

## ¿Emergencia en el Sistema de Salud? Propuestas para Mejorar la Atención Médica

### 1. Diagnóstico

Según los indicadores de la Organización Panamericana de la Salud, en el 2003, por cada mil niños nacidos vivos en Bolivia, 67 perdían la vida, y por cada cien mil niños nacidos vivos en Bolivia, 230 madres perdieron la vida. Según la misma fuente, en Ecuador, por cada mil nacidos vivos, 28 perdían la vida, y por cada cien mil niños nacidos vivos, 78 madres perdían la vida. Como se puede notar, las tasas ecuatorianas son bastante alentadoras en comparación con las tasas bolivianas. Análogamente, las tasas de mortalidad del resto de países de América Latina tienden a presentar mejores resultados que Bolivia. En Paraguay, se tiene una tasa de mortalidad infantil de 43.7 y una tasa de mortalidad materna de 174; en Argentina, 17 y 43 respectivamente; En Nicaragua, 28 y 82.3; y en Honduras 46.3 y 138<sup>1</sup>. Es decir, los resultados del sistema boliviano de atención médica alertan serias deficiencias en este sector.

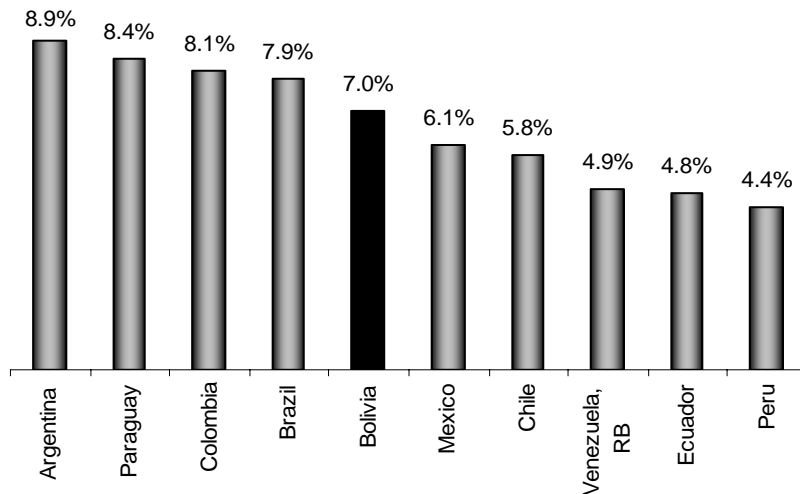
Analizando los datos a un nivel micro dentro de Bolivia se tiene que, según las encuestas de los hogares MECOVI 2002, solamente el 17% de los jefes de hogares, entre 25 y 85 años, se encontraban afiliados a algún tipo de seguro público, el 4% de los jefes de hogar se encontraban afiliados a un seguro privado, y aproximadamente el 79% de los jefes de hogar no contaban con ningún seguro médico. Por otro lado, del total de personas que reportaron alguna enfermedad, solamente el 50% de los enfermos fueron atendidos por personal médico, y de estos pacientes, el 73% vivía en el área urbana y el 64% era personas no pobres. Es decir, el sistema de salud boliviano,

al parecer tiende a ser más excluyente para las personas pobres y las personas que viven en el área rural<sup>2</sup>.

Varias iniciativas como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), el Programa de Lucha contra el Chagas (PLCC) y otros programas fueron emprendidas con la intención de ir eliminando estas exclusiones, pero, al parecer los resultados no han sido del todo satisfactorios. En el programa SUMI, que pretendía brindar un servicio gratuito a todas las mujeres embarazadas, se tiene como resultados que las personas con mayores ingresos son las que más se benefician del subsidio público. Por ejemplo, en el quintil más pobre de Bolivia, solamente el 45% de las mujeres fueron atendidas por personal médico, y el 40% de ellas, fueron atendidas en una institución de salud. En cambio, en el quintil más rico de Bolivia, aproximadamente el 93% de mujeres fueron atendidas por personal médico, y el 90% de las mismas fueron atendidas en una institución de salud. En el caso del SMGV, según UDAPE (2004), existen alrededor de 271.718 personas mayores a 60 años que no pudieron ser afiliadas, lo cual representa 65% de población objetivo de dicho programa, se debe notar, que gran parte de estos adultos mayores no fueron afiliados debido a que viven en el área rural<sup>3</sup>.

Este breve diagnóstico reporta algunos de los síntomas agudos que devela nuestro sistema de salud, lo que nos lleva inmediatamente a tratar de buscar algunas de las posibles causas que explicarían los mismos, como también, tratar de realizar algunas propuestas que permitan corregir estas distorsiones.

Gráfico N°1: Gasto Total en Salud como porcentaje del PIB



Fuente.- World Economic Indicators 2005

## 2. ¿Problemas financieros?

La crisis del sector salud de nuestro país generalmente es atribuida a la escasez de recursos económicos destinados al sector, hecho que no se discute, pero también hay que tomar en cuenta que existen otros factores que impedirían un mejor rendimiento con el nivel de gasto actual. En la gráfica N° 1 se observa que los montos proporcionales del ingreso que destinan los otros países al sector salud, en promedio, distan de ser muy superiores del gasto boliviano. El gasto total en salud como porcentaje del PIB en Bolivia es de 7%, superior al gasto en salud como porcentaje del PIB de Ecuador, Venezuela, Perú, Chile y México, que muestran valores de 4.8%, 4.9%, 4.4%, 5.8% y 6.1% respectivamente. Por otro lado, tomando en cuenta el gasto *per capita* en salud de Bolivia se evidencia que en el 2002, nuestro país gastaba en promedio USD 63, siendo que, el promedio de gasto de la región fue de USD 185. Sin embargo, cabe señalar que Honduras y Nicaragua que gastaban en promedio USD 60, monto menor al gasto boliviano en 3 USD, estos países, estos países mostraron casi el doble de mejores resultados en sus tasas de mortalidad infantil y materna como se presentó en el acápite anterior.

## 3. Problemas en la asignación de recursos. Falta eficiencia.

Existen varios puntos que podrían cuestionar la eficiencia en la asignación de los recursos. (1) Persisten excedentes de médicos en el área urbana y déficit de médicos en el área rural. Banco Mundial (2002) sostiene que en el área urbana existen 14 redes de salud donde el número de médicos que trabajan supera al número óptimamente requerido. En el área rural se tienen 44 redes que presentan déficit de médicos. UDAPE (2006) sostiene que es posible que al menos una parte de los requerimientos del personal de

salud en Bolivia puedan ser cubiertos con una mejor distribución del personal existente en los diferentes niveles de atención<sup>4</sup>.

(2) Existe un alto déficit de enfermeras y auxiliares en enfermería, especialmente en el área rural. Cada red médica en el área rural en promedio cuenta con un déficit aproximado de 27 enfermeras con título de licenciatura, y 74 auxiliares en enfermería. En cambio en el área urbana este déficit aproximado es de 7 enfermeras, y 27 auxiliares en enfermería por cada red médica.

(3) Baja productividad de los factores. El número de consultas por hora para los médicos y enfermeras tendería a estar por debajo de los estándares que sugiere y recomienda como óptimos la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Según dicha institución, los médicos deberían atender en promedio 4 pacientes por hora y las enfermeras, 2,4 pacientes. Pero en la realidad, los médicos atienden en promedio sólo 2,9 pacientes por hora; y las enfermeras atienden en promedio 1,1 consultas por hora.

(4) Las continuas huelgas y paros del sector tienden a no utilizar recursos valiosos. En promedio los trabajadores en salud reportan entre 4 y 7 semanas de huelga anual (15 a 25 por ciento del tiempo).<sup>5</sup>

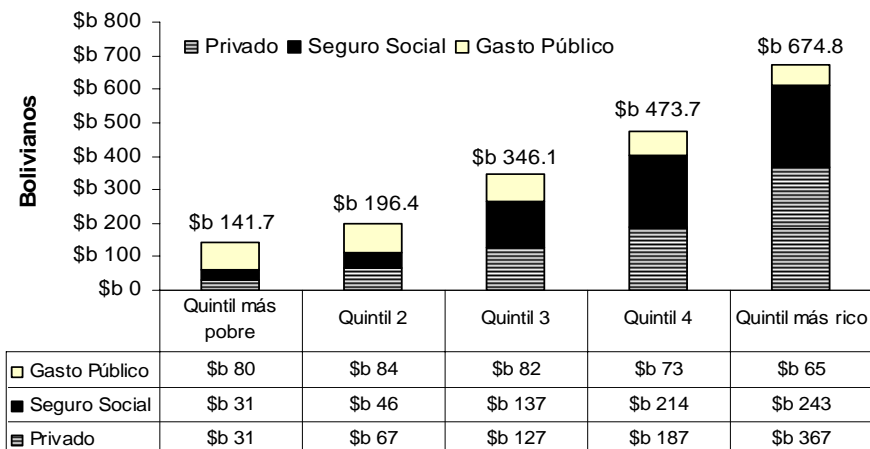
## • ¿El personal esta incentivado a brindar un buen servicio?

La estructura de incentivos que podría modular el desempeño del personal de salud, reflejada en su composición salarial, evidencia que existe una baja relación entre la remuneración y los logros del trabajo profesional. Es decir, sí un médico se esfuerza en brindar un buen servicio, el sistema de remuneración no lo premiaría por ese mayor esfuerzo; siendo lo viceversa también válido, es decir, sí un médico no brinda un buen servicio, el sistema de remuneración no sancionaría ese bajo desempeño. ¿Bajo ese mecanismo quién estaría dispuesto a trabajar con un alto desempeño sí es que en el fondo recibiría el mismo salario que aquel que trabaje con un bajo desempeño?

Por otro lado, el sistema de remuneración tiende a premiar la antigüedad del trabajador, La especialización profesional, el escalafón e incluso el sindicalismo. Se tiene que tener en cuenta que una mejora de estas variables no necesariamente refleja una mejor calidad de atención del servicio médico, y por lo tanto, los recursos no estarían siendo correctamente asignados. Por ejemplo, las enfermeras auxiliares que están afiliadas a un sindicato reciben un bono de Bs. 1150 anuales, por lo tanto, este personal recibe mejor salario cuando se encuentran afiliadas al sindicato que cuando desempeñan un servicio de calidad.

En el caso de la antigüedad, se podría suponer que los años de experiencia del funcionario podrían mejorar las destrezas del funcionario, lo cual supondría mejor calidad del servicio.

**Gráfico Nº 2: Gasto per Cápita en Salud por Quintil de Ingreso**



Fuente.- Banco Mundial (2002)

**Cuadro Nº 2: Resumen del Marco de Incentivos para los Recursos Humanos en Salud**

Beneficios	Médicos	Enfermeras Profesionales	Enfermeras Auxiliares
Salario mensual básico	USD 440	USD 292	USD 188
Antigüedad (1)	USD 6 - 65	USD 6 - 65	USD 6 - 65
Bono sindical (2)	n.a	n.a	USD 14
Bono frontera (3)	USD 66	USD 58	USD 38
Categoría de Especialización Profesional (4)	USD 264 - 440	USD 175 - 292	n.a
Escalafón (5)	USD 101	USD 67	n.a
Salario Máximo (% del salario básico)	USD 1,134 (258%)	USD 775 (265%)	USD 305 (162%)

Fuente.- Banco Mundial (2002)

1. Bs. 43 - 430 dependiendo del número de años trabajados en el sistema
2. Bs. 1150 (una vez por año) siempre que el trabajador esté afiliado al sindicato
3. El 20% del salario básico por trabajar en área fronteriza o en Beni/Pando
4. El 60%, 80% o 100% del salario básico por 1, 2 o 3 años de formación adicional (Especialización profesional o maestría)
5. El 23% del salario básico por 51 puntos ganados en: trabajo académico y científico, cargos de responsabilidad, actividades sindicales y/o trabajo en el área rural (4 años).

Sin embargo, este hecho no es completamente valedero, y no necesariamente involucra que en el transcurso del tiempo el personal de salud brinde un servicio de calidad (más años no necesariamente involucran mejor atención médica). Análogamente, en el caso de la especialización, el servidor público podría estar motivado a acumular títulos académicos, seminarios, congresos, etc. Pero estos acontecimientos no involucran necesariamente una mejor atención al paciente.

## **4. Propuestas para mejorar la atención médica**

### **Mejorar la eficiencia:**

- **Arrendamiento de los consultorios en los hospitales públicos**

La idea básica es brindar un mejor y mayor aprovechamiento a la infraestructura existentes. Los hospitales públicos generalmente ofrecen un horario de atención al público de 8:30 a 17:00, de lunes a viernes. Sin embargo, los días feriados, los fines de semana, y los horarios nocturnos (17:00 a 21:00) parte de la infraestructura existente no es utilizada, por lo menos, los consultorios, los centros de salud, y otros. Por lo tanto, se podría alquilar estos ambientes, y permitir que los profesionales independientes utilicen esa infraestructura para brindar un servicio privado. Esto, por un lado permitiría lograr algunos ingresos extras a los hospitales para que puedan ser utilizados en mayor inversión y mejoras en su infraestructura, y por otro lado, se podría llegar a acuerdos con los privados para coadyuvar inversiones conjuntas en la mejora de algunos ambientes.

### **Mejorar la equidad:**

- **Focalización de recursos**

Los recursos del HIPIC I y HIPIC II distribuyen los recursos públicos en función al número de pobres que existen en los municipios. Es decir, mayor financiamiento a los municipios más pobres. En cambio, los recursos de la Participación Popular distribuyen los recursos en función al número de personas que habitan en un determinado municipio, es decir, mayores recursos a mayores personas. El problema de este último criterio es que no toma en cuenta las necesidades prioritarias de los más pobres. Por lo tanto, se podría recomendar que la distribución de los recursos de la ley de participación popular también utilice criterios de pobreza. Es decir, mayores recursos a los más pobres. De tal manera que se ayude a construir una sociedad libre que

tenga una verdadera igualdad de oportunidades.

### **Nuevo Sistema basado en el subsidio a la demanda**

Los subsidios estatales pueden ser dirigidos a la oferta o a la demanda. En el primer caso, el subsidio se transfiere al productor del bien o servicio, de esa manera, el Estado brinda recursos a la oferta del servicio para que este pueda ofrecer sus servicios a un precio menor al de mercado, y así pueda ser adquirido por aquellas personas que no cuentan con dinero suficiente. Los problemas que acarrea este sistema son ampliamente conocidos por los bolivianos, por ejemplo, las continuas huelgas, las presiones corporativistas, la mala calidad del servicio, la baja cobertura especialmente para los más pobres que viven en el área rural.

En el segundo caso, el subsidio es dirigido a la demanda, es decir, el Estado transfiere recursos directamente a los consumidores del bien o servicio, de tal manera, que se aumenta el presupuesto familiar para el uso específico del servicio de la atención médica. Así, el demandante tiene la oportunidad de decidir libremente donde y quien le proveerá dicho servicio.

La idea básica es que el Estado otorga un cupón a las personas, ese cupón equivaldría cierto monto de dinero que les permitiría cubrir parcial o totalmente, dependiendo de los ingresos de la persona, la compra de un seguro médico que cubra los gastos de atención en salud.

En dicho sistema, las personas tienen mayor poder adquisitivo, ya que son subvencionados por el gobierno, y pueden elegir libremente el establecimiento que le brinden un mejor servicio. Entonces, con el fin de captar la mayor cantidad de potenciales clientes (ya que de esa forma los oferentes se asegurarían un buen financiamiento), los prestadores de atención médica tratarían de ofrecer el mejor servicio posible, y competirían entre sí para atraer a esa demanda con nuevos recursos. La competencia tiende a incrementar la calidad

# *Políticas Públicas para la Libertad*

---

ofrecida por los prestadores de servicios. Consecuentemente, se crean las condiciones necesarias que promueven la participación de las entidades particulares en la solución de los problemas públicos.

El monto de recursos subsidiados por el gobierno, debería variar proporcionalmente a los niveles de ingreso, es decir, mayor subsidio a los que tienen menor ingreso y menor subsidio a los que tienen mayor ingreso. Así, el subsidio a la demanda en salud permitiría brindar mayor apoyo a la ciudadanía que realmente necesita.

## **5. Conclusiones**

Bolivia es un país pobre, que dada nuestra estructura de limitación presupuestaria, no se puede dar el lujo de despilfarrar recursos. En esa lógica, el sistema de salud boliviano necesita un conjunto de reformas que permitan al ciudadano aumentar la libertad de elección, y recibir un servicio de calidad, a través de los mecanismos más eficientes (olvidando posturas ideológicas costosas). La reforma del subsidio a la demanda, permitiría aumentar el poder adquisitivo de las personas, especialmente de los más pobres, brindándoles mayor libertad de elección entre los centros médicos. Del mismo modo, el subsidio a la demanda permitiría aumentar los mecanismos de competencia, lo que incrementa las posibilidades de participación del sector privado en la provisión de atención médica. Que tiene como resultado final, mayor competencia y presiones para mejorar la calidad de los servicios y un aumento del nivel de bienestar de toda la sociedad.

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud (2003) <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulador/nextsql/Tabulador.asp>

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística. MECOVI 2002. [www.ine.gov.bo](http://www.ine.gov.bo)

<sup>3</sup> UDAPE y OPS 2004. Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia. [www.udape.gov.bo](http://www.udape.gov.bo)

<sup>4</sup> UDAPE. 2006. Reflexiones del Recurso Humano del Sector Salud en Bolivia. Documento de trabajo 02/2006. [www.udape.gov.bo](http://www.udape.gov.bo)

<sup>5</sup> Banco Mundial 2002. Reforma del Sector Salud en Bolivia Análisis en el Contexto de la Descentralización. pp.66. [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)