

Proyecto Sectorial
"Seguros Sociales de Salud
en países en vías de desarrollo"



Deutsche Gesellschaft für Techni-
sche Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

Evaluación del Seguro Básico de Salud en Bolivia con la Metodología *InfoSure*

La Paz, 22.9.–5.10.2000

Roberto Böhrt/Jens Holst

Inhalt

1. La creación del Seguro	2
2. Beneficiarios	3
3. Financiamiento	4
4. Beneficios provistos por el SBS	6
5. Reglas de afiliación	8
6. Promoción del SBS	8
7. Aspectos legales, constitución	9
8. Administración	9
9. Provisión de salud	11
10. Pago a prestadores	12
11. Perfil financiero	13
12. Implicaciones	13
13. Perfil estadístico	14
14. Autoridades de salud, rol del Estado	16
15. Planes para los próximos años	16
16. Resumen	16
16.1. Principales observaciones	16
16.2. Principales logros	19
16.3. Impactos negativos	19
16.4. Monitoreo y fuentes de indicadores	19



1. La creación del Seguro

El Seguro Básico de Salud (SBS), creado el 31 de diciembre de 1998, empezó a operacionalizarse desde el 10 de mayo de 1999. Representa uno de los pilares esenciales del Plan Estratégico de Salud del Gobierno Nacional, que a la vez forma una parte fundamental del Plan Operativo de Acción fomentado por el Banco Mundial en los países altamente endeudados.

El objetivo del SBS es de reducir la mortalidad en la niñez y la mortalidad materna, pero también se dirige a reducir el riesgo, la duración y la severidad de las principales causas de enfermedad y muerte en toda la población (salud sexual y reproductiva, cólera, malaria y tuberculosis). Los datos epidemiológicos comprueban que el SBS, tal como está funcionando, actualmente está cubriendo el 56% de estas patologías. Uno de los criterios incluidos en el concepto del Seguro es la incorporación de aspectos culturales y de dignidad humana.

Con este fin, se garantiza a todo(a) boliviano(a) el acceso permanente a un conjunto de prestaciones preventivas y curativas. La implementación del SBS surge, además, producto de evaluaciones del precedente Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, en las que participaron prestadores, Distritos, SEDES y Gobiernos Municipales. La definición de las prestaciones se basó en distintos indicadores existentes (SNIS, ENDSA, etc.), además del cálculo de costos, procesos administrativos y otros datos. El SBS es una estrategia importante del país para cumplir los requisitos (en el área de salud) que pone la comunidad internacional para eximir a Bolivia de su deuda a cambio de un proceso de mejora de la salud de sus habitantes (reflejada en indicadores específicos de salud). Por otra parte, corresponde a las exigencias más fundamentales de una política sanitaria tendiente a mejorar las prestaciones de salud de una población económica y culturalmente excluida de toda clase de atención y protección.

La iniciativa de crear el SBS surgió del equipo técnico del Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia y fue apoyado por la cooperación internacional, en especial, el Banco Mundial. El aporte más importante que recibió el SBS fue el financiamiento otorgado por los donantes internacionales.

A fin de garantizar la atención de las prestaciones del SBS, se logró la participación de otros proveedores(as) de servicios, de forma obligatoria e inexcusable¹ (Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera de Salud, Caja de las Corporaciones, Caja Bancaria Estatal y Privada), quienes brindan atención a personas aseguradas al SBS en todos los establecimientos.² La Caja Nacional de Salud, además, apoya al SBS, de forma financiera, con una participación en el costo de vacunas.

¹ Reglamento del D.S. N° 25265. Art. 9, inc.II. "La Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera de Salud, Caja de las Corporaciones, Caja Bancaria Estatal y Privada, brindarán atención a personas aseguradas al SBS en todos sus establecimientos, de manera obligatoria e inexcusable".

² D.S. N° 25265. Art. 8. (Red de servicios del Seguro Básico de Salud). "La red de servicios del sector público y de las cajas de salud otorgará obligatoriamente las prestaciones del SBS, así como los establecimientos que, siendo dependientes de ONGs, Organizaciones Religiosas u otros prestadores, ingresen al SBS mediante convenios especiales".



Después de la fase inicial y una vez implementado, los Gobiernos Municipales asumen un papel preponderante en el financiamiento, ejecución y consolidación del SBS. Dentro de sus responsabilidades está: la incorporación de la población de su jurisdicción a los beneficios del SBS³ afiliación de beneficiarios(as), el mantenimiento de una lista actualizada y permanente de su población asegurada y la conservación de libros de registro. Por otro lado, emitirá los cheques correspondientes para la cancelación del SBS. Podemos observar que los Gobiernos Municipales no tuvieron ni tienen mucha participación en la gestión del SBS y solo cumplen tareas delegadas.

2. Beneficiarios

En teoría, el grupo objetivo para el cual el SBS fue creado, es la población total de cada uno de los municipios inscritos. Sin embargo, la oferta del Seguro Básico está dirigida principalmente a los sectores más pobres de la sociedad tanto en los barrios marginales de las ciudades como en las áreas rurales. Por definición no existe exclusión explícita de grupos determinados, no obstante, las prestaciones de SBS fueron y están principalmente destinadas al uso de las personas que anteriormente no tenían acceso a atención médica.

Por otro lado, algunos grupos de personas que teniendo acceso a un sistema de salud (vg. Seguridad Social y algunos usuarios del subsistema privado) optaron por cambiarse al SBS, lo que en principio no contradice a la idea fundamental del seguro (no prever ninguna clase de exclusión). En ningún caso, la actividad económica de los beneficiarios es un criterio o requisito para la afiliación, aunque el SBS vea su grupo objetivo, esencialmente en el sector informal.

El paquete de prestaciones incluido en el SBS, representa una selección positiva hacia los hombres y mujeres en edad fértil, embarazadas, niños menores 5 años y personas portadoras de cuadros infecciosos (tuberculosis, malaria, Chagas, cólera e ITS, excepto VIH/SIDA). Esto implica una selección positiva hacia los sectores socioeconómicos más bajos pero genera una serie de implicaciones de carácter técnico sobre todo en las zonas rurales.

La afiliación se hace efectiva mediante la inscripción en las listas de usuarios(as) y la entrega de un carnet de afiliación a cada beneficiario(a). Dado que los 314 municipios del país han firmado el respectivo Convenio con el Ministerio de Salud, el SBS abarca (en teoría) a toda la población del país.

Los Gobiernos Municipales que han aceptado participar en el SBS son responsables de la afiliación de los beneficiarios de su comunidad, pero en su mayoría han traspasado

³ Reglamento del D.S. N° 25265. Art.1. "Los Gobiernos Municipales incorporarán a la población de su jurisdicción a los beneficios del SBS, mediante la suscripción de un Convenio de Adscripción con el Ministerio de Salud y Previsión Social, en el que se autorice a este último, el trámite, ante el Ministerio de Hacienda, la deducción automática del 6.4% del 85% de los Fondos de Coparticipación Tributaria Municipal destinados a inversión, como aporte al Fondo Local Compensatorio de Salud que financia el SBS".



esa tarea a los prestadores de salud de su jurisdicción⁴. Ello conlleva un fenómeno que en un clásico sistema de seguro de salud impondría alguna discriminación, dado que muchos(as) usuarios(as) se enteran de las prestaciones del SBS, recién al momento de acceder a un centro sanitario por un problema de salud.

Podemos también observar que, hasta ahora, no hay incentivos que promuevan la inscripción: ni para los beneficiarios, que son atendidos independientemente de su afiliación; ni para los municipios, para los que el acto significa un trabajo "extra" sin recompensa financiera; ni para los prestadores, para los que - más allá del acto mismo - puede significar un aumento en su carga laboral, que igualmente no se recompensa.

Por otro lado, no se requiere un acto formalizado para inscribirse en el SBS; sólo está prevista la afiliación individual (no existe la afiliación por grupo familiar u otro). No se practica un control efectivo de la afiliación por parte de los prestadores (antes de atender a las personas). En la práctica, es suficiente que una persona presente una patología cubierta por el SBS para ser atendida en este esquema.

La no-existencia de un sistema de control implica una serie de problemas de riesgo moral tanto por parte de los prestadores, como de los usuarios. Esto evidencia una debilidad que necesita resolverse a la brevedad posible, a través de un sistema que asegure el control de las afiliaciones y el riesgo de cobros indebidos por prestaciones no realizadas. A pesar de esto, es importante incentivar la inscripción de usuarios(as) en el SBS.

En cuanto a la distribución de afiliados(as) al SBS, se puede observar una concentración ligeramente mayor en áreas rurales frente a la relativa mayoría de los bolivianos que viven en las ciudades. Ello tiene que ver con la presencia mayoritaria de los prestadores públicos y la superior tasa de pobreza en tales regiones. No existen datos precisos sobre la distribución del recurso humano, ni en el campo ni en los centros urbanos.

3. Financiamiento

El Seguro Básico de Salud establece la gratuidad plena y total por parte del(la) usuario(a). El financiamiento considera los Fondos Locales Compensatorios de Salud y recursos de la cooperación bilateral, multilateral o de otras instituciones u organismos, aportados en especie o efectivo.

Los recursos municipales alcanzan el 6.4% del 85% de la coparticipación tributaria municipal, destinada a inversión (ingresos por impuestos y aduana) abonados a una cuenta separada de los municipios en función a cubrir los gastos de las prestaciones otorgadas por el Seguro⁵.

⁴ Reglamento del D.S. N° 25265. Art.3. Inc.III. "El Municipio podrá solicitar apoyo en el proceso de carnetización, a los establecimientos de salud, hospitales, organizaciones culturales, etc., quienes igualmente deberán realizar la carnetización en forma permanente.

⁵ D.S. N° 25265 Art. 9. El SBS se financiará de la siguiente forma:

a. Fondos Locales Compensatorios de Salud, constituidos con recursos municipales, equivalentes al 6.4% del 85% de la coparticipación tributaria municipal, destinada a inversión que serán abonados



En 1999, el Gobierno gastó Bs. 49'164,311 (\$US 7'828,711), el año 2000, Bs. 66'762,799 (\$US 10'621,019), equivalente a una cuota per cápita de Bs.192,52 (para el año 2000).

El monto asignado a los gobiernos municipales depende de la cantidad de sus habitantes (considerando proyecciones del último censo realizado el año 1992).

El SBS no funciona en base a cotizaciones (por parte de sus usuarios), por lo tanto, su ingreso no depende de los salarios de los afiliados ni hay excepciones de pago. El SBS no tiene que preocuparse de recolectar contribuciones ni aplicar medidas forzosas para cobrarlas. Por otra parte, el SBS no prevé ninguna clase de pago, por parte de los(as) usuarios(as), en el caso de utilizar una de las prestaciones incluidas en el paquete. Sólo en caso de no estar disponible algún medicamento o insumo esencial del paquete, el(la) usuario(a) estaría obligado(a) a comprarlo, lo que se podría considerar como una forma especial de co-pago.

Más allá de los mencionados subsidios iniciales, el SBS está funcionando hasta ahora con una serie de aportes financieros y no-financieros. Los programas de tuberculosis y de vacunación cuentan con un fuerte subsidio por parte de la cooperación internacional. En el último caso, la Seguridad Social tiene que participar en el financiamiento de las vacunas (con el 5% de sus ingresos). Esta, a la vez, está subsidiando el SBS con la infraestructura, la mano de obra y los gastos de mantenimiento.

De la misma forma, los municipios están apoyando el funcionamiento del SBS (es su obligación) disponiendo la infraestructura y el mantenimiento de los centros de salud públicos, mientras que las prefecturas departamentales lo hacen pagando al recurso humano que produce las prestaciones del SBS.

Aparte de los mencionados subsidios, el SBS ha tenido y tiene acceso a préstamos de parte de la cooperación internacional, sobre todo del Banco Mundial. El aporte financiero de éste alcanza los 10 millones de dólares y requiere un cierto co-financiamiento de parte de actores locales y está destinado a inversiones en infraestructura, equipamiento y proyectos integrados en salud.

Distribuido por el Mecanismo de Asignación de Recursos (MAR), este fondo tiene que cumplir las condiciones de ubicación geográfica, unidad funcional, recursos hu-

automáticamente por el Ministerio de Hacienda en las cuentas respectivas y administrados por el Gobierno Municipal. Estos fondos cubrirán los costos de medicamentos e insumos (excluyendo vacunas, jeringas y otros insumos esenciales provistos por el nivel central), costo de reposición de materiales, costo de consulta externa, hospitalización, exámenes auxiliares, diagnósticos, visita domiciliaria, costo de viáticos y carburantes, para la atención de comunidades rurales sin servicios de salud, y costo de transporte de pacientes en casos de emergencia obstétrica.

b. Saldos de las cuentas de los Fondos Locales Compensatorios de Salud establecidos mediante Decreto Supremo N° 24303.

c. Recursos asignados por el Tesoro General de la Nación para el pago del personal de salud, consignados en la planilla actual del sector salud.

d. Recursos de la cooperación bilateral, multilateral o de otras instituciones u organismos, aportados en especie o en efectivo.



manos, perfiles de proyecto, seguro básico, compromiso de contraparte y acuerdo de actuación.

4. Beneficios provistos por el SBS

De acuerdo con las patologías más importantes, el SBS está otorgando un paquete bien definido de, actualmente, 76 prestaciones de salud, que cubren los problemas epidemiológicos más apremiantes del país y están enfocados principalmente en los problemas de maternidad y niñez. Los(as) beneficiarios(as) del SBS tienen acceso únicamente a este paquete de prestaciones; oficialmente, no existe el derecho de atenderse por otras patologías aprovechando la misma modalidad, aunque en contados casos, se aplica la ampliación del paquete por algunos(as) prestadores(as) en caso de emergencia u otro problema grave.

El acceso a las prestaciones incluidas en el SBS, en teoría, no sufre ninguna clase de limitación, aunque en la práctica, la competencia técnica, la capacidad resolutive del servicio o la falta de insumos y medicamentos, pueden llevar a la imposibilidad de otorgar las mismas, en áreas aisladas. Las prestaciones del SBS son otorgadas dentro de un "mecanismo de capitación activa" que incluye dos pasos separados: el pre-pago de los fondos del seguro, por parte del Tesoro General de la Nación, y el pago por servicio, de los municipios a los proveedores, según las prestaciones producidas por los últimos.

Los(as) usuarios(as) del SBS pueden recurrir esencialmente a servicios públicos, abiertos en principio a toda la población, pero por razones de status socioeconómico usados en su gran mayoría por grupos sociales bajos. El nivel, en general, es modesto pero satisfactorio, y se observa una cierta mejora técnica en las instalaciones (a base de la ayuda de la cooperación internacional dirigida a apoyar la implementación y funcionamiento del SBS); sin embargo, los presupuestos limitados y también la formación de la mano de obra imponen ciertas limitaciones fundamentales en lo que tiene que ver con la hotelería y la calidad y calidez de atención.

Las prestaciones promocionales se limitan prácticamente a la anticoncepción; las prestaciones preventivas, a las campañas de vacunación (OPV, MMR, BCG, Pentavalente (DPT, Hepatitis B y HI-B) alcanzando un nivel de vacunación total del 80.88% de los niños hasta el primer año, un nivel aceptable y bueno.

Al presente, se consideró ampliar las prestaciones: para el tratamiento de la hemorragia de la primera mitad del embarazo (aspiración manual endouterina-AMEU); detección y tratamiento precoz del cáncer cérvico-uterino (Papanicolaou-PAP, procesamiento de PAP, colposcopia, biopsia y conización del cuello uterino); anticoncepción (condón) y manejo sindrómico de las ITS.

En cuanto a las prestaciones de laboratorio y servicios auxiliares, estas incluyen análisis de laboratorio, ecografía y uso de incubadora simple, las mismas que dependen de la complejidad del servicio de salud ofertante; más allá, el SBS no provee ningún otro método diagnóstico específico y excluye expresamente la radiológica. El paquete de prestaciones no incluye ningún tratamiento ambulatorio especializado.



La hospitalización de los(as) beneficiarios(as) del SBS se realiza exclusivamente en los centros hospitalarios, en menor grado en las maternidades de bajo riesgo (urbanas y rurales), y rara vez, en los puestos de salud (con auxiliar de enfermería). La hotelería es aceptable, incluye ropa de cama, comida y servicios básicos. Tanto el diagnóstico como el tratamiento médico en sala se ven determinados por el conjunto de prestaciones del SBS, que considera, sin embargo, tanto los aspectos médico-salubristas como económicos y se define por una buena relación costo-beneficio.

Puesto que el SBS está enfocado primordialmente hacia la superación de la alta tasa de morbilidad y mortalidad en relación con patologías asociadas al embarazo, parto, puerperio y el recién nacido, la cobertura de las prestaciones de maternidad es bastante amplia y abarca actividades como el control prenatal, y las complicaciones más frecuentes, asociadas a morbimortalidad materna y perinatal, como el tratamiento de la hemorragia, infecciones, preeclampsia, atención del parto institucional o por personal capacitado y control posnatal.

La calidad de estas prestaciones depende principalmente del tipo de establecimiento y del personal encargado, lo que hace suponer una amplia diversidad, dentro de los estándares y las normas de atención vigentes en el país.

El SBS cubre el costo de los medicamentos incluidos en el paquete; sin embargo, en la práctica, el suministro de los medicamentos por parte de las entidades públicas encargadas en el ámbito nacional y departamental (CEASS y URES, respectivamente) presenta algunos "cuellos de botella", ya que no siempre están disponibles en su totalidad.

El SBS incluye el transporte de pacientes a centros de mayor resolución sólo en caso de una emergencia obstétrica. No está cubierto el transporte de pacientes con otro tipo de urgencia (el Proyecto de reglamento del SBS 2000, incluye las emergencias pediátricas en este servicio).

El SBS incluye únicamente 76 prestaciones, no contemplando otra clase de beneficios y obligando a los(as) usuarios(as) a financiar los mismos. Las prestaciones del SBS se reembolsan a los proveedores por cuenta de los municipios en base a un sistema de pago por servicio, de acuerdo con tarifas establecidas por el seguro y sus respectivos reglamentos legales.

Un problema fundamental en cuanto al sistema de financiamiento del SBS está representado por el hecho de que los ingresos del Estado por concepto de impuestos y aduana tiende a variar, lo que podría derivar en el problema de una disminución notoria de ingresos.

Por otra parte, la distribución de los fondos del Tesoro General de la Nación se basa en los resultados del censo de 1992, los mismos que no reflejan necesariamente las poblaciones municipales reales para el año 2000; de todas formas, el año 2001 se realizará un nuevo Censo de población, aspecto que resolverá este problema.

Un aspecto a analizar, surge de la opción de los usuarios de recurrir a prestadores en todo el país (a pesar de que el acceso a los servicios del SBS debe hacerse a través de los establecimientos de primer nivel); esto conlleva algunos inconvenientes de control para los prestadores y para los gobiernos municipales, un procedimiento a veces



complicado de pagos intermunicipales, que se refiere a menudo a pequeñas cantidades, que no justificarían el empeño.⁶⁶

5. Reglas de afiliación

El SBS no prevé ninguna clase de regulación de la afiliación puesto que está abierto, en teoría, para toda la población⁷; sin embargo, el paquete de prestaciones de la oferta del SBS va dirigido principalmente a los sectores deprimidos del país y a aquellos con acceso limitado a los servicios de salud, principalmente por barreras económicas y geográficas.

Dadas las condiciones socio-epidemiológicas, esta estrategia tiende a representar una selección adversa que sistemáticamente conduciría a una mezcla desfavorable de riesgos de los beneficiarios según la lógica clásica de un seguro de salud. Como el SBS fue diseñado especialmente para los sectores más desprotegidos de la sociedad que carecían de seguro de salud y atención médica, no se introdujeron mecanismos para influenciar la mezcla del riesgo de los asegurados. Como única forma de manejo de riesgo se podría considerar la exclusión de algunas patologías como el parto prematuro, carcinomas y SIDA.

En cuanto al manejo del riesgo, en el esquema del SBS no está previsto ningún tipo de reaseguro en caso de insuficiencia de los fondos o de incapacidad de liquidación de un municipio. No se descarta un aporte fiscal especial para amortiguar el impacto de un cuadro epidémico o endémico especial, pero en definitiva el riesgo financiero recae en los prestadores del SBS que por su parte lo pueden transferir a los usuarios, no atendiendo o cobrando por los servicios brindados (teóricamente cubiertos por el seguro).

6. Promoción del SBS

La introducción de la estrategia fue acompañada por una campaña publicitaria en TV, radio, folletos y reuniones informativas tanto para los prestadores como los beneficiarios (en grupos organizados, sociedad civil, autoridades municipales y comunitarias y población general). Sin embargo, el impacto de las campañas informativas parece ser extremadamente bajo, encuestas realizadas a principios del 2000 señalan una tasa de conocimiento aceptable sobre el SBS, entre un 5 y 8 % de la población.

⁶ Reglamento del D.S. N° 25265. Art. 8, inc. II, j: El municipio se encargará de transferir fondos a otros municipios, por atenciones realizadas a usuarios de su jurisdicción, a la presentación del CAPO (Form.5) y formularios de respaldo (1, 2, 3, 4^a y 4c) originales. Las Unidades Nacional y Departamentales de Gestión del SBS apoyarán las gestiones municipales para la transferencia oportuna de prestaciones entre los municipios. Las transferencias de fondos por las prestaciones intermunicipales deberán efectuarse en un plazo de 30 días.

⁷ Decreto Supremo N° 25265. Art. 3. El acceso al SBS es un derecho garantizado por el Estado y es gratuito para los usuarios y las usuarias. Están protegidos por el SBS, todos los habitantes del país, dentro del límite de las prestaciones establecidas en este decreto.



7. Aspectos legales, constitución

El SBS fue creado el 31 de diciembre de 1998, mediante Decreto Supremo N° 25265, y reglamentado en fecha 7 de mayo de 1999, mediante Resolución Ministerial N° 25265 (la misma que actualmente está en revisión). El SBS se rige por la legislación aplicable y no necesita licencia de funcionamiento. La regulación impositiva determina que están exentos de impuestos los proveedores públicos y el mismo SBS, mientras que la Seguridad Social y las ONGs deben pagarlos. La Supervisión está regulada por la Ley SAFCO. La estructura administrativa y organizativa fue implementada por el Ministerio de Salud y Previsión Social, y se inserta en el Sistema Público de Salud con participación de la Seguridad Social.

8. Administración

Los Gobiernos Municipales son los responsables del proceso de afiliación, pero en la mayoría de los casos, delegaron esta tarea a los(as) prestadores(as) de salud de su jurisdicción o área⁸ (esto último está contemplado en el Reglamento del SBS). No existen datos (al presente) ni sobre la cantidad de afiliados ni sobre la tasa de afiliación.

Dado el descrito esquema de financiamiento, no se precisan medios administrativos para organizar la recolección de las contribuciones. El SBS no tiene relaciones contractuales directas con los proveedores, en el caso del primer nivel de atención, es la representación regional del Ministerio de Salud y los municipios que contratan a los prestadores, en el segundo y tercer nivel de atención, el convenio se firma entre el municipio y el prestador. Para todos(as) los(as) pacientes, el personal de salud tiene que llenar una serie de formularios estandarizados que son la base de las facturas que ellos presentan a las autoridades municipales.

El manejo financiero del primer nivel de atención está a cargo de las autoridades departamentales de salud; en el segundo y tercer nivel, a cargo del equipo prestador, aunque con todos los proveedores, el municipio es el que tiene la capacidad de controlar el uso de los fondos cancelados por concepto del SBS.

Los prestadores están obligados por ley a gastar los ingresos que provienen del SBS, en primer lugar, en medicamentos e insumos requeridos para las prestaciones del mismo, y sólo en caso de que haya superávit, lo pueden disponer en mantenimiento, inversiones u otras necesidades del establecimiento. Está prohibido gastar este dinero en otros rubros.

⁸ Reglamento del D.S. N° 25265. Art. 3, I. Será responsabilidad del Gobierno Municipal el proceso de afiliación, mantener una lista actualizada y permanente de su población asegurada, así como la conservación de Libros de Registro de Afiliación, de acuerdo a disposiciones vigentes.

II. El municipio deberá realizar la carnetización de la población de su jurisdicción, permanentemente; asimismo, deberá realizar campañas de carnetización.

III. El municipio podrá delegar la carnetización a establecimientos de salud, hospitales, organizaciones culturales, etc., quienes, igualmente, deberán realizar la carnetización en forma permanente.

IV. La utilización del carné, en la primera atención, no es indispensable; se deberá exigir el mismo en las atenciones posteriores.



La afiliación de usuarios(as) del SBS se realiza de forma individual en el momento en que una persona (o un niño con sus padres) se presenta ante el gobierno municipal o un centro de salud. El beneficiario recibe un carnet de afiliación que puede enseñar en cualquier establecimiento de salud en caso de necesidad. La carnetización no representa un requisito imprescindible para la atención médica⁸. Esta puede ser una de las razones por la que las campañas de afiliación y por tanto de registro de la población no han tenido el éxito deseado. Vale destacar que no existe ninguna clase de incentivo ni para los prestadores ni para los beneficiarios para inscribirse en el SBS.

Una vez al mes, los prestadores de servicios de salud entregan a los municipios, los Certificados Agregados de Prestaciones Otorgadas (CAPO), con la cantidad de cada una de las prestaciones otorgadas en ese período y el valor sumado de las mismas. Para tal efecto se usan listas impresas en papel, no existe un sistema computarizado o automatizado (a pesar de que existen guías técnicas y administrativas al respecto, algunos municipios reclaman la mala calidad técnica de las facturas que reciben). Más allá de los errores simples y de problemas de envío en algunas áreas aisladas, los municipios tienen que enfrentar un problema de riesgo moral de parte de los proveedores y depende de su capacidad de control, el evitar que aquellos les cobren por prestaciones no otorgadas.

La relación entre el SBS y sus beneficiarios se formaliza con la otorgación de carnets y una lista de afiliación. Los prestadores de salud usan los siguientes formularios: Registro de paciente ambulatorio y hospitalizado, formularios de diagnóstico, formularios de transporte obstétrico de emergencia, formulario de visita a comunidad y el "CAPO", además de otros formularios médicos e historias clínicas. En caso de que otros proveedores quieran participar en el SBS, tendrían que usar el mismo tipo de formularios.

El SBS define un marco general para el manejo financiero de los recursos destinados a la prestación de los servicios del paquete. En términos generales, el SBS no es un ente propio sino más bien una estrategia implementada por el Ministerio de Salud, con la colaboración de varios prestadores de salud. Por lo tanto, el SBS no está a cargo ni de la gestión financiera de los recursos ni es responsable de los sistemas de control del presupuesto. La fuente de datos en la cual está basado el SBS es fundamentalmente el Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) a pesar de que éste cuenta con una serie de limitaciones cuantitativas y cualitativas que afectan sobre todo la confiabilidad y la comparabilidad horizontal de los datos. Por otra parte, el SBS no cuenta con un sistema propio de contabilidad y se basa en los sistemas existentes.

A pesar de una clara definición de las organizaciones responsables del control, el SBS no provee herramientas estandarizadas ni procesos sistémicos de control y seguimiento, lo que dificulta la detección de problemas administrativos en el nivel local. La estructura tricefálica: Gobierno Nacional (reglas y normas), Prefecturas (mano de obra) y Gobiernos Municipales (infraestructura y gastos corrientes) hace al SBS, especialmente susceptible a influencias foráneas que podrían afectar su funcionamiento.

El SBS no cuenta con recurso humano propio. El personal del nivel gerencial es dependiente del MSPS; el operativo, del sector público, pagado a través de sus represen-



taciones departamentales o por la Seguridad Social, con fondos propios y estatales. En general, el costo de la mano de obra del SBS está subvencionado en un cien por ciento. Los prestadores se ven afectados por un aumento en la demanda de servicios (prestaciones del SBS). El SBS no cuenta con oficinas locales ni transporte propio. En cuanto al equipamiento, se utiliza el existente en el Ministerio, los SEDES y los establecimientos de salud.

Siendo un programa de política social, el SBS no tiene autonomía, sino depende totalmente del Ministerio de Salud. Sin embargo, tomando en cuenta la importancia que el SBS tiene dentro del Proyecto de Reforma de Salud, hay que suponer una cierta influencia recíproca que puede afectar el marco del SBS.

El SBS está diseñado para cubrir el país entero, tanto las áreas rurales como las ciudades. Por lo tanto, la infraestructura es muy variable según las condiciones geográficas, poblacionales y climáticas. Especialmente fuera de los grandes centros urbanos, el transporte se ve complicado y hasta limitado y más allá de diversos problemas de infraestructura existe influencia estacional en el acceso desde el área rural. Vale destacar que Bolivia cuenta con diversos pisos ecológicos (altiplano, valle y llanos).

9. Provisión de salud

El SBS está operando en toda Bolivia. La infraestructura completa abarca a 2.230 prestadores de salud (2,029 públicos y 201 de la Seguridad Social), de los cuales, el grupo más importante lo representan los puestos de salud (un total de 1,304) y los centros de salud (596) a los que se unen 97 hospitales básicos, 23 institutos especializados y 9 hospitales generales. Los establecimientos de la Seguridad Social se distribuyen de la siguiente manera: 119 centros de salud, 28 hospitales básicos y 25 generales, 23 puestos de salud y 6 institutos.

Los establecimientos que forman la red de prestadores del SBS se distribuyen en los nueve departamentos del país. En cuanto a la distribución regional se observa una mayor cobertura y densidad de establecimientos sanitarios en las ciudades del eje (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, El Alto, así como en Oruro).

En el área rural se evidencian más puestos de salud que hospitales. La Seguridad Social complementa la red pública disponible para el SBS, sobre todo en ciudades grandes. El SBS opera con proveedores del sector público y la Seguridad Social. El seguro puede contratar ONGs, lo que hasta la fecha no se ha dado, debido a que por lo general, éstas trabajan con recuperación de costos, los mismos que superan los estándares supuestos para pago por las prestaciones ofertadas por el SBS. Sin embargo, en área rural, algunas ONG forman parte de la red de prestadores del Estado, incorporada en el SBS. En ningún caso, el SBS procede a reembolsar facturas externas.



El SBS limita el acceso de pacientes a los prestadores públicos y de la Seguridad Social. En teoría, el acceso está restringido al primer nivel de atención, sin embargo, en la práctica, el beneficiario puede acceder al 2do y 3er nivel de los sectores involucrados⁹.

El perfil de los prestadores del SBS es variable. En el caso de los hospitales, sus facilidades son generalmente aceptables, la hotelería incluye cama con ropa, comida y atenciones básicas, la capacidad resolutoria depende del tamaño y del grado de complejidad y especialización del establecimiento. En general, cuentan con servicios de laboratorio, imagenología, ecografía - sólo obstétrica para el SBS - y farmacia (el segundo nivel ofrece las especialidades básicas y el tercero, algunas sub-especialidades).

El primer nivel de atención ofrece los servicios de laboratorio, imagenología y farmacia cubiertos por el paquete, incluida la oferta racional de métodos anticonceptivos. Más allá de los mencionados centros, el SBS trata de incorporar otros proveedores como los RPS y parteras.

Hasta la fecha no existen guías para el control de calidad de las prestaciones otorgadas por el SBS.

10. Pago a prestadores

Los(as) prestadores(as) reciben el pago por las prestaciones otorgadas, dentro del esquema del SBS, por parte de los municipios, en base a los CAPOs que entregan una vez al mes. El pago se realiza por servicios del paquete (fee-for-service). Los proveedores del segundo y sobre todo del tercer nivel critican el que las tarifas previstas por el SBS no cubren los costos. En este sentido, la implementación del SBS puede convertirse en un incentivo para mejorar la contabilidad de costos.

El mencionado sistema de pago se aplica con todos los prestadores incorporados en el esquema del SBS, aunque en el primer nivel, el reembolso individual se puede sustituir por un sistema de reembolso a grupos de proveedores, por parte del municipio. En cuanto a los medicamentos, los precios de los productos vendidos por el CEASS o las URES se basan en una lista de tarifas dejando a los prestadores la opción de conseguir los medicamentos e insumos de otra fuente, en el caso de existir una oferta más económica.

Los hospitales y puestos de salud tienen que presentar los CAPO del mes transcurrido, hasta el 5º día del mes siguiente. Normalmente se transfieren directamente, por mensajero, igual que las adquisiciones de farmacia, lo que puede resultar difícil en áreas aisladas. El pago se puede efectuar por cheque o en efectivo, significando el primer caso una demora técnica de unos diez días.

⁹ Reglamento del D.S. N° 25265. Art.4, I. El acceso al SBS será a través de los establecimientos del primer nivel. De no existir en la localidad servicios de primer nivel, se podrá acceder por cualquier establecimiento adscrito al SBS.

II. El acceso de pacientes a hospitales de segundo y tercer nivel será a través de referencia de los establecimientos del primer nivel de atención o de múltiples prestadores que no tengan la capacidad de resolución del problema.

III. La atención será inmediata e inexcusable en cualquier nivel de atención, en caso de emergencia (en las prestaciones del SBS).



Por parte de los prestadores, la demora en el pago de las prestaciones otorgadas para los usuarios del SBS puede reducir el grado de cumplimiento y conducir a una mayor inclinación al riesgo moral que hay que suponer dada sus limitadas opciones de participar activamente en la creación del esquema.

11. Perfil financiero

El SBS no provee utilidades, ni para el seguro mismo ni para los proveedores de los servicios de salud. El superávit debe reinvertirse en insumos y medicamentos del SBS y en mantenimiento.

Los gastos del SBS se limitan a lo que el Tesoro General de la Nación transfiere a los municipios: Bs. 38'284,164 en 1999. Los gastos para el año 2000 no se pueden estimar a esta fecha.

Los datos existentes no permiten la diferenciación entre los distintos tipos de prestaciones o prestadores. La balanza corriente contó con un ingreso total de Bs. 49'164,311 en 1999 y Bs. 66'762,799, el 2000. Dado que no se gastó la totalidad de los recursos destinados al SBS, el Seguro inició el año 2000 con un superávit de Bs. 10'880,146. Entre enero y julio de 2000 los Gobiernos Municipales habían transferido a los prestadores de salud la suma de Bs. 2'549,960 del presupuesto total de Bs. 9'075,713 lo que representa solo un 39% de los fondos disponibles.

12. Implicaciones

En la práctica, para la gran mayoría de los estratos sociales bajos y medio bajos, la afiliación al SBS no tiene ningún efecto en el acceso a los servicios de salud, dado que los afiliados tienen que enfrentar los mismos problemas que los no-afiliados para acudir a los prestadores públicos.

Además, a pesar de que la afiliación al SBS es considerada por sus creadores como una estrategia para intensificar la relación de la población con las estructuras públicas y el mismo SBS, el hecho de que el acceso al paquete de prestaciones del SBS no requiera el carnet de afiliación constituye una especie de anti-incentivo para los(as) potenciales usuarios(as). En todo caso, el acceso a los servicios de salud, en el concepto del SBS, depende estrictamente de la compatibilidad de la patología presentada con el paquete definido.

Se produjo un importante incremento de la demanda de servicios, producto de la implementación del SBS; sin embargo, en apariencia, no se saturaron los servicios, ni en infraestructura ni recurso humano, llegando a cubrirse las necesidades generadas en la población.

En el sector público, la calidad de atención puede disminuir en algunos establecimientos, debido, especialmente a la no cancelación por las prestaciones (los municipios no



pagan o pagan con mucha demora) imposibilitando garantizar el funcionamiento de sus servicios.¹⁰

El financiamiento de agencias internacionales, en apoyo al SBS (DFID, ICA) ha contribuido al mejoramiento de los establecimientos lo que permitiría aumentar la capacidad resolutoria y la calidad de los servicios; sin embargo, se observa una tendencia a discriminar a los(as) usuarios(as), por parte de los equipos, tanto médico como administrativo, simplemente por ser beneficiarios(as) del SBS, lo que afectaría la calidad de atención.

Actualmente, a nivel nacional, se observa una subutilización de los recursos del subsector público, especialmente en área rural.

Problemas cuantitativos se dan en los hospitales de segundo y sobre todo tercer nivel, parcialmente, debido al flujo incontrolado de pacientes y a la falta de una función de control de acceso.

El Mecanismo de Asignación de Recursos (MAR) previsto en el Proyecto de Reforma de Salud, financiado por el Banco Mundial, prevé recursos adicionales, otorgados por contrapartes locales que se destinarán al mejoramiento y la complementación de la infraestructura.

Por otra parte, el SBS representa un fuerte incentivo para los prestadores de implementar un sistema efectivo de contabilidad y cálculos de tarifas.

13. Perfil estadístico

La información correspondiente a 1999 resulta de la sumatoria de beneficiarios(as) del Seguro de Maternidad y Niñez y del SBS (que empezó en agosto de 1999).

Considerando información de diversas fuentes (ENDSA - 94 – 98, SNIS, Informe de Desarrollo Humano en Bolivia, etc.) nos permitimos mostrar alguna información poblacional e indicadores relevantes sobre acceso y atención en el marco del Seguro Básico de Salud:

La población beneficiaria potencial del Seguro Básico de Salud es, en último término, el total de la población boliviana, que para el año 2000, según proyecciones del INE, es de:

Hombres	4'143,790
Mujeres	4'184,910
TOTAL	8'328,700

¹⁰ Reglamento del D.S. N° 25265. Art.18, Inc. II. Si los Municipios no realizan la transferencia de recursos por los servicios certificados dentro del plazo fijado en el Art. 8, Inc. II, j) de la presente Resolución Ministerial, se comunicará a la autoridad municipal y se le solicitará la sanción que corresponda al funcionario responsable. Transcurridos 30 días de la fecha límite establecida para la transferencia de recursos, los servicios relacionados con el SBS. A los 60 días del incumplimiento, se publicará la morosidad en medios de comunicación departamentales y nacionales.



Según el ENDSA-98, el tamaño promedio de los hogares bolivianos corresponde a 4,2 personas por hogar. El número de hogares en Bolivia es de 1'983,023.8. El promedio de ingreso mensual familiar de ambos, hombres y mujeres, es de Bs. 993.71.

El número de pacientes de consulta externa, considera a niños y niñas menores de 5 años incluyendo consultas ambulatorias por problemas de salud, sin tomar en cuenta los contactos con personal de salud para inmunización:

Casos en consulta externa:

	1999	2000
0 a < 1 año	1' 248,705	1' 251,363
0 - 5 años	1' 196,536	1' 210,611
TOTAL (ambos sexos)	8' 137,226	8' 328,772

En 1999, se tuvieron 358,982 admisiones; la gran mayoría de estas (323,736 casos) ocurrieron a través de un contacto directo entre los(as) beneficiarios(as) y los(as) proveedores de salud. Solo 35,246 pacientes fueron referidos (as) de otros niveles de atención. De enero a junio del 2000, la cifra correspondió a 181,039 pacientes; 166,355 accedieron directamente a los servicios de salud y 14,684 fueron referidos(as).

La tasa de mortalidad materna determinada en 1994 por la ENDSA de 1994 (corresponde aproximadamente a 1991) se estimó en 390 por cien mil nacidos vivos. Existen proyecciones que muestran que se produciría una reducción de la misma, a 337 defunciones maternas por cien mil en 1995 y 249 por cien mil para el año 2000.

En cuanto a indicadores de fertilidad, con información de la ENDSA de 1994 y 1998, la Tasa Global de Fertilidad se calcula en 4.8 para 1994, y 4.2 para 1998.

Diferenciada por nivel de escolaridad nos muestra los siguientes valores (1998):

Sin educación	7,1
Bajo nivel de escolaridad	5,8
Escolaridad media	4,6
Escolaridad superior	2,7
Diferenciada por lugar de residencia	
Urbana	3,3
Rural	6,4



14. Autoridades de salud, rol del Estado

La supervisión del esquema de seguro recae en la responsabilidad del Ministerio de Salud y Previsión Social y de sus representaciones departamentales así como de las autoridades municipales a nivel local. La regulación se basa en las siguientes disposiciones: Resoluciones ministeriales No. 187/99 y 240/99, Decretos Supremos No. 25265 y 25574 y resolución ministerial No. 0333/99.

Ni la implementación ni el funcionamiento del SBS están condicionados por el mercado. El SBS cuenta con un decidido apoyo por parte del MSPS y el aporte necesario por el Ministerio de Hacienda. Existe la intención de descentralizar la responsabilidad regulatoria de acuerdo con las disposiciones nacionales existentes. La regulación de los prestadores recae en última instancia en la responsabilidad de los municipios. Sin embargo, el hecho de que la mano de obra es pagada y controlada por las prefecturas limitaría la influencia de las municipalidades y obstaculizaría la implementación de cambios en el subsector público.

15. Planes para los próximos años

Desarrollo de una Red Pública Descentralizada y Comunitaria como mecanismo de reaseguro a nivel departamental o nacional a fin de garantizar una mejor compensación.

Promoción de actividades de salud familiar y estilos de vida saludables.

Introducción de mecanismos por capitación en el pago a los proveedores.

Ampliación del actual paquete de prestaciones, al inicio a servicios de pediatría y a mediano plazo a un paquete integral.

Diversificación de las fuentes de financiamiento.

Diversificación de los prestadores, incluyendo el subsector privado.

Efectiva superación de las barreras culturales persistentes a pesar de las intenciones contrarias del SBS.

Implementación de una Carta de la mujer Embarazada y posteriormente, una Carta de pacientes.

Introducción de mecanismos de control de calidad.

A largo plazo: Implementación de un Seguro Integral Universal de Salud.

16. Resumen

16.1. Principales observaciones

El SBS, organizado como una estrategia dirigida a eliminar la barrera económica de acceso a los servicios de salud, tuvo la participación de diversas estructuras comunitarias y de la red de servicios del país; sin embargo, como todo sistema de seguro, tiene una estructura vertical, con pocos elementos de carácter ascendente (comunitarios). Esta estructura evidencia algunas consecuencias, resumidas en los siguientes aspectos:



El poco conocimiento del SBS y sus servicios por parte de la población, los trabajadores de salud y el personal municipal debido a que los SEDES, Distritos y Municipios, en apariencia no asumieron un papel protagónico al respecto.

Poca utilización de los recursos de SBS en muchas áreas. Esto puede deberse al limitado conocimiento de la población sobre las prestaciones. También, debido a oportunidades perdidas de oferta de servicios por parte de los(as) prestadores(as) en la red de servicios.

La débil participación de los proveedores de servicios en la toma de decisiones.

La limitada participación de ONGs urbanas en las prestaciones del SBS, que parecen responder a sistemas de recuperación de costos. En área rural, las ONGs son parte de las redes de servicios y promueven el SBS al igual que el Estado.

Se observan algunos aspectos burocráticos que generarían "cuellos de botella", especialmente en lo que hace a la provisión de insumos y medicamentos para cubrir las prestaciones del SBS. Sin embargo, más que del nivel central son aspectos de gestión y operativos de los niveles departamentales y distritales ya que no se consolida un manejo racional y horizontal de un sistema de administración logística que asegure la provisión oportuna de insumos y medicamentos. Por otro lado, si bien el CEASS y URES no tienen la capacidad de proveer todos los medicamentos del SBS, en su reglamentación permite la adquisición de otras fuentes a fin de garantizar la presencia de medicamentos e insumos en los servicios (solicitando una cotización al CEASS o URES).¹¹

Poca flexibilidad. Esto inhabilita al esquema para reaccionar ante fenómenos locales específicos (por ejemplo las diversas tasas de prevalencia de tuberculosis: 126/100.000 como promedio nacional, que se incrementa a 750/100.000 en algunas áreas). Una mayor flexibilidad en el uso de los ingresos por el SBS permitiría añadir programas específicos o activos al paquete básico, sin cambiarlo. Sin embargo, se observa que quienes son responsables de manejar los fondos del SBS, no siempre lo hacen adecuadamente; además, a pesar de ser un fondo que debe disponerse exclusivamente para la adquisición de insumos y medicamentos del SBS, se ha venido usando discrecionalmente por algunos municipios.

Los subsidios ocultos importantes: Un subsidio del SBS es concedido por los gobiernos municipales, que invierten en la infraestructura, mantenimiento de los servicios de salud; es un costo que está establecido por la Ley N° 1551.¹²

¹¹ Reglamento del D.S. N° 25265. Art. 13, inc.I: Las Direcciones de los Distritos de Salud y establecimientos de segundo y tercer nivel de atención adquirirán los medicamentos e insumos médicos y de laboratorio de las URES, aplicando criterios de calidad, oportunidad y precio. En caso de falta de disponibilidad o mejor opción económica, estos bienes podrán ser adquiridos de otros proveedores legalmente establecidos. Inc IV: Para la adquisición de medicamentos esenciales e insumos médicos, los compradores del sector público deberán necesariamente solicitar una cotización al CEASS o URES.

¹² Ley de Participación Popular. Art. 13: Se transfiere a título gratuito a favor de los Gobiernos Municipales, el derecho de propiedad sobre los bienes, muebles e inmuebles afectados a la infraestructura física de los servicios públicos en salud... (inciso a) Hospitales de 2° y 3er nivel, hospitales de distrito, centros de salud de áreas y puestos sanitarios...).



Existe, al presente, un debate sobre los costos de agua, electricidad y teléfono (los gobiernos municipales quieren transferirlos a los centros de salud), sin embargo, la misma Ley 1551 estipula que se amplían las competencias municipales para estos servicios,¹³ y que son responsables del mantenimiento de la infraestructura y los servicios.

Otro subsidio importante del SBS es dado por el Gobierno Departamental, que paga la fuerza de trabajo. Este aspecto no es importante en este momento si se ve al SBS como una estrategia social, pero podría ser relevante al momento de extenderse a un sistema de seguro universal.

Debido al actual carácter del SBS, como una estrategia de la política social, los subsidios que son importantes de considerar en un análisis sistémico del seguro, podrían ser de poca importancia. No obstante, la forma en que el SBS está volviéndose amplio e integral, y el papel relevante que la Reforma de Salud ha cumplido, el impacto de estos aspectos podría incrementarse y afectar el funcionamiento del esquema.

El retraso en el pago a los servicios de salud por las prestaciones, tendría las siguientes causas:

A pesar de existir una regulación que garantizaría la cancelación oportuna por las prestaciones,¹⁴ no se cumple a cabalidad porque no existe voluntad ni compromiso de las autoridades de los Gobiernos Municipales con su pueblo. Si éste último pudiera ejercer sus derechos, forzaría a sus autoridades a cancelar las prestaciones.

Los recursos financieros insuficientes en un par de casos.

Dada la involucración de los niveles municipal y departamental en la ejecución de los programas, tanto los intereses partidistas como la frecuente rotación de los responsables políticos tienden a afectar el SBS. Las peleas de tipo político y la competencia entre los distintos partidos conlleva el peligro de obstaculizar la implementación y el futuro perfeccionamiento del seguro. Por ahora, el SBS

¹³ Ley de Participación Popular. Art. 14: Se amplían todas las competencias municipales al ámbito rural de su jurisdicción territorial. Además de lo establecido en el Art. 9 de la Ley Orgánica de Municipalidades, se amplía la competencia municipal para: (Inciso a): administrar y controlar el equipamiento, mantenimiento y mejoramiento de los bienes inmuebles de propiedad del Gobierno Municipal, incluyendo los transferidos por la presente Ley, reglamentando su uso. (Inciso b): Dotar el equipamiento, mobiliario, material didáctico, insumos, suministros incluyendo medicamentos y alimentos en los servicios de salud, administrando y supervisando su uso, para un adecuado funcionamiento de la infraestructura y los servicios de salud.

¹⁴ Reglamento del D.S. N° 25265. Art. 8, inc. II, h: Los Gobiernos Municipales recibirán los CAPO y los documentos respaldatorios y emitirán los cheques correspondientes en un plazo máximo de "10 días hábiles" después de haber recibido los certificados. En caso de encontrar errores contables, se deducirán de la transferencia del mes siguiente.

Reglamento del D.S. N° 25265. Art. 14, inc. II: Si los Municipios no realizan la transferencia de recursos por los servicios certificados dentro del plazo fijado de la presente Resolución Ministerial, se comunicará a la autoridad municipal y se le solicitará la sanción que corresponda al funcionario responsable. Transcurridos 30 días de la fecha límite establecida para la transferencia de recursos, los servicios de salud notificarán al municipio respectivo la suspensión de la prestación de servicios relacionados con el SBS. A los 60 días del incumplimiento, se publicará la morosidad en medios de comunicación departamentales y nacionales.



ofrece débiles mecanismos de defensa contra la injerencia de intereses político-partidarios.

16.2. Principales logros

El SBS puede ser considerado como bueno y eficaz, aplicado básicamente en las áreas más pobres del país. Así, el SBS, como está trabajando en este momento, es más bien una estrategia social que un seguro en el estricto significado de la palabra.

Esta estrategia social (SBS) se basa en la oportunidad de acceso irrestricto de las personas a los servicios de salud según su necesidad real, y tiende a mejorar la situación de salud de la gran mayoría de la población en Bolivia. El SBS practica una intencional selección adversa hacia la mayoría de la población no privilegiada, atrayendo los sectores más pobres y aplicando una discriminación sutil de las clase media y alta (que utiliza sistemas de seguridad o consulta privada). Esto, que a veces se constituye en un problema sistémico para los esquemas de seguro convencionales, resulta tener efectos positivos en la política del SBS.

La aplicación del SBS ha contribuido a mejorar en forma relevante la cobertura de atención en patologías epidemiológicamente prioritarias, aunque, es difícil atribuir estos efectos exclusivamente al SBS. La información no permite conclusiones consistentes.

En un tiempo perentorio, se espera un aumento considerable de la situación epidemiológica básica producto de las prestaciones de salud en el marco del SBS.

En el largo plazo podría ser difícil diferenciar los efectos del SBS frente a los cambios esperados en las condiciones de vida, que se espera, se produzcan simultáneamente.

Producto de la implementación del SBS el país recibió importante financiamiento de donantes internacionales a fin de mejorar las condiciones del sector salud y promover las mejoras necesarias en infraestructura, dirigidas a elevar las condiciones de salud de los bolivianos.

16.3. Impactos negativos

El limitado conocimiento de las prestaciones del SBS, por parte de la población, podría inducir a la generación de expectativas no realistas y quizá exageradas frente al mismo. Esto implicaría el riesgo de alguna mala interpretación, en caso de requerir prestaciones no contempladas en el mismo, generando en algún momento coberturas decrecientes.

16.4. Monitoreo y fuentes de indicadores

Se intenta desarrollar el seguimiento de varios indicadores concernientes a la administración y funcionamiento del seguro; sin embargo, la información no siempre es completa. Existe alguna información disponible sobre los aspectos financieros y el número de personas aseguradas. Se usan datos de salud recolectados por SNIS para la toma de decisiones en políticas de salud.