente 2,7 dólares de media. El estudio de accesibilidad realizado en 1995 hablaba de un pago medio de 7,1 dólares. La diferencia podría provenir de la persistencia de pagos extraoficiales, por lo que es importante determinar si las tarifas oficiales han venido a sumarse a las extraoficiales o si éstas han disminuido. El hecho de que el volumen de actividades no haya disminuido hace pensar más bien en esta segunda posibilidad.

	Ago-96	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene-97	Feb	Mar	Abril
INGRESOS									
Admisión			1.171.000	1.511.000	1.358.000	1.259.000	1.418.000	1.393.000	1.642.000
Turistas	226.800	256.500	54.000	326.700	167.400	461.700	518.400	0	248.400
Laboratorio			504.000	459.000	477.000	416.000	438.000	458.000	402.000
Radiología	265.000	205.000	100.000	190.000	190.000	150.000	195.000	345.000	260.000
Ecografía	435.000	865.000	545.000	485.000	600.000	370.000	555.000	475.000	505.000
Maternidad			920.000	640.000	860.000	800.000	690.000	950.000	890.000
Bloque quirúrgico			920.000	1.000.000	970.000	1.100.000	1.100.000	1.120.000	900.000
Dentista			21.000	27.000	25.000	63.000	40.000	33.000	55.000
Oficina	140.000	240.000	75.000	150.000	130.000	208.000	80.000	130.000	130.000
Oftalmología			300.000	224.000	140.000	265.000	0	202.000	190.500
Total INGRESOS	4.869.300	5.526.500	4.610.000	5.012.700	4.917.400	5.092.700	5.034.400	5.106.000	5.222.900
GASTOS									
Personal (60%)	2.967.800	3.355.900	2.766.000	3.007.620	2.950.440	3.094.200	3.020.640	2.553.000	2.611.450
Otros (Logística...)	1.707.900	2.255.600	1.033.300	1.467.900	1.413.100	1.452.800	1.693.500	2.042.400	1.482.300
Indigentes	21.600	27.000	65.000	41.600	35.000	210.000	60.000	60.000	30.000
10% Finanzas DPS			184.400	200.500	196.696	206.280	201.376	0	
(Material Ecógrafo)			550.000						
Total GASTOS	4.697.300	5.638.500	4.598.700	4.717.620	4.595.236	4.963.280	4.975.516	5.166.000	4.646.040
Balance	172.000	-112.000	11.300	295.080	322.164	129.420	58.884	-60.000	576.860
Reserva HP 10%								510.600	522.290

DPS = Dirección Provincial de Salud; HP = Hospital Provincial

EJERCICIO:

DISCUSIÓN EN GRUPO BASADA EN PREGUNTAS (tras leer el texto)

1. ¿Es frecuente la petición de pagos extraoficiales a los usuarios en países pobres en los que la atención es teóricamente gratuita?
2. ¿Parece la población dispuesta a pagar por los servicios recibidos?
3. ¿Qué criterios pueden seguirse a la hora de establecer las tarifas a abonar por cada servicio prestado?
4. ¿Cuáles son los riesgos de establecer tarifas oficiales?
5. ¿Qué ideas interesantes o innovadoras aporta la experiencia del Hospital de Siem Reap?