



*Reducción de la mortalidad
materno-infantil en Bolivia*



Colaboración
para la Reforma
de la Salud

Prestación de servicios de salud prioritarios a madres y niños pobres

Es cada vez mayor el desafío de las instancias normativas en los países en desarrollo para cumplir con el objetivo de la política pública de garantizar una atención de salud universal, viéndose enfrentadas al mismo tiempo con un financiamiento público limitado y muchas veces en descenso para el sector salud. En América Latina, la atención de salud de los trabajadores del sector formal y de sus cargas familiares normalmente se encuentra cubierta por sistemas de seguro social o por un creciente mercado de seguros de salud privados. Sin embargo, la tarea de entregar esta atención a los habitantes menos acomodados sigue siendo, en gran medida, la obligación del estado y de sus instituciones.

En un intento por mejorar el acceso de los pobres a los servicios de salud, durante los últimos años se han propuesto e implementado varias soluciones creativas.

Una de ellas es el programa del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) de Bolivia, que comenzó a operar a mediados de 1996. El Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia (MSPS) solicitó al Proyecto

de Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR) y al Proyecto de Datos para la Toma de Decisiones (DDM, en su sigla en inglés), ambos financiados por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE.UU., que evaluarán el programa de seguro al cumplir su segundo año de operación. Las observaciones que se entregan a continuación se extrajeron de los resultados de esta evaluación.

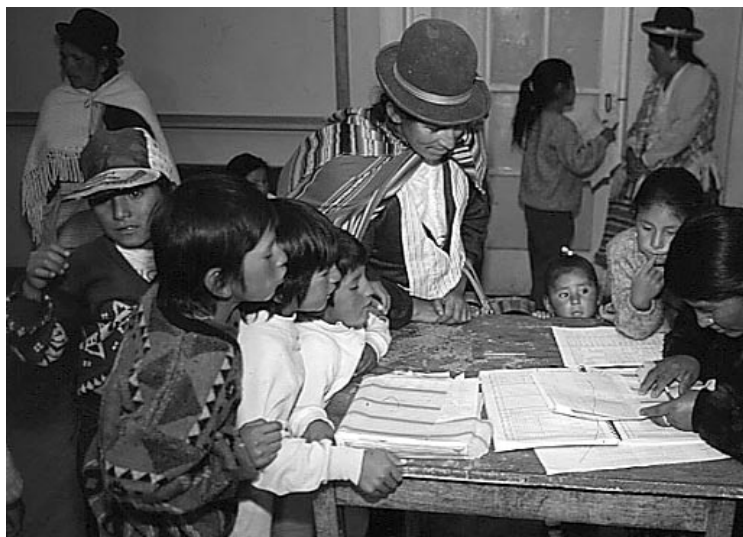
Bolivia: Un enfoque innovador

La alta mortalidad materno-infantil es uno de los problemas de salud más persistentes que ha enfrentado Bolivia durante las últimas décadas. La tasa de mortalidad materna, 371 por cada 100,000 nacidos vivos, es más alta que el promedio para los países de ingresos bajos y medios a nivel mundial (238) y más del doble de la de un país promedio de América Latina (162). Las tasas de mortalidad infantil son inquietantes: 83 infantes mueren por cada 1,000 nacidos vivos en Bolivia, mientras que las tasas promedio de la región y para países con un ingreso similar son de 44 y de 61 por 1,000, respectivamente.

Estas cifras se explican en parte por las condiciones ambientales, las que muy probablemente continuarán siendo un problema en el futuro previsible. Bolivia, uno de los países más pobres de América Latina (el ingreso per cápita fue de US\$950 al año en 1997), se caracteriza por una población principalmente rural (41%) que se encuentra dispersa en tres regiones ecológicas distintas, de las cuales ciertas partes son de acceso extremadamente difícil. Su población tiene una gran diversidad cultural y crece a un ritmo acelerado (2.4% al año) (*ver el Anexo 1*).

A pesar de los constantes esfuerzos del gobierno por proporcionar acceso a la atención de salud, el uso de los servicios formales continúa siendo bajo. En 1994, sólo el 42% de los partos tuvieron lugar en establecimientos de salud.

Durante los últimos 40 años, el gobierno de Bolivia ha implementado varios programas destinados a mejorar la salud de la población subatendida. Estos esfuerzos encararon múltiples problemas de salud, a menudo centrándose en enfermedades específicas, sin desarrollar una estrategia comprensiva. El Seguro Nacional Boliviano de Maternidad y Niñez es el intento más reciente del gobierno por resolver temas críticos de salud pública que afectan a este importante segmento de la



La meta es reducir la mortalidad materno-infantil proporcionando intervenciones claves en esta área sin costo para el usuario, eliminando con ello lo que se considera una importante barrera económica al acceso.

población. El programa del SNMN se centra en la reducción de las barreras económicas al acceso; la mitigación de los obstáculos culturales, físicos u otros sigue siendo un desafío para el futuro.

Seguro Nacional Boliviano de Maternidad y Niñez

Con el programa del SNMN se busca reducir la mortalidad materno-infantil a través de un mayor uso de los servicios de salud formales. Se espera lograr esta meta proporcionando intervenciones clave libres de costo a madres y niños, eliminando así lo que se consideraba como una importante barrera económica al acceso.

¿Cómo opera el programa?

- ▲ Las mujeres y los menores de cinco años reciben tratamiento gratuito para un conjunto de condiciones que constituyen causas comunes de la morbilidad materno-infantil. Los servicios que cubre el SNMN se resumen en el *Anexo 2*.
- ▲ Entre las instituciones que participan se cuentan los establecimientos del Ministerio de Salud y Previsión Social en todos los niveles de la red de servicios, algunos hospitales del seguro social y un pequeño número de organizaciones privadas sin fines de lucro.
- ▲ Las alcaldías reembolsan a los establecimientos por los medicamentos, suministros, hospitalizaciones y exámenes de laboratorio relacionados con la prestación de los servicios cubiertos. Las tasas de reembolso para cada servicio fueron fijadas por el MSPS en 1996. Estas tasas se calcularon en base al costo promedio de tratar las condiciones cubiertas usando la primera línea de fármacos de tratamiento indicados en los protocolos del MSPS.
- ▲ Los establecimientos solicitan el reembolso a la alcaldía en base a cada servicio. Antes de que la alcaldía proceda al pago, los Directorios Locales de Salud (DILOS) deben aprobar las solicitudes de reembolso. Las municipalidades usan los ingresos que reciben conforme a la Ley de 1994 de Participación Popular para pagar los reembolsos (ver más abajo).
- ▲ El SNMN no cubre el reembolso de gastos de personal y equipos u otros costos de capital. En los establecimientos del MSPS, el gobierno central paga los costos de personal a través de sus representantes a nivel local; las alcaldías pagan los costos de capital. En el caso del seguro social y las organizaciones no gubernamentales, éstos son responsables de tales costos en sus establecimientos, sin importar si se incurrieron en la entrega de servicios del SNMN o no.

Anexo 1: Indicadores de salud primaria, población e ingresos

Indicador	Bolivia	Países de ingreso bajo y medio	América Latina
Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos)	371	238	162
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos)	67	59	33
Ingreso per cápita (en US\$)	950	1250	3880
Población rural (%)	48	60	26
Tasa de crecimiento anual de la población	2.4	1.6	1.7

Los datos para Bolivia y para las tasas de mortalidad materna e infantil provienen del sitio web del Banco Mundial. Los demás datos son del *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1998/1999*, págs. 191, 193.

Anexo 2: Servicios cubiertos por el SNMN

Maternidad	Neonatal
Atención prenatal	Asfixia
Preclampsia	Neumonía
Eclampsia	Sepsis
Parto vaginal con atención neonatal	Menores de 5 años
Cesárea con atención neonatal	Enfermedades respiratorias agudas
Sepsis postparto	Diarrea
Hemorragia postparto	

¿Cómo se financia el programa?

Desde la promulgación de la Ley de Participación Popular en Bolivia en 1994, el 20% de los ingresos nacionales se asignan sobre una base per cápita a las municipalidades, las que ahora también tienen mayores responsabilidades en proporcionar los medios para cubrir las necesidades de sus habitantes.

En la actualidad, la ley estipula que el 85% de los fondos asignados a cada municipio se deben gastar en lo que flexiblemente se denomina “finés de inversión”.

En 1996, el decreto con el que se creó el SNMN estableció que cada municipalidad debería aportar el 3.2% de esos dineros de inversión al Fondo de Salud Local Compensatorio. Las solicitudes de reembolso en el marco del SNMN se pagan con este fondo, una vez que han sido aprobadas por los DILOS. Los reembolsos se pagan directamente al establecimiento, salvo en el caso de

Anexo 3: Muestra de la evaluación

Municipios	12	Hospitales generales	8
Hospitales especializados	9	Centros y postas de salud	14

Anexo 4: Mayor utilización después del SNMN

(comparación entre el período de 18 meses antes del SNMN y el período de 18 meses después de la implementación del SNMN)

Servicios	Públicos	Seguro Social	ONG	Privados
Total visitas prenatales	39%	16%	94%	- 50%
Otros pacientes ambulatorios	29%	34%	61%	- 56%
Total nacimientos	50%	43%	28%	- 37%
Otros hospitalizados	26%	18%	47%	- 29%

La información cubre a todas las instituciones que proporcionan datos al Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS), incluyendo algunas instituciones del seguro social, ONG y privadas que no participan en el SNMN.

las postas y centros de salud. Los reembolsos a estos establecimientos de salud primaria se pagan al distrito como un monto global; el distrito luego distribuye los fondos a cada establecimiento de acuerdo a criterios establecidos localmente, los que no necesariamente coinciden con los montos de reembolso del SNMN solicitados por los establecimientos en cuestión.

Conforme al sistema boliviano, los gobiernos municipales también son responsables de las inversiones de capital y el mantenimiento de la infraestructura y equipos de salud. El gobierno central, a través de sus representantes a nivel local (*prefecturas*), paga los salarios del personal del MSPS de ese nivel. Los programas que se ejecutan localmente para cumplir con las prioridades nacionales (como vacunaciones) también se financian con fondos centrales.

El esquema de financiamiento en el marco del programa SNMN difiere en dos aspectos importantes del anterior sistema de financiamiento de los servicios de salud. En primer lugar, como se describía más arriba, es un sistema descentralizado que depende fundamentalmente de las municipalidades, mientras que en el sistema antiguo los recursos fluían directamente desde el nivel central hacia el establecimiento. En segundo lugar, con la puesta en marcha del SNMN se eliminaron los cobros a los usuarios por servicios de salud materno-infantiles. Antes del programa de seguros, los establecimientos cobraban una tarifa a los pacientes para cubrir un porcentaje del costo que representaba prestar el servicio requerido. Esta tarifa era fijada por el mismo establecimiento. Se hacía una evaluación informal para determinar la capacidad de pago

del paciente y según ésta se decidía si los usuarios debían pagar el total de la tarifa o sólo una parte de ella. Esta evaluación se llevaba a cabo en cada establecimiento. Cada establecimiento tenía una cierta cantidad de fondos asignados a una cuenta social, la que se usaba para subsidiar a aquellos usuarios que no podían pagar el total de la tarifa. Las entradas por los cargos a los usuarios se usaban en parte para cubrir los costos de los medicamentos y suministros y en parte como un “bono de producción” para el personal de salud.

Los cambios recién descritos tienen importantes repercusiones en el funcionamiento del SNMN. Éstas, extraídas de los resultados resumidos de la evaluación del programa de SNMN llevada a cabo por PHR/DDM, se analizan más abajo. La evaluación se realizó entre febrero y julio de 1998 y se basó en información recopilada de fuentes primarias y secundarias, incluida una revisión de las estadísticas oficiales del MSPS, y asimismo en entrevistas y encuestas realizadas en los establecimientos. La muestra abarcó 31 establecimientos de salud en 12 municipios a través de 5 departamentos de las 3 zonas geográficas de Bolivia (*ver el Anexo 3*). Una descripción completa de la metodología, los resultados y conclusiones de la evaluación, se encuentra en Dmytraczenko et al., 1998. (*Evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez en Bolivia*, Informe Técnico 22 de la PHR.)

Lecciones aprendidas

Logros del programa

- ▲ El uso de los servicios formales de salud materno-infantiles cubiertos por el programa ha aumentado desde la implementación del SNMN. Este mayor uso se puede atribuir al programa mismo, puesto que la tasa de aumento de muchos de los servicios cubiertos por el SNMN supera el crecimiento de los servicios que no están cubiertos y el crecimiento en los proveedores que no participan del programa. Es más, la tasa de utilización aumentó marcadamente a partir de mediados de 1996, la fecha de inicio del programa de seguro, especialmente para partos institucionales y neumonía en niños menores de cinco años (*vea el Anexo 4*).
- ▲ El mayor uso se da entre los pobres y es relativamente alto en los adolescentes, un grupo que antes no acudía a los servicios de salud formales (*ver el Anexo 5*).
- ▲ Los esfuerzos de promoción emprendidos por el gobierno, especialmente al lanzar el programa por primera vez, han tenido éxito en cuanto a informar al público sobre el programa de seguro y, por lo tanto, acerca de los servicios de salud en general. Muchos usuarios mencionaron que conocieron el programa a

través de anuncios públicos en radio y televisión y de charlas comunitarias.

- ▲ Los establecimientos de nivel primario tienen ahora un mayor control sobre los fondos y están en mejores condiciones para satisfacer sus necesidades específicas de medicamentos y suministros. En concordancia con ello, hay indicios de una mayor disponibilidad de fármacos en estos establecimientos, si bien aún persisten problemas de desabastecimiento.
- ▲ Este creciente uso ha provocado un mayor aprovechamiento de la infraestructura de salud pública existente y si bien los datos al respecto son escasos, la evidencia indica que los hospitales aún están funcionando por debajo de su capacidad.

Los logros del programa se resumen en el *Anexo 6*.

Desafíos que aún persisten

- ▲ El aumento en el flujo de usuarios ha tenido un impacto negativo en la motivación del personal de salud. Si bien los usuarios informan un alto nivel de satisfacción al ser entrevistados después de una atención, el personal médico indica que la calidad de la atención se ha visto afectada debido al mayor volumen, especialmente en algunos establecimientos terciarios. Esto en parte se ha visto respaldado por datos que sugieren que en los establecimientos del seguro social, los pacientes asegurados sufren discriminación con respecto a la comodidad que reciben, la duración de su hospitalización, la cantidad de camas disponibles para ellos y, en algunos casos, el tratamiento que se les prescribe.¹ En el sistema del SNMN, la remuneración del personal de la salud no está vinculada a la cantidad de servicios que prestan.
- ▲ Los montos reembolsados por fármacos, suministros, hospitalización y exámenes de laboratorio son insuficientes para cubrir los costos reales en que incurre el establecimiento; *ver el Anexo 7*. Los motivos son varios. Las tasas de reembolso fijadas por el MSPS son poco realistas. En algunos casos, se excluyeron de los cálculos ciertos insumos clave; en otros, el precio de los insumos está muy por debajo del precio real. Además, muchos establecimientos no siguen los protocolos de servicio del MSPS que se usaron para establecer las tasas de reembolso y los establecimientos del seguro social tienen otros protocolos oficiales. Queda como objeto para un futuro estudio investigar si es necesario revisar los protocolos o si se debe obligar a los establecimientos a cumplir con los protocolos existentes. La solución probablemente se encuentre en algún punto intermedio. Por último, hay evidencia de que los establecimientos no minimizan los costos debido a su falta de eficiencia orgánica.

Anexo 5: Distribución de los usuarios del SNMN por nivel socioeconómico y edad y porcentaje cuyo último parto fue en el hogar

	Nivel socio-económico*		Edad 14 a 20	Parto anterior en el hogar
	Bajo	Medio		
Maternidad	68%	32%	25%	31%
Prenatal	76%	24%	30%	24%
Otros ambulatorios	74%	26%	18%	14%

* Debido a la falta de datos socioeconómicos antes de la implementación del SNMN, no es posible realizar comparaciones de la utilización antes y después sobre la base del nivel socioeconómico.

Anexo 6: Logros del programa

- △ Aumentó la utilización de los servicios de salud materno-infantiles.
- △ Los pobres y adolescentes están usando los servicios del SNMN.
- △ Los esfuerzos de promoción del gobierno mantienen informado al público.
- △ En los establecimientos de nivel primario aumentó la disponibilidad de fármacos.
- △ Aumentó la utilización de la infraestructura de salud pública.

- ▲ Las tasas de reembolso son homogéneas entre tipos de establecimientos, mientras que de los datos se desprende que el costo de los fármacos, suministros, hospitalización y exámenes de laboratorio son más altos en los niveles más complejos de la red de prestación de servicios. Esta discrepancia se explica porque los hospitales ven los casos más complicados de cualquier enfermedad determinada, por la presencia de especialistas (que tienden a prescribir tratamientos más modernos) y por la disponibilidad y uso de laboratorios y fármacos más avanzados. Los costos adicionales en los niveles superiores de la red de prestación de servicios no sólo resultan de los insumos cubiertos por el SNMN, si no porque también los demás costos como de personal, servicios básicos y mantenimiento de los edificios son más caros en los hospitales que en las postas de salud.
- ▲ Este problema del exceso de costos en los establecimientos de nivel terciario se ve agravado por el aumento desproporcionado en el uso de estos tipos de establecimientos. Desde la implementación del SNMN, el porcentaje de servicios materno-infantiles que se entregan en los establecimientos secundarios y terciarios ha aumentado, mientras a nivel primario ocurre lo contrario. Aparentemente debido a que las intervenciones son gratuitas para el usuario (salvo los costos de transporte), los pacientes cada vez recurren más a la atención en establecimientos de mayor nivel, porque perciben que la calidad es mejor. Esto se justifica si los casos son complicados, pero en muchos

Anexo 7: Promedio de costos directos y tasas de reembolso para los servicios del SNMN (por nivel, en US\$)¹

Intervención	Costo promedio real ²			Reembolso del SNMN
	Nivel Primario	Nivel Secundario	Nivel Terciario	
MATERNIDAD				
Prenatal				
Primera consulta	9.68	10.43	18.62	3.00
Repetición de consultas	4.10	3.17	8.19	0.37
Preclampsia	5.40	6.52	7.82	10.24
Parto				
Parto asistido	10.06	11.73	10.80	8.38
Parto y episiotomía	13.60	16.95	16.20	8.38
Parto inducido	12.66	14.53	15.46	11.17
Eclampsia	—	38.55	44.32	20.30
Cesárea	—	65.36	68.16	48.60
Sepsis	—	51.77	70.20	67.04
COMPLICACIONES NEONATALES				
Neumonía	—	55.49	100.56	37.99
Sepsis	—	81.38	136.68	37.99
MENORES DE 5 AÑOS				
Enfermedades respiratorias agudas				
Ambulatorio	1.68	2.79	3.35	0.37
Ambulatorio con neumonía	3.91	5.21	5.59	0.37
Hospitalización	11.36	151.96	248.04	29.80
Diarrea				
Sin sangre	3.17	2.98	2.79	0.37
Con sangre	3.91	5.77	6.33	0.37
Hospitalización	—	22.35	19.93	7.45

- Estos costos en US\$ se convierten de los cuadros originales (Dmytraczenko et al., 1998) en bolivianos; US\$1 = 5.37 bolivianos.
- En los niveles primarios y secundarios, los costos reales representan fármacos, suministros y exámenes de laboratorio. Adicionalmente, en los niveles secundarios y terciarios, los costos de hospitalización fueron incluidos para los pacientes internados.

otros representa un uso ineficaz de los recursos públicos para la salud.

- ▲ Es un problema que el SNMN no cubra costos como de personal y mantenimiento de los edificios, particularmente para las ONG y los establecimientos de seguro social involucrados que pagan estos costos con sus propios fondos y que antes podían cobrar tarifas a los usuarios como una forma de financiar, por lo menos en parte, dichos costos. Como se vio más arriba, algunos de los establecimientos del seguro social han reaccionado limitando la atención a los pacientes cubiertos por el SNMN. En algunos municipios, los hospitales del seguro social además han puesto obstáculos artificiales al acceso, exigiendo que los pacientes asegurados presenten una tarjeta del

SNMN u otros documentos (como certificados de nacimiento) ante de prestarles el servicio.

- ▲ Además de ser insuficientes, los reembolsos a menudo se atrasan. Estos atrasos se pueden atribuir a dos fuentes. El sistema administrativo es demasiado complejo: los formularios están mal diseñados, lo que hace que el proceso de generación de solicitudes de reembolsos resumidas sea innecesariamente lento; la norma es realizar múltiples verificaciones de los montos a reembolsar; se necesita la aprobación del DILOS, el que se reúne en forma irregular. Es más, la capacidad administrativa a nivel de las autoridades de los establecimientos y municipios normalmente es deficiente. Los establecimientos a menudo enfrentan el riesgo de no tener fármacos porque el SNMN no proporciona fondos para el capital de trabajo. En muchos establecimientos, la única forma de solucionar el problema es comprar medicamentos a crédito en las farmacias de venta al público, pero esto es mucho más caro.
- ▲ Parte del costo de prestar los servicios se está traspasando al consumidor. Una parte considerable de los pacientes alega haber tenido que pagar algo. Estos pagos pueden ser por medicamentos adicionales no incluidos en los protocolos o por otras partidas no incluidas en el programa del seguro. Sin embargo, por lo menos en algunos casos, los pacientes pagaron servicios que en teoría estaban cubiertos por el programa. Estos pagos incluyeron compras externas de fármacos cubiertos por el SNMN que no estaban disponibles en el establecimiento, además de un 6% de los pacientes de maternidad que declararon haber pagado directamente al personal médico.

Los desafíos y recomendaciones del programa se resumen en el *Anexo 8*.

Recomendaciones para el programa

- ▲ Cualquier reforma como la del SNMN generalmente tiene un impacto directo sobre el ambiente en el cual se desenvuelven los profesionales de la salud. **Los sistemas de incentivos para el personal prestador** que recompensan la eficiencia y una atención de buena calidad pueden influir notablemente en el desempeño del sistema. Estos incentivos pueden ser tanto de carácter monetario como no monetario.
- ▲ En la actualidad, el financiamiento ajeno al sistema del SNMN se asigna a los establecimientos públicos de salud de acuerdo a presupuestos históricos. Esta asignación no refleja los costos reales ni se basa en los antecedentes del establecimiento en cuanto a satisfacer las necesidades de la población a la que atiende. La adopción de **un sistema de contabilidad**

Anexo 8: Desafíos y recomendaciones

Desafíos

El aumento en los usuarios ha reducido la motivación del personal de la salud. →

Las tasas de reembolso no cubren los costos reales de los establecimientos. →

Los costos difieren entre tipos de establecimientos, no así las tasas de reembolso. →

Los servicios gratuitos estimulan a los pacientes a buscar atención en establecimientos de un nivel mayor. →

Los reembolsos se retrasan y son insuficientes. →

Importantes cambios en las tasas y patrones de utilización están afectando las necesidades de financiamiento del gobierno central y de las municipalidades y la combinación público-privado. →

Recomendaciones

Establecer sistemas de incentivos que recompensen a los proveedores por una atención eficiente y de buena calidad.

Adoptar un sistema de contabilidad de costos para generar información que permita supervisar el desempeño, promover la eficiencia y reevaluar las tasas de reembolso.

Diferenciar las tasas de reembolso a través de los diferentes niveles de prestación de servicios.

Establecer un sistema de transferencia de pacientes que incentive a los usuarios a recurrir primero a los establecimientos de nivel primario por servicios.

Racionalizar el proceso administrativo para reducir los costos y agilizar los reembolsos.

Establecer un sistema de monitoreo permanente para supervisar el nivel de uso, la calidad, la capacidad y la combinación público-privado.

de costos dentro de cada establecimiento generaría la información necesaria para evaluar y adaptar en forma periódica la estructura de los niveles de reembolso del SNMN y evaluar continuamente el desempeño del establecimiento. La evaluación del desempeño del establecimiento es un requisito previo para implementar **criterios de asignación de recursos en base al desempeño**. En el largo plazo, esta implementación de asignaciones presupuestarias en base al desempeño, especialmente para los hospitales terciarios, estimulará la competencia entre los establecimientos que se disputarán los escasos recursos públicos y promoverá una mayor eficiencia en el uso de dichos fondos. Podría también promover una mayor calidad y eficiencia en la prestación de los servicios cubiertos por el SNMN.

- ▲ **Los niveles de reembolso se deben diferenciar** entre los diferentes niveles de la red de prestación de servicios para reflejar el hecho de que los costos reales aumentan de manera justificada en relación directa con el nivel de complejidad del establecimiento. A nivel primario, los reembolsos se deben pagar directamente a los establecimientos, no a los distritos.
- ▲ Una forma de mejorar considerablemente la eficiencia sería implementar un **sistema de transferencia de pacientes que proporcione incentivos tanto a nivel de demanda como de oferta** para que los usuarios recurran primero a la atención de los establecimientos de nivel primario cuando así corresponda. Estos incentivos podrían adoptar la forma de mejoramientos en la calidad, especialmente a nivel primario. También podrían incluir copagos cada vez más altos a lo largo de la red de prestación de servicios y costos por

derivación en aquellos casos en que no se buscó la transferencia de pacientes adecuada o la gravedad o urgencia de la enfermedad no justificaban un tratamiento en establecimientos de mayor nivel. Estas últimas indicaciones exigen un estudio acucioso para asegurar que los incentivos no creen barreras inesperadas al acceso.

- ▲ La **racionalización del proceso administrativo** reduciría los costos innecesarios y acortaría el tiempo para recibir los reembolsos. Períodos extensos entre el momento en que los establecimientos incurren en los gastos y reciben los reembolsos producen problemas de liquidez y obligan a los proveedores a obtener fármacos y suministros de fuentes externas al sector público. Esto aumenta los requerimientos de capital de trabajo y disminuye la calidad. Se pueden tomar varias medidas a este respecto, incluida la revisión y el rediseño del actual sistema administrativo, la provisión de fondos de capital de trabajo y la formación de capacidades a nivel de administradores municipales y de los establecimientos para dirigir el sistema.

El hecho de que el SNMN no cubra costos como de personal y mantenimiento de edificios implica un problema, particularmente para las ONG y los establecimientos del seguro social involucrados que pagan estos costos con sus propios recursos, puesto que (algunos) han reaccionado restringiendo el acceso a los pacientes del SNMN.

Recomendaciones para todo el sistema

- ▲ El programa del SNMN ha aumentado el nivel de utilización, especialmente entre las personas que antes no usaban los servicios de salud formales (ver el Anexo 5). El desafío ahora es mantener esos usuarios. Para cumplir con esta meta, los proveedores deben prestar un servicio de buen nivel técnico y que satisfaga las necesidades del paciente. El desarrollo de un sistema para medir **la satisfacción tanto del cliente como del proveedor** y que responda a los problemas revelados permitiría al MSPS crear un sistema basado en las demandas y al mismo tiempo trabajar en conjunto con el personal de atención médica para mejorar el desempeño. La adopción de **un sistema administrativo orientado totalmente a la calidad** es una alternativa que ya se ha usado en otras partes para integrar los aspectos de la calidad en la prestación de los servicios. Cuando han sido implementadas adecuadamente, estas medidas han redundado en un aumento directo de las tasas de utilización. Las mejoras en la calidad que satisfagan las necesidades de los usuarios, especialmente a nivel primario, podrían ser un atractivo para los usuarios que actualmente eluden los establecimientos de niveles inferiores. El mejoramiento de las relaciones proveedor-usuario, una mayor sensibilidad frente a las necesidades culturales de los usuarios y un suministro más confiable de medicamentos son tres aspectos que con frecuencia se mencionan como importantes.
- ▲ Es necesario abordar los aspectos relacionados con una adecuada **combinación entre la prestación pública y privada** de los servicios. El ofrecimiento generalizado de servicios libres de costo parece haber impulsado hacia proveedores públicos a los usuarios que antes buscaban atención médica privada. La evidencia demuestra que los usuarios comparan precios y proveedores: recurren a los servicios de atención prenatal en los establecimientos públicos que son de acceso más fácil, pero acuden a los hospitales del seguro social a la hora del parto, debido a que los miembros del seguro social gozan de beneficios adicionales. A medida que mejora la calidad de los establecimientos públicos, la balanza tiende a inclinarse hacia el

sector público en desmedro del sector privado. Los costos de esta sustitución son significativos para el gobierno de Bolivia y es necesario ponderar sus beneficios. Un enfoque alternativo al subsidio general que se entrega a los servicios del SNMN podría ser la implementación de encuestas sobre los medios económicos o la orientación de los subsidios hacia destinatarios específicos. Se solicitaría a las personas de mejores condiciones económicas que paguen por los servicios del SNMN en las instituciones públicas. Algunas pagarían, otras recurrirían a la atención en instituciones privadas; en ambos casos, se ahorrarían recursos del estado, los que se podrían destinar a determinados grupos y servicios prioritarios para los que no se dispone de financiamiento privado o bien éste es insuficiente.

- ▲ No hay sistema perfecto ni puede haberlo, dado que se están proporcionando soluciones a un entorno que se encuentra en constante cambio. Por este motivo, es básico contar con un **sistema de supervisión y evaluación** que permita estimar periódicamente el desempeño del sistema y que indique cuándo y dónde es necesario adaptarlo. La supervisión del uso, los protocolos clínicos y la utilización de las capacidades, al igual que de otros indicadores financieros, de gestión y de estándares de atención, proporcionaría a los funcionarios del sector público los medios para evaluar permanentemente el desempeño del programa de seguro. Un sistema de supervisión y evaluación que incluya tales medidas reflejaría las prioridades del MSPS, entre las que se incluye la prestación eficiente de servicios de buena calidad.

Notas al final

1. Puesto que sólo hay tres hospitales del seguro social en la muestra, cualquier conclusión sobre estos hospitales que se desprenda de los datos se puede considerar como un indicador válido de un problema, pero no sería estadísticamente significativa. Sin embargo, el número de hospitales del seguro social en la muestra es bastante representativo de su proporción en el número total de establecimientos que ofrecen servicios del SNMN.



El proyecto **Colaboración para la Reforma de la Salud** es financiado por USAID e implementado por Abt Associates Inc., en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, el Centro de Asuntos Internacionales de la Universidad Howard, Development Associates, Inc. y University Research Corporation.



Este **Resumen Ejecutivo de Políticas** fue elaborado por Tania Dmytraczenko, Ph.D., Economista en Salud, con aportes de Susan Scribner, M.P.P., Charlotte Leighton, Ph.D., y Kathleen Novak, Ph.D., de Abt Associates Inc. El editor de la serie es Zuheir Al-Faqih y el editor adjunto es Courtney Roberts. La traducción estuvo a cargo de LTS Language Translation Services Inc., Chile. El diseño gráfico estuvo a cargo de Maureen Berg.

La **Serie de Resúmenes Ejecutivos** proporciona a las instancias normativas y otros actores del sector salud una síntesis de las publicaciones técnicas más detalladas acerca del aporte de la PHR a las gestiones de reforma de la salud actualmente en curso en diversos países, regiones o áreas funcionales.

Para obtener más copias o información adicional acerca de las actividades y publicaciones de la PHR, comuníquese con:

PHR Resource Center, Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814 EE.UU.
Fax: 301-652-3916
Correo electrónico: PHRInfo-Center@abtassoc.com
URL: <http://www.phrproject.com>

Fotografías: Panos Pictures