

# **Prestación de Servicios de Salud en Paraguay**

**Una evaluación de la calidad de la atención, y las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios**

Mayo 24, 2005

Departamento de Desarrollo Humano  
Región de América Latina y el Caribe

---



Documento del Banco Mundial

## Abreviaturas y Acrónimos

DGEEC	Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos
DHS	Encuesta Demográfica de Salud
ECV	Encuesta Calidad de Vida
EIH	Encuesta Integrada de Hogares
ENDSR	Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva
FF	Fuente de Financiamiento
IMR	Tasa de Mortalidad Infantil
IPS	Instituto de Previsión Social
LSMS	Encuesta de Medición de Estándares de Vida
MECOVI	Medición de Condiciones de Vida
MEF	Ministerio de Hacienda
MOH	Ministerio de Salud
OLS	Cuadrados Menores Ordinarios
OPS	Organización Panamericana de la Salud
QC	Índice de Calidad de la Atención
QI	Índice de Calidad de la Interacción
d.e.	Desviación Estándar

## Índice

AGRADECIMIENTOS .....	v
INTRODUCCIÓN Y RESUMEN EJECUTIVO.....	vi
Motivación .....	vi
Principales Hallazgos.....	vii
Estructura del Informe .....	xi
Datos .....	xii
Relación con el Trabajo del Banco Mundial en el Sector Salud.....	xii
Futuras Ampliaciones de este Informe .....	xiii
CAPÍTULO 1. LA OFERTA DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA .....	1
Y LOS PATRONES DE UTILIZACIÓN.....	1
1.1 Descripción de la Atención de Salud en Paraguay .....	1
(i) Organización Institucional .....	1
(ii) Cobertura.....	2
1.2 Los Resultados de Salud de Paraguay en un Contexto Internacional.....	2
1.3 La Demanda de Servicios: La utilización de establecimientos de salud .....	10
1.4 Problemas del Lado de la Oferta. Características de los Establecimientos .....	12
(i) Disponibilidad de los Servicios de Salud: Atención Materna .....	14
(ii) Disponibilidad de los Servicios de Salud —Atención Infantil .....	15
(iii) Infraestructura y Disponibilidad de Suministros .....	16
(vi) Mantenimiento de Registros y Monitoreo .....	17
(v) Disponibilidad y entrenamiento del personal .....	19
(vi) Horarios de Atención .....	20
1.5 Conclusiones y Recomendaciones.....	20
CAPÍTULO 2. LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD.....	22
2.1 Principales Características de los Recursos Humanos de Salud en Paraguay ..	22
(i) Panorama General de los Recursos Humanos de Salud.....	22
(ii) Distribución Regional de los Recursos Humanos.....	28
2.2 Utilización del estado contractual y otras características para explicar la calidad de la atención .....	30
(i) Metodología .....	31
(ii) Resultados.....	32
2.3 Conclusiones y Recomendaciones.....	36
CAPÍTULO 3. ARANCELES .....	40
3.1 Financiamiento de la Salud Pública en Paraguay .....	41
3.2 Aranceles y exenciones para los usuarios en Paraguay .....	42
3.3 Evidencia Empírica sobre los Aranceles.....	46
(i) Resultados del Estudio de Caso .....	46
(ii) Recaudación y Exención de Aranceles por Región Sanitaria.....	50
(iii) Aranceles y Pobreza: ¿Los pobres pagan menos que los ricos? .....	52
3.4 Conclusiones y Recomendaciones.....	55
Referencias.....	57
Anexo 1. El uso del Estado Contractual y otras características para explicar la calidad de la atención. Análisis de regresión.....	59

Anexo 2. Resumen de estadísticas de pacientes de la Encuesta de Hogares y la Encuesta de Salida .....	62
Anexo 3. Aranceles y pobreza: ¿Los pobres pagan menos que los ricos? Análisis de regresión	63

## Índice de Figuras

FIGURA 1 Tasas de mortalidad infantil actuales y pronosticadas para países seleccionados, 1990 .....	4
FIGURA 2 Tasas de mortalidad infantil actuales y pronosticadas para países seleccionados, 2004 .....	5
FIGURA 3 Mortalidad Maternal Actual y Pronosticada, Países Seleccionados, 2004.....	7
FIGURA 4 Gasto actual y pronosticado como porcentaje del PBI, países seleccionados, 2004.....	8
FIGURA 5 Cada vez más mujeres dan a luz en hospitales públicos en lugar de centros de salud o sus hogares.....	12
FIGURA 6 Las tasas de ocupación son bajas y muestran variaciones significativas entre Departamentos .....	13
FIGURA 7 Tiempo de la última visita de un Inspector de Salud, por Departamento 1998-2004 (porcentaje de establecimientos).....	19
FIGURA 8 Niveles de personal requeridos y actuales por tipo de establecimiento, categorías seleccionadas .....	25
FIGURA 9 Número total de empleados, Ministerio de Salud, 2003 .....	29
FIGURA 10 Personal de salud y de otras áreas, por región, Ministerio de Salud 2003 ...	30
FIGURA 11 Calidad de atención sobre prestadores y niveles de pobreza en el área .....	35
FIGURA 12 Calidad de servicio sobre género, salario y tipo de contrato.....	36
FIGURA 13 Recaudación y utilización de aranceles.....	44
FIGURA 14 Aranceles recaudados (informados) por Región Sanitaria, 1999-2003 (miles de millones de Gs. 2003) .....	50
FIGURA 15 Ingresos y exenciones por Región Sanitaria, 2003 (en millones de Gs.) .....	51
FIGURA 16 Relación entre la salud de los pacientes y los aranceles pagados.....	54

## Índice de Tablas

TABLA 1 Porcentaje de cambio de la IMR entre 1950-1995 y 1990-1995.....	6
TABLA 2 Disminución de la IMR en puntos 1950-1955 y 1990-1995 .....	6
TABLA 3 Las tasas de mortalidad infantil difieren por región .....	8
TABLA 4 Los resultados de salud seleccionados muestran diferencias significativas entre quintiles de riqueza .....	9
TABLA 5 Porcentaje de la población que estuvo enferma en los últimos 3 meses y de aquellos que efectuaron consultas por zona urbana/rural .....	10
TABLA 6 Razones para no buscar atención, 1997-98 y 2000-01 .....	11
TABLA 7 Porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios de atención materna seleccionados 1998-2004.....	15

TABLA 8 Porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios de atención infantil seleccionados 1998-2004.....	16
TABLA 9 Porcentaje de establecimientos con cierta infraestructura y suministros, 1998-2004.....	17
TABLA 10 Prácticas de mantenimiento de registros, totales y por Departamento, 2004 (porcentaje de establecimientos).....	18
TABLA 11 Número medio de personal disponible, por tipo de establecimiento, 2004...	20
TABLA 12 Pautas para la asignación de recursos humanos de salud, Ministerio de Salud .....	24
TABLA 13 Personal de salud total, censo Ministerio de Salud, 2003 .....	26
TABLA 14 Trabajadores con uno o múltiples empleos en el Ministerio de Salud y el IPS .....	28
TABLA 15 Evaluación de la calidad de la interacción.....	33
TABLA 16 Presupuesto aprobado y ejecutado, billones de guaraníes 2003 .....	41
TABLA 17 Presupuesto del Ministerio de Salud por fuente de financiamiento, aprobado y ejecutado, porcentaje del total.....	42
TABLA 18 Establecimientos utilizados para el estudio de caso .....	47
TABLA 19 Resumen de respuestas del estudio de caso.....	48
TABLA 20 Indicadores de productividad seleccionados en el estudio de caso y en Fram .....	49
TABLA 21 Gastos e ingresos en el estudio de caso y en Fram .....	49
TABLA 22 Relación entre los aranceles y las características seleccionadas de los pacientes.....	53
Tabla A1.1 Relación entre la calidad del servicio depurada y la pobreza .....	59
Tabla A1.2 Relación entre la calidad de la atención y el estado socioeconómico.....	61
Tabla A3.1 Relación entre satisfacción y características seleccionadas de los pacientes	64
Tabla A3.2 Análisis de regresión de aranceles y exenciones sobre características seleccionadas.....	66
Tabla A3.3 Análisis de regresión del monto pagado por aranceles sobre características seleccionadas.....	66

## **AGRADECIMIENTOS**

Este informe fue preparado por Daniel Dulitzky (LCSHH), con la participación de Jishnu Das (DECRG) y Thomas Pave Sohnesen (AFTP1). Los borradores anteriores se beneficiaron con los comentarios y conversaciones con Cristian Baeza, Ariel Fiszbein, Jesko Hentschel, Fernando Lavadenz, Maureen Lewis, Montserrat Meiro Lorenzo, Mead Over, y Luis Pérez. Agradecemos la asistencia del Ministerio de Salud y del IPS, que nos proporcionaron acceso a sus bases de datos de nómina, y sus registros financieros sobre aranceles y exenciones (Ministerio de Salud), y autorización para encuestar establecimientos, proveedores, y pacientes (Ministerio de Salud). Las encuestas y los estudios de casos fueron implementados por CIRD.

## INTRODUCCIÓN Y RESUMEN EJECUTIVO

### Motivación

1. En 1996, Paraguay adoptó una Ley de Salud que garantizó la atención de salud a “todas las personas, de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ningún tipo”. Sin embargo, la calidad de la atención disponible para los pobres ha sido una preocupación constante en el país. Los resultados del último censo nacional sugieren que existen grandes disparidades en la disponibilidad de la atención, al menos medida a través del acceso al seguro. Como expresión estricta de las desigualdades en la cobertura, solo 1 por ciento de aquellos en los quintiles socio-económicos más bajos tiene acceso a un seguro de cualquier tipo; este porcentaje se compara con el 46 por ciento del quintil más alto.

2. Las comparaciones internacionales muestran que los resultados de salud en Paraguay son peores que el promedio en el caso de la mortalidad materna y apenas mejores que el promedio para la mortalidad infantil, pero con un progreso lento en el transcurso del tiempo. También se observa que hay diferencias dentro del país, a través de las regiones geográficas y grupos socioeconómicos, con las áreas rurales y los hogares pobres en peor situación que el resto. Este hecho puede estar relacionado con factores del lado de la oferta y del lado de la demanda, o una combinación de ambos. El debate actual sobre la atención de salud en Paraguay se enfoca específicamente en tres problemas que podrían explicar el lento progreso de los resultados: (i) cuellos de botella del lado de la demanda y de la oferta en la atención de salud pública que no permiten que el sistema mejore; (ii) elevado costo para los usuarios; y (iii) la calidad de la atención en los establecimientos públicos. Este informe brinda un panorama general de la atención de salud en Paraguay, y analiza estos factores. Específicamente, el informe responde tres interrogantes principales:

- i. ¿Cuáles son las principales características de la oferta y la demanda de atención en los establecimientos públicos y cómo se han modificado en los últimos años?
- ii. ¿Cuán eficiente es el sistema de aranceles para el usuario y en qué medida selecciona y exime a los pobres efectivamente?
- iii. ¿Cómo es la calidad de la atención en los establecimientos públicos y cómo se ve afectada por las características institucionales, de los recursos humanos, y de los pacientes de los establecimientos? ¿Son los pobres objeto de algún tipo de discriminación en la calidad de la atención que reciben?

3. Para responder estas preguntas el informe empleó varias fuentes de datos descritos más abajo. Algunos de estos datos fueron recopilados específicamente para analizar las preguntas planteadas más arriba. Se espera que este informe asista al desarrollo de una estrategia de mediano plazo para mejorar la prestación de atención de

salud —con el objetivo final de mejorar los resultados de salud— y sirva como instrumento para la adopción de reformas adicionales en el sector, aportando información y recomendaciones que pueden emplearse en la preparación de nuevas operaciones en el sector salud.

## Principales Hallazgos

### *Paraguay podría gastar más en salud y lograr mejores resultados*

4. Con excepción de la mortalidad materna, donde el desempeño es peor que el promedio, los resultados de salud en Paraguay coinciden con lo esperado. Sin embargo un esfuerzo adicional podría mejorar los resultados más rápidamente: (i) Paraguay ha sido el país latinoamericano con el progreso más lento en la reducción de la mortalidad infantil en los últimos 50 años; (ii) la mortalidad materna no ha mostrado ningún progreso en los últimos 15 años; (iii) el porcentaje de gasto dedicado a salud está entre los más bajos de América Latina; (iv) Existe una gran variación en los resultados por región y grupos socioeconómicos, con un peor desempeño en las regiones y los quintiles pobres que en las regiones y los quintiles ricos.

### *La utilización de los establecimientos de salud es baja y desigual*

5. Comparado con otros países de la región, Paraguay se ubica en una posición inferior en la utilización de establecimientos de salud, ya que solo el 49 por ciento de los hogares que informaron sentirse enfermos en el 2000 buscó atención médica, y sólo el 37 por ciento lo hizo en áreas rurales. El uso de los establecimientos aumenta con el ingreso: 31 por ciento de los hogares en los quintiles más bajos busca atención cuando están enfermos, comparados con el 69 por ciento en el quintil más rico. Otros países muestran patrones similares pero con tasas de utilización superiores para cada quintil. El costo es una razón prominente para no buscar atención, según fue informado por 20 por ciento de los hogares que no buscaron atención en una reciente encuesta nacional. En general, los quintiles más ricos buscan atención en establecimientos privados mientras que los quintiles más pobres asisten a centros de salud públicos. Un alto porcentaje de mujeres (17 por ciento) dio a luz en su casa en el 2000 (38 por ciento de las mujeres en el quintil más pobre).

### *Los establecimientos públicos han progresado en los últimos siete años, pero necesitan mejorar la oferta de ciertos servicios*

6. Aún cuando la oferta de servicios ha mejorado en los últimos siete años, con más establecimientos ofreciendo más servicios —y con mayor frecuencia— y una infraestructura mejorada, todavía existen algunas deficiencias, en particular en áreas en las cuales los resultados son malos. Los servicios relacionados con la atención materna no se ofrecen universalmente, hay un déficit en el manejo de los nacimientos normales y complicados, y en el suplemento vitamínico para las mujeres embarazadas.

7. Los problemas parecen estar asociados con los servicios y los insumos, más que

con la infraestructura. Esta conclusión surge del hecho de que los establecimientos tienen en general tasas de ocupación bajas. A pesar del progreso de los últimos siete años, siguen existiendo problemas con respecto a la disponibilidad de insumos esenciales, de personal entrenado y de personal de tiempo completo, lo cual tiene como resultado horarios de atención un tanto restringidos en muchos establecimientos. Finalmente, el monitoreo del nivel central es laxo —22 por ciento de los establecimientos nunca fueron inspeccionados por el Ministerio de Salud— y las prácticas de mantenimiento de registros de los pacientes, los aranceles y las exenciones son irregulares.

*Paraguay debería diseñar una política de recursos humanos integral en la salud para reducir las distorsiones y mejorar el desempeño*

8. Los vacíos en las normas y reglamentaciones actuales generan distorsiones que afectan negativamente el desempeño. Específicamente: (i) la distribución del personal es desigual entre las regiones sanitarias, (ii) el tipo y número de empleados varía ampliamente, aún en los establecimientos con las mismas dimensiones y características, (iii) en algunas áreas la oferta de personal calificado es escasa mientras que en otras áreas hay un exceso, (iv) existe un gran número de trabajadores de medio tiempo, que tienen múltiples empleos y cuyo desempeño está por debajo del promedio. Además, la proporción de personal dedicado a tareas administrativas parece grande comparada con las pautas, y su desempeño podría mejorarse. La ausencia de una escala salarial, el hecho de que los salarios y los cargos son negociados individualmente de manera ad-hoc, y la ausencia de un sistema monetario que recompense el desempeño han dado como resultado una situación donde (i) el desempeño disminuye con el salario (por ej., los trabajadores de salario bajo tienen mejor desempeño que aquellos con salarios altos), contrariamente a las predicciones de la teoría tradicional sobre incentivos; (ii) el personal contratado tiene mejor desempeño que el personal permanente, y (iii) los trabajadores que tienen múltiples empleos tienen un desempeño inferior al promedio.

*En promedio, la calidad de la atención es buena sin discriminación de los pacientes pobres*

9. El análisis de la calidad de la atención se basó en la observación de las interacciones paciente-médico para la atención ambulatoria, y muestra que los pobres reciben un servicio levemente mejor o similar al que reciben los ricos, al menos en el sector público. Por lo tanto, no hay evidencia de discriminación contra los pobres con respecto a la atención recibida del personal de salud, y la calidad general de la atención ambulatoria parece ser bastante buena. Es casi seguro que los ricos usan el sector privado más y probablemente reciben mejor calidad de atención, pero al menos dentro del sector público el país ha conseguido una notable paridad en la atención para los pacientes de diferentes contextos socioeconómicos. Existe una gran variación en la calidad de la atención, y en general el personal de salud dentro del IPS, con contratos permanentes y salarios mayores, o de género masculino, ofrece una calidad de atención menor. Muchos de estos factores pueden estar relacionados con el poder de negociación que estos grupos tienen en la determinación de sus contratos.

*Los aranceles para usuarios son una fuente de ingresos significativa pero volátil para el Ministerio de Salud, pero las pautas del sistema para la exención son confusas y no están siendo implementadas, dando como resultado un sistema levemente progresivo con fugas significativas*

10. Un sistema de aranceles para usuarios que funciona bien requiere tres elementos: (i) ingresos considerables; (ii) reglas y pautas claras para minimizar las distorsiones; y (iii) equidad, a través de un mecanismo de exención adecuado. Este estudio muestra que el sistema de Paraguay debe ser revisado para resolver problemas en las tres áreas. Dado que uno de los principales objetivos del sistema de aranceles para usuarios es mejorar la calidad de la atención al nivel local, como los establecimientos no están autorizados para conservar al menos parte de los ingresos, no tienen incentivo para recaudarlos; y dado que el monitoreo es laxo, muchos de ellos ni siquiera son reportados a la región sanitaria, como manda la ley. Además, las pautas para los aranceles y las exenciones son confusas y este estudio muestra que en muchos casos no se aplican. En parte por este motivo, el sistema de exención es sólo levemente progresivo; aunque un mayor porcentaje de personas pobres son eximidas, (i) condicionados al pago de aranceles, los pobres no pagan menos que los ricos; (ii) Existe un error del tipo I o una sub-cobertura considerable (31 por ciento de los pacientes en los terciles más pobres pagaba aranceles por servicios); y (iii) Existe un error de tipo II o una fuga considerable (50 por ciento de los pacientes en el tercil más rico fueron eximidos). Una revisión de las reglas, y el diseño de un mecanismo de focalización efectivo deberían mejorar la equidad del sistema.

*El sector privado sigue estando altamente desregulado*

11. Este estudio no recabó datos sobre las actividades del sector privado. Sin embargo, parte del trabajo de encuesta realizado para este estudio muestra una tendencia preocupante: muchos establecimientos de salud pública están ahora tercerizando algunos servicios, y en muchos casos estos servicios no han sido autorizados por el Ministerio de Salud, y en los casos en que fueron autorizados, los aranceles cobrados por estos servicios no están regulados. Esa situación podría tener serias consecuencias potencialmente y limitar la demanda de atención de salud, particularmente por parte de los pobres.

*Cinco recomendaciones principales emergentes de este informe*

12. Del análisis se desprenden las siguientes recomendaciones:

- i. Dado que el costo parece ser una razón importante para que los pobres no usen los establecimientos de salud, la tendencia a aumentar el subsidio a la atención de salud para los pobres parece ser el enfoque correcto. El gobierno ya está implementando una prueba piloto en dos departamentos para subsidiar la demanda de atención a través del programa de seguro materno-infantil.
- ii. Mejorar la oferta de atención de salud pública requiere enfocarse en los insumos, aumentando la disponibilidad de suministros, servicios y horarios de atención donde sea posible. Un monitoreo más estricto por parte del Ministerio de Salud es esencial

para lograrlo. El flujo de fondos dentro del sistema de salud debería estar estructurado para responder a la demanda real de servicios.

- iii. Desarrollar una política de recursos humanos integral para el sector de la salud, que aborde al menos los siguientes aspectos:
  - Estimación de las necesidades de personal. Las pautas ya implementadas podrían ser un buen punto de partida. Además, los criterios para la asignación de recursos humanos deberían ser mejorados, estableciendo criterios por ubicación geográfica, tipo de establecimiento, nivel de complejidad, población, y perfiles socioeconómicos/epidemiológicos/demográficos de la población a ser cubierta.
  - Cuantificar la brecha entre necesidades y disponibilidad de personal actual
  - Diseñar una metodología para evaluar el desempeño y la productividad del personal
  - Diseñar un mecanismo para proporcionar incentivos para que el personal sea reubicado según la necesidad (por ej., en áreas rurales y menos pobladas) y mejore su desempeño (por ej., revisión de la escala salarial, mecanismo de promoción y prácticas de contratación).
- iv. La eficiencia del sistema de aranceles podría mejorarse adoptando algunas de estas medidas: (i) aumentar la frecuencia y el alcance del monitoreo del Ministerio de Salud; (ii) diseñar algún tipo de mecanismo para compartir los ingresos de manera que los establecimientos puedan conservar algunas de las ganancias obtenidas de los aranceles pagados por los usuarios; (iii) mejorar el flujo de fondos de los aranceles para usuarios entre el nivel central y los establecimientos; (iv) establecer pautas claras con respecto al uso de los ingresos recaudados a través de aranceles, incluyendo algún esquema de redistribución entre las regiones; (v) revisar las pautas para exenciones con el fin de simplificar el proceso donde sea posible; (vi) mejorar las capacidades de los establecimientos de mantener registros para facilitar la entrega de información sobre aranceles y exenciones a los niveles administrativos superiores; y (vii) determinar la capacidad y disposición de los pacientes para pagar, y revisar la escala arancelaria actual en consecuencia.
- v. La equidad del sistema de aranceles podría mejorar con la adopción de algunas de esas medidas, como un mejor mantenimiento de registros y pautas mejoradas. Por mucho, la medida que mejoraría el bienestar en mayor grado tendría que ser un cambio en el mecanismo para focalizar las exenciones. Se puede comenzar definiendo claramente quién va a ser eximido, es decir, mejorado el concepto de “pobreza notable” establecido en las pautas actuales, y cómo va a ser medido e implementado. Es necesario decidir si los servicios estarán exentos de aranceles para todos o para cierto grupo de la población. Para ello se podrían aplicar criterios económicos y médicos.

## **Estructura del Informe**

13. El Capítulo Uno presenta un breve panorama general de la atención de salud en Paraguay y describe su marco institucional. Luego analiza los patrones de la oferta y la demanda de atención de salud, utilizando información de las encuestas de hogares y de una encuesta sobre los establecimientos de salud. La encuesta sobre los establecimientos también se aplica para determinar si han habido cambios significativos durante la última década, durante la cual Paraguay siguió una agresiva política de inversión en infraestructura de salud. Esta encuesta muestra que Paraguay enfrenta desafíos tanto en la oferta como en la demanda. Del lado de la oferta los problemas no están relacionados con el número de establecimientos, el cual parecer ser adecuado, sino con el tipo de servicios que se ofrecen, su frecuencia, la disponibilidad de suministros, y las características del personal. Del lado de la demanda, la encuesta revela que la utilización de servicios es baja comparada con otros países y varía en gran medida por quintiles. Además, el costo parece ser un factor importante para disuadir a los pobres de utilizar los establecimientos.

14. El Capítulo Dos examina el problema de la calidad de la atención al nivel de los establecimientos, analizando una de las dimensiones más importantes de la calidad, la de los recursos humanos de salud. Dado que la prestación de atención de salud tiende a ser un trabajo muy intensivo, la calidad de los recursos humanos es central para la calidad de la atención que los individuos reciben. El Capítulo Dos analiza las características de los recursos humanos de salud a nivel agregado, incluyendo su distribución geográfica, su clasificación según estado contractual, y la naturaleza del trabajo que realizan (administrativo o relacionado con la salud). También pone a prueba algunas de las hipótesis antes mencionadas, principalmente que la calidad de atención promedio es baja y que los pacientes pobres están sujetos a un tratamiento peor que los pacientes ricos. En el final del capítulo se rechazan ambas hipótesis.

15. Finalmente el Capítulo Tres aborda el problema de los aranceles para los usuarios de servicios de salud, que afecta tanto a la oferta como a la demanda de atención de salud. Los aranceles para los usuarios afectan la oferta porque son una importante fuente de ingresos para muchos establecimientos, y afectan la demanda porque alteran el precio que las personas pagan por la atención de salud. El análisis del Capítulo Tres comienza con una descripción del sistema de aranceles y exenciones y más adelante aporta evidencia empírica de la recaudación de los aranceles, la variación geográfica, y su relación con la pobreza y otras características regionales. Por último, el capítulo analiza los factores que afectan la recaudación de aranceles al nivel de los establecimientos, y explora la hipótesis de que el sistema no es equitativo y no selecciona a los pobres apropiadamente, eximiéndolos del pago. El capítulo demuestra que esto es en parte cierto.

## **Datos**

16. Para elaborar este informe se utilizaron múltiples fuentes de datos, muchas de ellas originales. Para el análisis de resultados y utilización se empleó la información existente en varias encuestas demográficas y de salud, registros administrativos, y dos encuestas de hogares implementadas por la DGEEC en 1997/98 y 2000/01. El análisis sobre recursos humanos y aranceles contó con la generosidad y el apoyo del Ministerio de Salud y del IPS, a través de los cuales fue posible obtener las bases de datos de las nóminas de ambas instituciones, así como también información administrativa sobre aranceles y exenciones por región sanitaria y en algunos casos por establecimiento. Durante la preparación de este informe se produjeron dos fuentes de datos originales: (i) un estudio de casos que incluyó seis establecimientos para analizar el conocimiento que los establecimientos tienen sobre las reglas que rigen los aranceles y las exenciones, y en qué medida esas reglas se están siguiendo; (ii) una serie de encuestas sobre los establecimientos, los hogares, los médicos, y los pacientes, para analizar sus características e interrelaciones. En total se condujeron 89 encuestas de establecimientos en cuatro departamentos, junto con 296 entrevistas con proveedores, 2.334 observaciones de interacciones médico-paciente, 2.288 encuestas de salida, y 648 entrevistas de hogares.

## **Relación con el Trabajo del Banco Mundial en el Sector Salud**

17. Este informe forma parte del apoyo que el Banco Mundial brinda al desarrollo del sector de la salud en Paraguay. En la última década, la participación del Banco en el sector en Paraguay consistió en una política de diálogo permanente y el financiamiento del Proyecto de Salud Materna y Desarrollo Integral del Niño de Paraguay, que entró en vigor en 1997 y concluyó en junio de 2004. Entre otras actividades, el proyecto, con una suma de US\$20,6 millones, apoyó (i) la rehabilitación y el equipamiento de establecimientos de salud primaria y secundaria en las áreas más pobres del país, (ii) la capacitación del personal de los centros de salud en atención obstétrica y neonatal básica, (iii) la creación de una red de comunicaciones y transporte para mejorar las derivaciones y el transporte de las emergencias obstétricas a los establecimientos de salud, y (iv) el fortalecimiento de las campañas nacionales de inmunización. Una evaluación reciente del proyecto mostró que fue exitoso en mejorar la eficiencia de la prestación de servicios de salud materno-infantiles pero que la expansión de su cobertura estuvo significativamente por debajo de las expectativas. Esto se refleja en los hallazgos del capítulo uno de este informe: en promedio, la utilización de la capacidad instalada en los establecimientos de salud públicos de Paraguay hoy está por debajo del 50 por ciento. Por otra parte, las tasas de utilización de los establecimientos de salud son, en estándares internacionales, bajas, especialmente para los pobres,

18. Varias de las conclusiones del informe se han volcado directamente al Proyecto de Seguro de Salud Materno-Infantil que ha sido recientemente negociado entre el

Gobierno y el Banco Mundial. Uno de los objetivos de desarrollo claves del proyecto es reducir la razón de mortalidad materna, que como muestra este informe, es inusualmente alta en Paraguay dado su nivel de ingreso, y contribuir a una disminución de la tasa de mortalidad infantil cuyo declive en las últimas décadas, como se explica en el capítulo 1, ha sido el más bajo de Latinoamérica. El proyecto financiará una prueba piloto de un sistema de seguro no contributivo en varios departamentos de Paraguay, que cubrirá un paquete de servicios y medicamentos básicos para las madres y los niños pobres hasta la edad de cinco años, quienes no tienen la cobertura de un seguro formal. El programa se construye sobre las premisas de que el conflicto clave para la prestación de servicios de salud en Paraguay hoy no es la disponibilidad de infraestructura, como confirma este estudio, sino tanto factores de demanda (porque la utilización entre los pobres es baja) como factores de oferta que están vinculados a la disponibilidad de servicios e insumos. Los centros de salud públicos serán los agentes primarios para la entrega del paquete básico de atención materno-infantil y serían reembolsados por los servicios reales prestados, contribuyendo así a un flujo de recursos dentro del sistema donde la demanda real surge.

#### **Futuras Ampliaciones de este Informe**

19. El alcance de este estudio está delimitado por tres aspectos principales, que también sugieren un camino para trabajos futuros:

- i. Razones de la no utilización: Una importante ampliación del análisis actual consiste en la recolección de datos adicionales para continuar explorando las razones por las cuales los hogares pobres no utilizan los servicios, dado que este estudio enfocó su análisis de datos en los usuarios de los establecimientos. Como tema de estudio posterior, se recomienda enfocarse en los no usuarios, dado que el informe muestra que un significativo porcentaje de la población no busca atención médica cuando está enferma.
- ii. Atención en internación y atención ambulatoria: El análisis de las interacciones médico-paciente y de la calidad de la atención se limita a las consultas ambulatorias. Una importante ampliación de este trabajo sería analizar la calidad de la atención en internación.
- iii. Sector privado: debido a la naturaleza del estudio, el sector privado no pudo ser incluido en el análisis. Hubiera sido casi imposible observar las interacciones médico-paciente en el sector privado, y el análisis de la calidad de la atención se basa principalmente en esta observación. El sector privado aún representa una significativa porción de la prestación de atención de salud en Paraguay, y aunque es utilizado principalmente por los ricos, valdría la pena explorar sus características, regulaciones y su desempeño en el futuro.

## CAPÍTULO 1. LA OFERTA DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA Y LOS PATRONES DE UTILIZACIÓN

20. Este capítulo describe tres aspectos de la prestación de atención de salud en Paraguay que proporcionan la base para el análisis de los Capítulos dos y tres. Primero, luego de una breve descripción del marco institucional, se evalúan los resultados de salud de Paraguay en un contexto internacional, comparándolos con países con niveles de ingreso similares, y se destacan las diferencias que se registran dentro del país cuando es posible. En segundo lugar, el capítulo analiza los patrones de la demanda de atención de salud a través del análisis de la utilización de los establecimientos de salud pública. En tercer lugar, analiza la oferta de servicios de salud y los principales cambios observados en la prestación de atención durante la última década, haciendo uso de una encuesta de establecimientos diseñada especialmente para este informe. El capítulo finaliza con la conclusión de que a pesar de tener un desempeño relativamente bueno en los resultados de salud, la mortalidad materna es peor que lo esperado en Paraguay, y el progreso en la mejora de otros indicadores ha sido lento. Además, la utilización de los establecimientos de salud es baja y varía por área geográfica y estado socioeconómico, y aunque la infraestructura física mejoró durante la última década, el sistema sigue reflejando varias deficiencias severas.

### 1.1 Descripción de la Atención de Salud en Paraguay

#### (i) *Organización Institucional*

21. El sistema de salud de Paraguay es fragmentado, no hay separación entre el financiamiento y la prestación, y tiene una estructura altamente centralizada. La Ley del Sistema Nacional de Salud sancionada en 1996 adoptó una estructura similar al marco gubernamental general de tres niveles para propósitos administrativos: nacional, departamental, y municipal, con grados variables de autonomía para los últimos dos niveles. El movimiento hacia la descentralización en salud implicó la creación de secretarías de salud regionales y locales (cada Departamento es ahora una Región Sanitaria con alguna autoridad autónoma, y también lo es la capital del país, Asunción) pero a la fecha, los esfuerzos de descentralización han sido ad-hoc e irregulares. Las Regiones Sanitarias no tienen mucha autonomía en la toma de decisiones, ya que actúan principalmente como agentes del Ministerio de Salud. Los recursos humanos son asignados y controlados por el nivel central, creándose inconsistencias entre las asignaciones reales y las necesidades locales. La misma situación se observa en otros aspectos de la administración de la atención de salud, como la compra de drogas y suministros esenciales, y las políticas arancelarias, discutidas en profundidad en el Capítulo Tres.

22. Los prestadores actuales son tres: (i) el sector público, a través del Ministerio de Salud (y un número de entidades autónomas como la Universidad Nacional); (ii) el IPS; y (iii) el sector privado. Cada una de estas entidades financia la prestación de servicios de salud en sus propios establecimientos, con poca coordinación entre ellas.<sup>1</sup> El Ministerio de Salud presta atención de salud en sus establecimientos a un precio subsidiado, cobrando aranceles para la mayoría de los

---

<sup>1</sup> Existe una pequeña transferencia del IPS al Ministerio de Salud como una contribución a las actividades de prevención.

procedimientos. El IPS es financiado con un impuesto salarial del 14 por ciento para los empleados, y una contribución del 1,5 por ciento del gobierno, pero esta contribución se reparte entre los diferentes esquemas de seguro —jubilación, discapacidad, fallecimiento, y enfermedad son los más importantes— de manera no sistemática. Los aranceles del sector privado no están regulados.

23. La distribución geográfica de la atención prestada por el MoH sigue un modelo “centro-periferia”. Las poblaciones periféricas (y más rurales) reciben prestaciones de salud a través de centros ambulatorios básicos; más cerca del centro, las dimensiones y la complejidad de los establecimientos aumentan. Por el contrario, la mayoría de los establecimientos del IPS están ubicados en áreas urbanas, donde reside el grueso de la población con empleo regular.

**(ii) Cobertura**

24. La cobertura del sistema no es universal. El IPS, financiado a través de las contribuciones de empleados y empleadores, presta atención de salud a cerca del 17% de la población. El sub-sector privado cubre cerca del 10% de la población. Finalmente, el Ministerio de Salud es responsable de la prestación de atención de salud a la población de ingreso bajo y de las actividades de salud pública, y en principio debería prestar atención al resto de la población. Sin embargo, existe un significativo porcentaje de la población que no recibe atención médica.

25. Según el Ministerio de Salud, hay cerca de 994 establecimientos que comprenden el ámbito de la prestación de servicios de salud por parte del sector público en todo el país. Estos establecimientos tienen diferentes niveles de atención y complejidad, y son administrados por el Ministerio de Salud, las fuerzas armadas, el IPS, y la Universidad Nacional. En el sector privado hay cerca de 982 establecimientos con diferentes niveles de complejidad. Los establecimientos se clasifican en cuatro niveles de atención, de básica a especializada, y siete niveles de complejidad, desde *Dispensarios*, los centros ambulatorios más básicos, hasta hospitales. Aunque los establecimientos están distribuidos en el país con un criterio poblacional, existe una variación significativa entre los Departamentos, con una alta concentración de establecimientos y profesionales en la capital, Asunción. Hay cerca de un establecimiento del Ministerio de Salud cada 4.500 habitantes y un establecimiento del IPS cada 12.000 afiliados.

**1.2 Los Resultados de Salud de Paraguay en un Contexto Internacional.**

26. Una primera aproximación a los resultados de salud en Paraguay surge de analizar su desempeño en comparación a un grupo de países con niveles de ingreso similares. La comparación se basa en países con similares niveles de PBI controlando por el tamaño de sus poblaciones. Con excepción de la mortalidad materna, Paraguay no tiene un desempeño bajo. Sin embargo, los niveles sostenidamente bajos de gasto público en salud han dado como resultado un

progreso más lento que el esperado hacia mejores resultados, como algunas comparaciones de tiempo indican.<sup>2</sup>

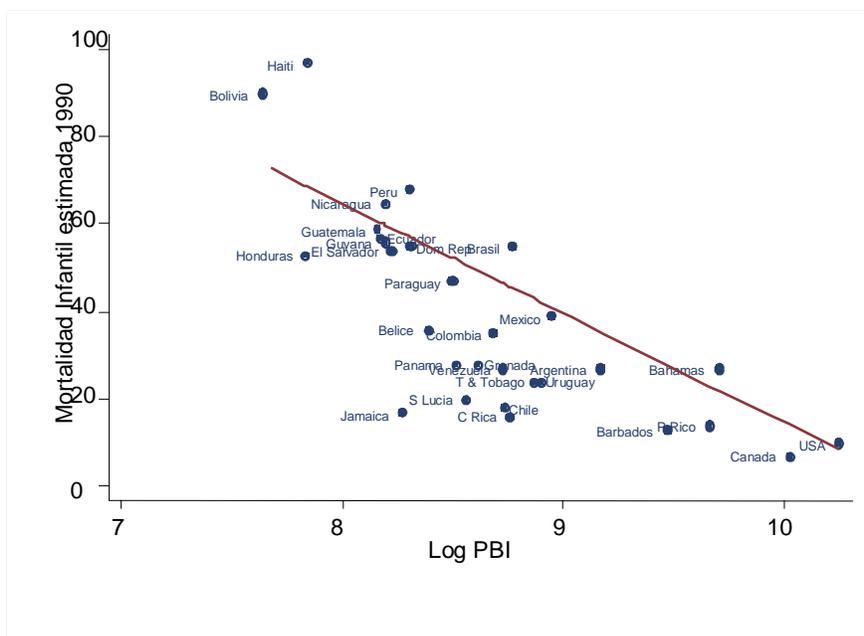
27. La tasa de mortalidad infantil estimada de Paraguay es más baja que la tasa para los países con similares niveles de ingreso. La DHS más reciente (2004) muestra una tasa de mortalidad infantil de 27 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos. Esto representa una disminución de 2 puntos con respecto a la ENDSR 1995-96, la última para la cual hay datos comparables disponibles —un cambio estadísticamente insignificante— y muestra un progreso más lento en la reducción si se compara con años anteriores. Las figuras 1 y 2 muestran que la posición relativa de Paraguay con respecto a otros países de la región no ha cambiado mucho en los últimos diez años.

---

<sup>2</sup> El ejercicio de comparación internacional consiste en correr una regresión lineal OLS del resultado en cuestión (por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil) en el registro de PBI per cápita, empleando un valor PPP ajustado. Los países que están significativamente más lejos de la línea de regresión podrían tener un desempeño alto o bajo dependiendo del resultado en discusión. Por ejemplo, cuando el resultado es la mortalidad infantil, los países por debajo de la línea estarían desempeñándose mejor que lo esperado considerando sus niveles de ingreso per cápita. La muestra de la regresión en este capítulo incluye a *todos* los países del continente americano para los cuales los datos están disponibles, según la base de datos de la OPS. Las regresiones son ponderadas por población, como se detalla en las notas al pie de cada figura. Las estimaciones OLS no pesadas/no ponderadas proporcionaron evaluaciones similares.

FIGURA 1

Tasas de mortalidad infantil actuales y pronosticadas para países seleccionados, 1990

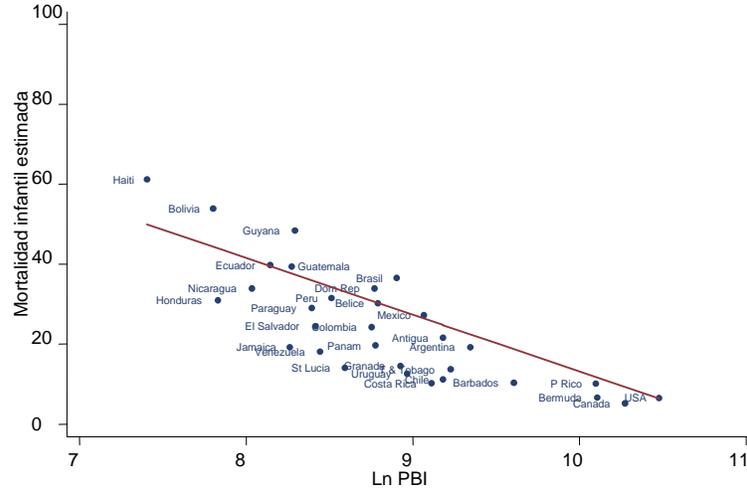


Nota: La línea corresponde a la tasa de mortalidad infantil pronosticada (estimada de las encuestas como se informa en la base de datos de la OPS) de una regresión ponderada del log PBI per cápita PBI, ajustada por PPP, y una constante, con los ponderadores dados por la población de un país. El tamaño de la muestra para la regresión es de 30 países.

Fuente: Estimaciones del Banco Mundial basadas en datos de la OPS.

FIGURA 2

Tasas de mortalidad infantil actuales y pronosticadas para países seleccionados, 2004



*Nota:* La línea corresponde a la tasa de mortalidad infantil pronosticada (estimada de las encuestas como se informa en la base de datos de la OPS) de una regresión ponderada del log PBI per cápita, ajustada por PPP, y una constante, con los ponderadores dados por la población de un país. El tamaño de la muestra para la regresión es de 30 países.

*Fuente:* Estimaciones del Banco Mundial basadas en datos de la OPS.

28. Sin embargo, aunque todos los países han experimentado una reducción en las tasas de mortalidad infantil, la registrada en Paraguay ha sido de las menores. Las tablas 1 y 2 muestran el cambio en las tasas de mortalidad infantil para diferentes países de la región. Entre 1950 y 1995 Paraguay fue el país con el menor porcentaje de reducción de la IMR, y el que registró la menor disminución en puntos entre los países del mismo rango de ingreso. Esto sugiere que aunque la mortalidad infantil puede no ser un problema significativo considerando el nivel de ingreso de Paraguay, se debería realizar un esfuerzo más explícito para reducir aún más esta tasa. Muchos países de América Latina están dedicando programas especiales para lograr este fin, y el Proyecto de Seguro Materno-Infantil Básico es un paso en la dirección correcta para abordar este problema.

TABLA 1

**Porcentaje de cambio de la IMR entre 1950-1995 y 1990-1995**

Porcentaje de disminución	Países
80 y más	Chile, Cuba, Barbados; Costa Rica, Martinica, Guadalupe; Canadá; Puerto Rico; Jamaica
70-79	Venezuela, Trinidad & Tobago; Colombia; Bahamas; Honduras; Panamá; México, República Dominicana; El Salvador, EEUU; Nicaragua
60-69	Ecuador; Guatemala; Brasil, Perú, Surinam, Uruguay; Argentina; Guyana, Haití; Belice
50-59	Bolivia
40-49	Paraguay

Fuente: OPS, *Estadísticas de salud de las Américas. Edición de 1998. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación Científica567)*. En prensa.

TABLA 2

**Disminución de la IMR en puntos 1950-1955 y 1990-1995**

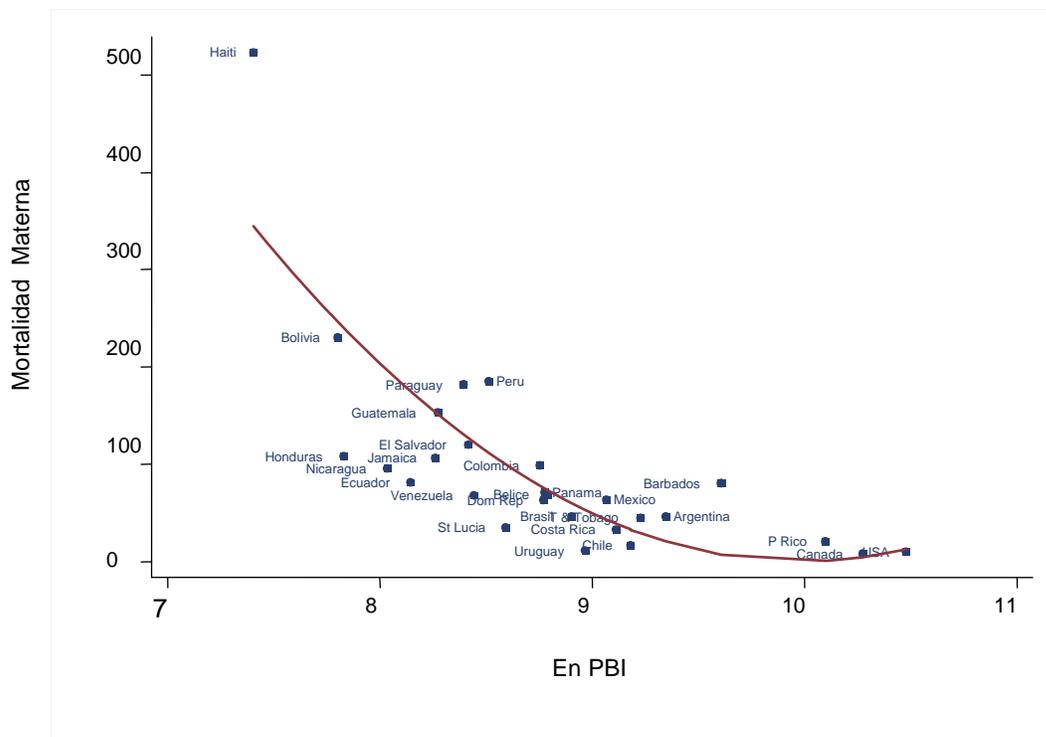
Disminución en puntos	Países
100 +	Haití; Honduras; Nicaragua; Barbados; El Salvador, República Dominicana; Chile; Perú; Bolivia
80 a 99	Colombia, Ecuador; Guatemala; Brasil, México; Venezuela; Costa Rica
60 a 79	Guyana; Cuba; Panamá, Jamaica; Trinidad & Tobago; Bahamas
40 a 59	Surinam; Guadalupe; Martinica; Belice; Puerto Rico; Argentina
20 a 39	Uruguay; Paraguay; Canadá; USA

Fuente: OPS, *Estadísticas de salud de las Américas. Edición de 1998. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación Científica*

29. La mortalidad materna es superior al promedio, y no ha reflejado ningún progreso en los últimos 15 años. Por el contrario, ha empeorado levemente. Fue de 188 en el período 1982-1988, de 192 en 1989-1995, y la cifra más recientemente informada por el Ministerio de Salud es de 190. De hecho, Paraguay está por encima del valor esperado para su nivel de ingreso. Además, Paraguay está entre los cinco países con la mortalidad materna más alta del continente. La mortalidad materna es un problema grave que podría ser evitado aumentando el acceso a la atención de buena calidad. Según la ENSMI 1998, el porcentaje de nacimientos asistidos por personal de salud calificado (nacimientos institucionales) fue de cerca del 56 por ciento. Esta proporción es menor que la de Bolivia, por ejemplo (un país con PBI inferior a Paraguay) donde el porcentaje de nacimientos institucionales fue de 58 en 2003.

FIGURA 3

Mortalidad Maternal Actual y Pronosticada, Países Seleccionados, 2004



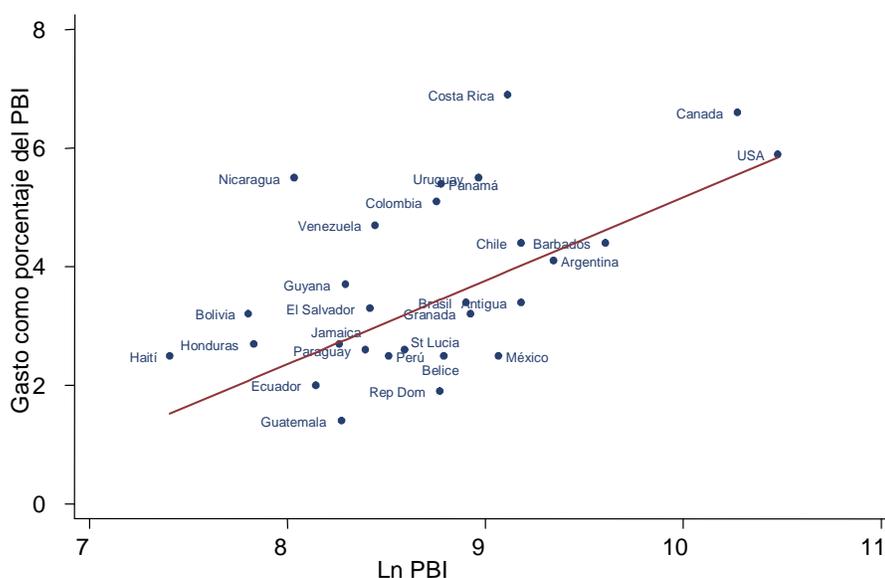
Nota: La línea corresponde a la tasa de mortalidad materna pronosticada de una regresión ponderada sobre el log PBI per cápita, ajustada por PPP, y una constante, con los ponderadores dados por la población de un país. El tamaño de la muestra para la regresión es de 30 países.

Fuente: Estimaciones del Banco Mundial basadas en datos de la OPS.

30. Un bajo nivel de gasto público en salud puede estar contribuyendo a este problema. Aunque Paraguay aumentó su proporción de PBI dedicada a los sectores sociales durante la primera mitad de la década de 1990, el porcentaje dedicado a la salud fue sistemáticamente bajo durante los últimos años. Con una porción de 2,6 por ciento del PBI, el gasto público en salud se encuentra entre los más bajos de la región. También representa un cuarto de punto porcentual de PBI por debajo del valor esperado para países de ingreso similar. Solo seis países del continente americano gastan menos que Paraguay en atención de salud.

FIGURA 4

Gasto actual y pronosticado como porcentaje del PBI, países seleccionados, 2004



Nota: La línea corresponde a la tasa de mortalidad materna pronosticada de una regresión ponderada sobre el log PBI per cápita, ajustado por PPP, y una constante con los ponderadores dados por la población de un país. El tamaño de la muestra para la regresión es de 30 países.

Fuente: Estimaciones del Banco Mundial basadas en datos de la OPS.

31. Aunque el desempeño de Paraguay no es muy bajo cuando se lo compara con países con niveles de ingreso similares, la mayoría de las encuestas de salud disponibles para Paraguay muestran significativas disparidades en los resultados *por regiones del país*, así como también grandes diferencias entre grupos socioeconómicos. La información disponible más reciente sobre mortalidad infantil por región proviene de la ENDSR1995-96 y muestra una disparidad de 10 puntos entre el área de la capital y el norte del país.<sup>3</sup>

TABLA 3

Las tasas de mortalidad infantil difieren por región

Región	Mortalidad infantil
Gran Asunción	28
Norte	37
Centro-Sur	31
Este	37

Fuente ENDSR1995-96

<sup>3</sup> Los tamaños de las muestras fueron demasiado pequeños para computar las tasas de mortalidad materna por región.

32. Con respecto a los resultados por grupo socioeconómico, el Banco Mundial (2000) proporciona información sobre los resultados de salud por quintiles de riqueza, basados en la DHS 1990. Las diferencias entre quintiles son llamativas: la tasa de mortalidad infantil para el quintil más pobre es 42,9 por cada 1000 nacimientos vivos y para los quintiles más ricos es de 15,7; además, mientras en el quintil más pobre 22,5 por ciento de los niños tiene problemas de desarrollo, en el quintil más rico el porcentaje de niños con estos problemas es 3.

33. Los resultados de salud intermedios también muestran una gran disparidad por estado socioeconómico. Mientras la atención prenatal con personal calificado es casi universal para el quintil más rico de la población, es solo de aproximadamente 70 por ciento para el quintil más pobre. Cerca del 37 por ciento de las mujeres embarazadas en Paraguay tiene menos controles prenatales que el número recomendado por el Ministerio de Salud, y el porcentaje fue cercano al 48 por ciento para la población que habla guaraní y los que viven en áreas rurales. Según la EIH2000/01 los nacimientos institucionales alcanzaron el 72 por ciento, con una amplia disparidad entre áreas geográficas: 42 por ciento de los nacimientos de madres de habla guaraní principalmente o que viven en áreas rurales fueron no institucionales, comparados con el 7 por ciento de las madres que viven en Asunción y 9 por ciento de las que hablan español.<sup>4</sup>

TABLA 4

**Los resultados de salud seleccionados muestran diferencias significativas entre quintiles de riqueza**

Indicador	El más pobre	Segundo	Medio	Cuarto	El más rico	Promedio
Tasa de Mortalidad Infantil	42,9	36,5	46,1	33,5	15,7	35,9
Tasa de Mortalidad de Niños Menores de Cinco Años	57,2	50,0	59,0	39,4	20,1	46,6
Niños con Problemas de Desarrollo (%)	22,5	19,0	12,5	6,3	3,0	13,9
Niños con Deficiencia de Peso (% moderado)	5,9	4,3	4,0	1,8	0,8	3,7
Visitas de Atención Antenatal a una Persona con Entrenamiento Médico: médico, enfermera o enfermera partera (%)	69,5	79,5	85,6	94,8	98,5	83,9
Atención en el Parto a cargo de una Persona con Entrenamiento Médico (%)	41,2	49,9	69,0	87,9	98,1	66,0

*Fuente* Banco Mundial 2000, Diferencias Socio Económicas en Salud, Nutrición y Población en Paraguay, Documento de Trabajo.

34. Dado que las tasas de mortalidad infantil y los porcentajes de mortalidad materna están principalmente relacionados con causas prevenibles, una utilización de servicios baja —para ciertos grupos de la población o en ciertas regiones— puede explicar parcialmente los pobres resultados de salud. Algunas de las razones para la baja utilización de los servicios de salud pueden encontrarse en factores del lado de la demanda, como el alto precio de los servicios, o las largas distancias hasta los establecimientos; otras explicaciones están relacionadas con la oferta, como la baja calidad de la atención prestada por los establecimientos. Este informe examina ambos factores.

<sup>4</sup> Exclusión Social en Salud (DGEEC 2003).

### 1.3 La Demanda de Servicios: La utilización de establecimientos de salud

35. La principal fuente de datos para analizar la demanda de servicios proviene de las encuestas de hogares nacionales que Paraguay implementó en 1997/98 y en 2000/2001.<sup>5</sup> Los cuestionarios de ambas encuestas contienen una pregunta que trata de responder cuántas personas consultaron a algún tipo de personal de salud calificado en caso de enfermedad. Desafortunadamente, la pregunta y las opciones sobre la enfermedad en general han sido levemente modificadas en la EIH 2000/01, reduciendo la posibilidad de realizar comparaciones estrictas a través del tiempo. Mientras en 1997/98 la pregunta se refería a “estar” enfermo, (“¿Estuvo enfermo durante los últimos tres meses?”), en 2000/01 la pregunta se refirió a “sentirse” enfermo (“¿Se sintió o estuvo enfermo durante los últimos 90 días?”). Como aproximación a los cambios en la demanda de servicios de salud, la Tabla 5 muestra el porcentaje de la población que informó estar o sentirse enferma y el porcentaje que hizo una consulta de salud.

TABLA 5

#### Porcentaje de la población que estuvo enferma en los últimos 3 meses y de aquellos que efectuaron consultas por zona urbana/rural

	1997/98			2000/01		
	Todos	Urbana	Rural	Todos	Urbana	Rural
Enfermos (% de todos)	33,1	31,5	35,0	37,8	35,5	40,5
Efectuaron Consulta de Salud (% de todos)	18,2	20,2	15,9	18,4	21,3	15,0
Efectuaron Consulta de Salud (% de enfermos)	55,7	64,8	46,1	48,7	60,1	36,9

*Fuente:* Estimaciones del Banco Mundial basadas en la EIH 1997/98 y la EIH 2000/01

36. El porcentaje de hogares que informó enfermedad aumentó de 33 por ciento a 38 por ciento, algo que podría reflejar el cambio en el fraseo de la pregunta. Sin embargo, el porcentaje de personas que hicieron una consulta disminuyó del 56 por ciento de aquellos que informaron estar enfermos a 49 por ciento. Esta disminución fue más pronunciada en las áreas rurales, donde solo 37 por ciento de aquellos que informaron estar enfermos buscó ayuda. Estas cifras son un tanto bajas comparadas con las de otros países de la región; por ejemplo en Bolivia, MECOVI 2001 muestra que cerca del 63 por ciento de la población que se sintió enferma buscó atención; 67 por ciento hizo lo mismo en Ecuador, según ECV 1998; y 58 por ciento en Guatemala, según 2000 LSMS.

<sup>5</sup> La encuesta más reciente, EIH 2004, no estaba procesada en el momento en que se estaba produciendo este informe.

37. La información disponible sobre las tasas de utilización por quintiles también sugiere que las tasas de utilización de Paraguay son bajas y desiguales; mientras que de las personas que informaron estar enfermas en el primer quintil el 31 por ciento consultó a personal calificado, en el quintil más rico el 69 por ciento de las personas que informaron estar enfermas hicieron consultas.

38. Los cuestionarios de las encuestas de hogares no son muy exhaustivos sobre las razones para no buscar atención. Las principales categorías están listadas en la Tabla 6. La razón más frecuentemente citada es que los hogares consideraron a la enfermedad como una dolencia menor. Esta cifra aumentó de 25 por ciento a 40 por ciento. La siguiente razón más importante es la automedicación —33 por ciento y 52 por ciento en 1997/98— seguida por el costo (20 por ciento). El costo es no solo una razón importante para no buscar atención, sino que es citado como razón por el doble de hogares que en 1997. Las categorías de “automedicación” y “dolencia menor” podrían ocultar otras razones fundamentales para no buscar atención, como la calidad del servicio y el precio, aunque la “calidad del servicio es mala” fue una de las categorías listadas en el cuestionario de la encuesta y obtuvo menos de 1 por ciento de respuestas positivas. Sería valioso explorar estos temas más exhaustivamente en futuras encuestas de hogares. A pesar de la ambigüedad de algunas categorías, las encuestas reflejan que el costo es una consideración importante en la búsqueda de atención, y que la distancia a los establecimientos parece no ser relativamente importante.

TABLA 6

**Razones para no buscar atención, 1997-98 y 2000-01**

Razones para no buscar atención	EIH 1997-98	EIH 2000-01
Dolencia menor	25	40
Establecimientos alejados	3	4
Es caro	10.5	20
Automedicación	52	33
Otras	9.5	3

*Fuente* Estimaciones del Banco Mundial basadas en la EIH 1997-98 y EIH 2000-01

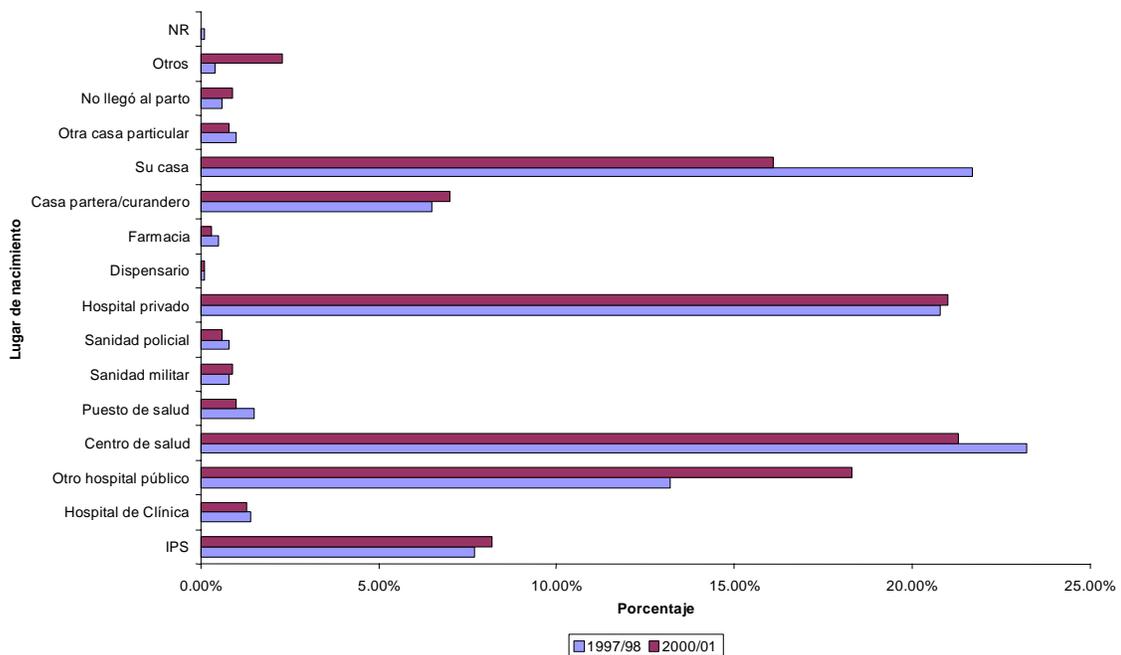
39. La utilización de establecimientos de salud públicos ha aumentado en el tiempo, a expensas del sector privado. Entre 1997 y 2001 el porcentaje de personas enfermas que solicitó atención médica en establecimientos públicos aumentó de 40 a 45 por ciento, mientras que el porcentaje de personas que buscaron atención en establecimientos privados —hospitales o centros privados, centros ambulatorios básicos, o farmacias— cayó de 55 por ciento a 48 por ciento. Esto podría sugerir una razón económica, dado que los establecimientos privados suelen ser más costosos en promedio que los establecimientos públicos. Un análisis de la utilización de los establecimientos por quintiles muestra que los ricos usan principalmente establecimientos privados —57 por ciento de los hogares en el quintil más alto concurren a un establecimiento de salud privado cuando están enfermos— mientras que los pobres usan principalmente

establecimientos públicos: 23 por ciento de los hogares en el quintil más pobre utilizan centros de salud básicos y 29 por ciento recurre a un curandero tradicional.

40. Los hospitales públicos también están siendo utilizados más a menudo para nacimientos. Según la EIH 1997/98 y 2000/01, la utilización de hospitales públicos para el último nacimiento aumentó de 13,2 a 18,3 por ciento. Un análisis por quintil muestra que el quintil más pobre aún prefiere dar a luz en el hogar, pero ese porcentaje ha disminuido de 52 a 38 por ciento. El quintil más rico sigue prefiriendo los hospitales privados, donde da a luz el 44 por ciento de este quintil.

FIGURA 5

**Cada vez más mujeres dan a luz en hospitales públicos en lugar de centros de salud o sus hogares**



Fuente: Estimaciones del Banco Mundial basadas en EIH 1997/98 y 2000/01

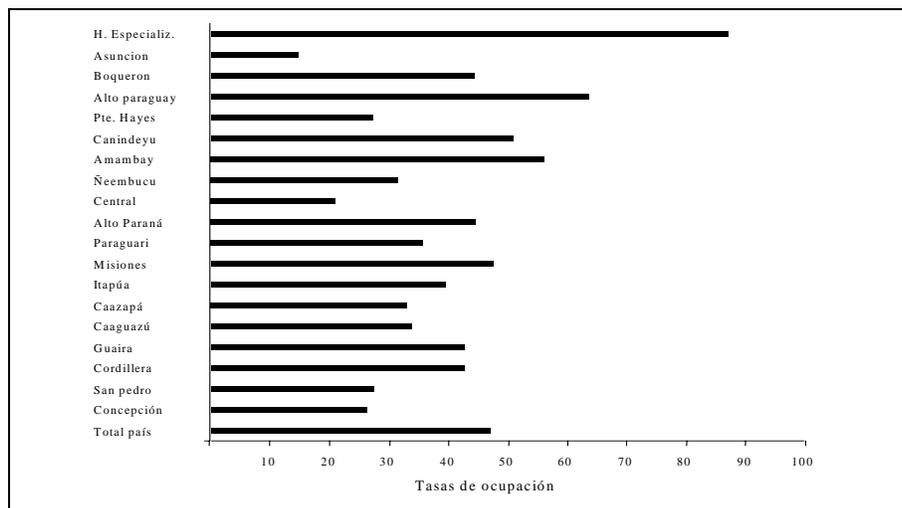
#### 1.4 Problemas del Lado de la Oferta. Características de los Establecimientos

41. Durante los últimos años de la década de 1990 el Gobierno de Paraguay siguió una agresiva política de construcción de establecimientos de salud. Entre 1997 y 2002 el número de establecimientos de salud administrados por el Ministerio de Salud aumentó en casi 20 por ciento, de 725 a 849, con un aumento concomitante en el número de camas, de 3.268 a 3.981. El aumento en el número de establecimientos no benefició a todos los Departamentos de la misma manera. Hay una relación un tanto débil entre la población y el número de establecimientos en cada Departamento, y además, los establecimientos no registran el mismo grado de uso. La mayoría de los establecimientos están siendo utilizados a niveles muy por debajo de su capacidad total. Las tasas de ocupación no son muy altas en general y muestran una significativa variación

entre Departamentos, sugiriendo que la demanda de servicios parece no haber sido tomada en cuenta cuando se tomaron las decisiones de construir nuevos establecimientos. Como muestra la Figura 6, las tasas de ocupación varían entre 15 y 87 por ciento, con un promedio para el país de 47 por ciento.

FIGURA 6

**Las tasas de ocupación son bajas y muestran variaciones significativas entre Departamentos**



Fuente: Ministerio de Salud, 2000.

42. El personal médico también está distribuido desigualmente entre las regiones. La correlación entre médicos y población por Departamento es levemente positiva. A pesar de ello, el número de médicos por cada 10.000 habitantes varía significativamente entre los Departamentos; dejando a Asunción de lado, con 19,5 médicos por cada 10.000 habitantes, el número de médicos varía entre 1,2 y 4,5 por cada 10.000 habitantes.<sup>6</sup>

43. Desde que se implementó la política de invertir en infraestructura, no se ha realizado un análisis sistemático de los cambios, si los hubo, que los establecimientos de salud del país han experimentado. La encuesta de este tipo más reciente fue implementada en 1998, como parte de un estudio que analiza el efecto de la descentralización sobre los resultados de salud, financiado por USAID.<sup>7</sup> La encuesta fue conducida en 124 establecimientos públicos en los Departamentos de Asunción, Central, Cordillera, y Misiones, y contiene una variedad de preguntas sobre el tipo de servicios prestados y las principales características de cada establecimiento. Para los fines de este informe una nueva encuesta fue conducida en los mismos Departamentos, sobre 76 establecimientos administrados por el Ministerio de Salud y 10 establecimientos administrados

<sup>6</sup> Ministerio de Salud (2004) "Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud: Los Nuevos Enfoques en la Gestión de Recursos Humanos en Salud".i88

<sup>7</sup> MEASURE (1999). Un estudio también fue conducido por el BID en 1996 para analizar algunas características de la oferta y la demanda de atención de salud.

por el IPS, una muestra que refleja la porción aproximada de establecimientos que cada institución administra en el país y su distribución por nivel de complejidad. Hay una gran superposición de establecimientos en ambas encuestas para poder proporcionar comparaciones válidas. Esta encuesta fue complementada con entrevistas a los prestadores, observación de pacientes, entrevistas de salida a los pacientes, y encuestas de hogares para explorar una serie de hipótesis que se desarrollan en los capítulos dos y tres. A continuación se presenta un resumen de las principales conclusiones de la encuesta de establecimientos, destacando los principales cambios acontecidos desde 1998.

**(i) Disponibilidad de los Servicios de Salud: Atención Materna**

44. Las actividades relacionadas con la atención materna pueden agruparse en (i) atención prenatal, (ii) nacimiento, y (iii) post parto, y en general no son óptimas. La atención prenatal se presta casi universalmente en los Departamentos de la muestra, excepto en el Departamento Central, donde el porcentaje de establecimientos que ofrece este servicio es cercano al 85 por ciento. Sin embargo, parece haber un déficit en servicios relacionados, como la entrega de Vitamina A, Ácido Fólico, suplemento Mineral para mujeres embarazadas, y sonogramas, que tal vez refleje la baja calidad del tipo de atención prenatal prestada. Por ejemplo, menos del 30 por ciento de los establecimientos ofrece suplemento de vitamina A (16 por ciento de los establecimientos se encuentran en Cordillera y Misiones).

45. Por otra parte, los establecimientos parecen estar menos preparados para manejar actividades relacionadas con el nacimiento. El porcentaje de establecimientos que manejan partos normales es de alrededor del 50 por ciento, con el porcentaje más alto en Cordillera (72 por ciento de los establecimientos). Sin embargo, solo 32 por ciento de los establecimientos de la muestra tienen la capacidad de manejar complicaciones relacionadas con los nacimientos.

46. Existen algunas diferencias en el tipo de atención materna ofrecida por tipo de establecimiento. El IPS por ejemplo, ofrece buena atención pre y post natal, dado que un gran porcentaje de sus establecimientos proporciona sonogramas y servicios preventivos como suplemento de vitaminas y minerales. Sin embargo, la atención de nacimientos es bastante menor (normales o con complicaciones). Esta situación es consistente con la información de la encuesta de hogares según la cual los hospitales del Ministerio de Salud son la opción preferida para dar a luz, y tal vez sugiere la presencia de subsidios cruzados del Ministerio de Salud al IPS. En la muestra de establecimientos encuestados para este estudio, 75 por ciento de los hospitales del Ministerio de Salud ofrecen servicios de parto normal y 70 por ciento maneja complicaciones relacionadas con el nacimiento. También parece que muchos centros de salud —81 por ciento— manejan nacimientos normales, a diferencia de los puestos de salud que no están preparados para hacerlo. Los procedimientos de alta tecnología y las actividades más complicadas se realizan principalmente en hospitales (sonogramas) y casi ningún puesto de salud está preparado para manejar nacimientos complicados.

47. Cuando se compara la información sobre la encuesta actual con la de 1998, los cambios más significativos son el aumento en actividades relacionadas con la nutrición (por ej., el aumento en la proporción de establecimientos que proporcionan Vitamina A aumentó del 14 al 28 por ciento) y la proporción de establecimientos que manejan complicaciones relacionadas con el nacimiento, que, aunque aún es baja, muestra un aumento de 24 a 33 por ciento. Existe también una reducción en el número de días en que la mayoría de los servicios son ofrecidos, particularmente los relacionados con nacimientos normales y complicados.

TABLA 7

**Porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios de atención materna seleccionados 1998-2004**

Servicios	Establecimientos que ofrecen el servicio (%)		Número promedio de días que el servicio es ofrecido por semana	
	1998	2004	1998	2004
Control del embarazo	84	91,9	5,3	5,2
Vacunación de mujeres embarazadas	88	90,7	6	5,1
Suplementos de hierro	44	68,6	5,5	4,0
Suplementos de Ácido Fólico	23	58,1	5,5	3,2
Suplementos de Vitamina A	14	27,9	5,7	1,5
Nacimiento Normal	44	50,0	6,7	3,2
Nacimiento con complicaciones	24	32,6	6,5	2,0
Control del puerperio	79	88,4	5,2	5,0
Test de PAP	80	93,0	5,2	5,1

*Fuente* Estimaciones del Banco Mundial y MEASURE (1999)

**(ii) Disponibilidad de los Servicios de Salud —Atención Infantil**

48. En el caso de la atención infantil, también se recabó información sobre actividades preventivas como el control del crecimiento y la vacunación, y actividades curativas como tratamientos de Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) o el uso de terapias de rehidratación. En general, la atención infantil se ofrece más ampliamente que la atención materna, con alguna variación entre Departamentos. Sin embargo, es sorprendente que algunos servicios comunes como la vacunación y el control del crecimiento no son prestados universalmente. Algunos servicios curativos no son prestados universalmente tampoco; por ejemplo solo 76 por ciento de los establecimientos en el Departamento Central y 78 por ciento de los puestos sanitarios implementan la terapia de rehidratación. La principal diferencia entre los establecimientos del IPS y del Ministerio de Salud surge de la baja participación de los establecimientos del IPS en la vacunación y otros tipos de atención preventiva, aunque ofrecen atención curativa casi universal.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Esto es consistente con la contribución que el IPS paga al Ministerio de Salud para financiar atención preventiva.

49. Entre 1998 y 2004 se pueden observar cuatro tendencias importantes: (i) más establecimientos ofrecen vacunación (cerca del 91 al 98 por ciento de los establecimientos dependiendo del tipo de vacunas); (ii) la proporción de establecimientos que realizan control del crecimiento y ofrecen atención prenatal es ahora mayor; (iii) el único servicio que prevalece menos actualmente es el uso de la terapia de rehidratación; y (iv) la proporción de establecimientos que ofrecen control del crecimiento y suplementación de vitamina A es actualmente mayor, pero sigue siendo baja.

TABLA 8

**Porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios de atención infantil seleccionados 1998-2004**

Servicio	Porcentaje de clínicas que ofrecen el servicio		Número promedio de días en que el servicio es ofrecido por semana	
	1998	2004	1998	2004
Vacunación BCG	81	90.9	2	1.8
Vacunación Polio	90	97.7	5.5	5.5
Vacunación DPT o Quintuple	90	97.7	5.5	5.4
Vacunación Sarampión	88	97.7	2.9	5.2
Control del crecimiento	70	86.4	4.9	4.5
Tratamiento de Diarrea	93	95.5	5.9	5.6
Tratamiento de ERA	89	95.5	5.6	5.5
Atención Perinatal	78	88.6	5.3	4.9
Terapia de Rehidratación	89	72.7	5.9	4.1
Suplementos de Vitamina A	12	25.0	5.6	1.3

Fuente: Estimaciones del Banco Mundial y MEASURE (1999)

**(iii) Infraestructura y Disponibilidad de Suministros**

50. En general la infraestructura de los establecimientos mejoró entre 1998 y 2004, en algunos casos significativamente. Por ejemplo, la proporción de establecimientos con teléfono o radio ha aumentado de 45 por ciento a 64 por ciento, pero es sorprendente que no todos los establecimientos tengan acceso a comunicaciones en caso de emergencias (solo 73 por ciento lo tiene). Todavía existen problemas con el flujo de suministros. Cerca del 12 por ciento de los establecimientos experimentó escasez de agujas descartables en los seis meses anteriores a la encuesta. El mismo fenómeno se observó en 26 por ciento de los establecimientos con respecto a guantes desechables. Además, aún existen establecimientos que no tienen acceso a agua potable (aproximadamente el 7 por ciento).

TABLA 9

**Porcentaje de establecimientos con cierta infraestructura y suministros, 1998-2004**

	1998	2004
Electricidad	100	100,0
Agua potable	85,5	93
Teléfono o radio	45,5	64,2
Acceso a teléfono o radio en caso de emergencia	66,7	72,6
Refrigerador para vacunas	94,6	96,5
Banco de sangre	4,4	16,6
Farmacia	24,1	33,3
Agujas descartables	99	100
Guantes desechables	87,8	100
Falta de stock de agujas en los últimos 6 meses	8,4	11,9
Falta de stock de guantes en los últimos 6 meses	35,8	26,1
Tamaño de la muestra	Ver Nota	84

*Nota* El tamaño de la muestra de la encuesta de 1998 varió entre 92 y 112 dependiendo de la pregunta.

**(vi) Mantenimiento de Registros y Monitoreo**

51. Las encuestas de establecimientos también recabaron información sobre la calidad del mantenimiento de los registros en los establecimientos y el monitoreo llevado a cabo por el Ministerio de Salud (o el IPS). Para el primer tema se pidió a los entrevistadores que examinaran los registros médicos en cada establecimiento y proporcionararan una evaluación de acuerdo con tres categorías: (i) muy bueno; (ii) bueno; y (iii) malo. La Tabla 10 muestra que la evaluación para cerca del 12 por ciento de los establecimientos fue que mantienen malos registros, para el 68 por ciento, que mantienen buenos registros, y para el 19 por ciento, que mantienen muy buenos registros de sus pacientes. Por otro lado, no todos los establecimientos incluyen el domicilio de los pacientes en los registros —solo 79 por ciento de los establecimientos en el Departamento Central lo hace, y 88 por ciento a nivel nacional— mientras que el porcentaje de establecimientos que lleva un registro separado para los aranceles y las exenciones, como manda la ley, es aún menor; solo 67/66 por ciento de los establecimientos cumple con este requisito respectivamente.

TABLA 10

**Prácticas de mantenimiento de registros, totales y por Departamento, 2004 (porcentaje de establecimientos)**

	Total	Cordillera	Misiones	Central	Asunción
Calidad mala de mantenimiento de registros (evaluado por el entrevistador)	11,6	11	8,3	18,4	0
Domicilio del paciente en el registro	88,3	88,8	100	78,9	100
Tiene registro separado para aranceles	67,4	66,6	83,3	65,7	61,1
Tiene registro separado para exenciones	66,2	66,6	66,6	65,7	66,6

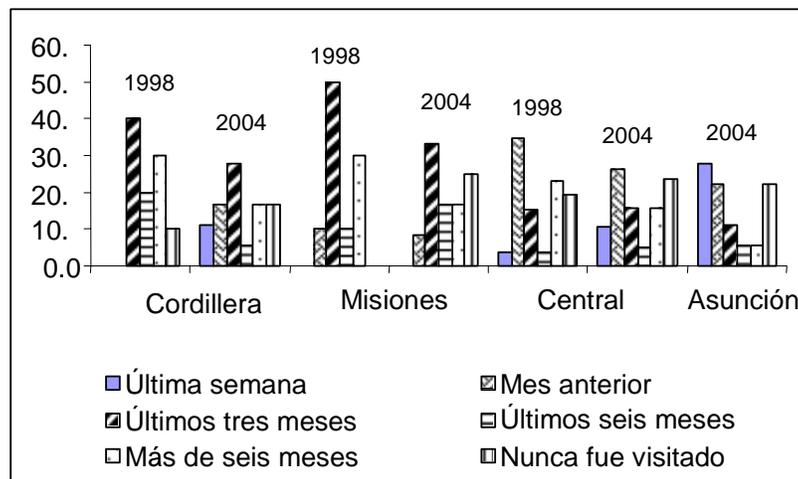
*Fuente* Estimaciones del Banco Mundial basadas en la Encuesta de Establecimientos 2004

52. La encuesta también aporta información sobre la frecuencia e intensidad de las actividades de monitoreo. Los establecimientos deben ser inspeccionados en base a dos criterios por lo menos: (i) los servicios de salud generales que prestan, y (ii) los servicios de inmunización. El hallazgo general es que las actividades de monitoreo no son tan periódicas como deberían ser. De 86 establecimientos encuestados, 19 nunca habían sido inspeccionados por un inspector de salud y 13 nunca habían sido visitados por un inspector de inmunizaciones, representando 22 y 15 por ciento de los establecimientos respectivamente. Los puestos de salud y los establecimientos del IPS tienen la tasa de no inspección más alta (16 por ciento de los puestos de salud y 60 por ciento de los establecimientos del IPS nunca fueron visitados por un inspector de salud).

53. Las actividades de monitoreo se han vuelto más laxas con el tiempo; mientras 15 por ciento de los establecimientos nunca habían sido visitados en 1998, en 2004 el 22 por ciento de los establecimientos nunca había sido visitado por un inspector de salud. La ubicación geográfica de los establecimientos tiene un impacto significativo sobre la probabilidad de recibir una inspección, ya que los establecimientos en Asunción obviamente reciben la mayoría de las inspecciones; cerca del 30 por ciento de los establecimientos habían sido visitados la semana anterior a la encuesta en 2004, y 50 por ciento dentro del mes anterior a la misma. En Misiones, por otra parte, menos del 10 por ciento de los establecimientos habían sido visitados en el mismo período. La frecuencia de las inspecciones también tiene correlación con la ubicación geográfica de los establecimientos. En los últimos seis meses anteriores a la encuesta de 2004 más del 40 por ciento de los establecimientos en Asunción y Central recibieron 4 o más inspecciones, comparados con menos del 20 por ciento de los establecimientos en Cordillera y ningún establecimiento en Misiones.

FIGURA 7

Tiempo de la última visita de un Inspector de Salud, por Departamento 1998-2004  
(porcentaje de establecimientos)



Fuente Estimaciones del Banco Mundial

(v) **Disponibilidad y entrenamiento del personal**

54. La disponibilidad de personal calificado es una de las variables empleadas para evaluar la calidad de la atención. En Paraguay muchos establecimientos no tienen médicos permanentes pero en cambio recurren a personal de medio tiempo. Tener varios empleos es una práctica muy generalizada en la profesión médica, un problema que exploramos en más detalle en el Capítulo 2. Cerca del 38 por ciento de los establecimientos no tiene médicos de tiempo completo en su dotación de personal. La Tabla 11 muestra que los establecimientos de mayor complejidad, como los hospitales, tienen personal más calificado y son más grandes en promedio. Los puestos y centros de salud, por otra parte, se apoyan principalmente en personal y auxiliares de enfermería que tienen muy poco entrenamiento. Finalmente, los establecimientos del IPS cuentan con un gran número de médicos, tanto relativos a los establecimientos del Ministerio de Salud y al número medio de enfermeras. En general los centros y puestos de salud tienen mejor dotación de personal ahora que en 1998, ya que el número medio de médicos y enfermeras se ha elevado levemente. El mismo fenómeno se observa con el número de enfermeras en los puestos de salud.

TABLA 11

**Número medio de personal disponible, por tipo de establecimiento, 2004**

Establecimiento	Médico Generalista	Pediatra	OB/GIN	Enfermera (Licenciada)	Enfermera (Auxiliar)
Hospitales	4	7	3	6	38
Centros de Salud	2	1.5	1	2	9
Puestos de Salud	1	0	0	0	2
IPS	7.5	7	5	2	4

*Fuente* Estimaciones del Banco Mundial

**(vi) Horarios de Atención**

55. Los establecimientos están abiertos en promedio entre 30 y 40 horas por semana, dependiendo de los servicios. Los servicios ofrecidos con más frecuencia horaria son vacunación y planificación familiar, mientras que Ginecología es el que menos se ofrece. Muchos establecimientos ofrecen servicios solamente durante las horas de la mañana o de la tarde, y en muchos casos los servicios no son ofrecidos todos los días de la semana. También existe una variación significativa en los horarios de atención entre y dentro del tipo de establecimiento. Por ejemplo, en promedio los hospitales ofrecen servicios pediátricos durante 44 horas por semana, variando según el nivel de complejidad del hospital, mientras que los centros de salud ofrecen estos servicios durante alrededor de 30 horas por semana, y los puestos de salud, solamente 28 horas semanales. En general los establecimientos del IPS están abiertos durante más horas que los establecimientos del Ministerio de Salud, y la mayor variación en horarios de atención se registra en los centros y puestos de salud. Esta variación también ha aumentado cuando se la compara con los horarios de atención de 1998.

**1.5 Conclusiones y Recomendaciones**

56. Aunque los resultados de salud de Paraguay no son significativamente peores que el promedio para países con niveles de ingreso similares, los promedios nacionales ocultan diferencias notables entre regiones geográficas y niveles de ingreso. El debate actual en atención de salud en Paraguay se centra en cuál es la mejor manera de mejorar estos resultados. El análisis del Capítulo Uno destaca que para mejorar los resultados, tanto los problemas de oferta como de demanda deben ser abordados. Del lado de la demanda, se observa que los hogares no hacen uso de los servicios tanto como en otros países. Además, el patrón observado en otros países está también presente en Paraguay, donde los quintiles más ricos demandan más servicios que los quintiles más pobres. El costo de los servicios parece ser una consideración importante según

informan las encuestas de hogares. Por lo tanto, deberían explorarse los esfuerzos que el gobierno debería hacer para que la atención de salud sea más accesible para los pobres (ver Cuadro 1). Con respecto a la oferta, el informe muestra que la infraestructura física parece estar ampliamente disponible; con una tasa de ocupación promedio del 47 por ciento y con hogares no reportando la distancia a los establecimientos como una de las principales razones para no buscar atención, los problemas de oferta no parecen estar relacionados con la disponibilidad de infraestructura. Por otra parte el informe encuentra evidencia de que se podrían mejorar los insumos (i) estableciendo pautas de dotación de personal claras según la complejidad de los establecimientos; (ii) evaluando el sistema de derivaciones, ya que muchos establecimientos de nivel bajo son muy básicos y no está claro que los pacientes buscan atención en establecimientos de alta complejidad cuando sus casos no pueden ser resueltos en los niveles inferiores; (iii) asegurando que los establecimientos tengan buenas provisiones de suministros y que ofrecen los servicios necesarios para sus respectivas poblaciones objetivo; (iv) analizando patrones de utilización para que los horarios de atención y la disponibilidad de personal entrenado se relacionen con esos patrones.

**Cuadro 1: La Estrategia del Gobierno: Programa de Seguro Materno-Infantil Básico**

Como planteamos en el Capítulo Uno, el costo parece disuadir a muchos hogares de buscar atención. La estrategia del gobierno para el sector salud está respondiendo a este problema en sus planes de salud nacionales. El principio central de este plan es reducir la mortalidad materno-infantil mejorando el acceso a servicios de salud de calidad y expandiendo la cobertura de atención básica para aquellos que no pueden afrontar su costo, a través de aumentos focalizados de gasto público en el sector salud. La estrategia clave para alcanzar este objetivo es iniciar la implementación del Programa de Seguro Materno Infantil Básico (MCBI), que progresivamente aumentaría la disponibilidad y efectividad de los subsidios públicos para mejorar el estado de salud de los pobres. Todas las mujeres en edad reproductiva y los niños de hasta seis años de edad de las áreas geográficas participantes serían elegibles para el programa. Más que un seguro de salud contributivo, el MCBI es un paquete públicamente subsidiado de servicios de salud básicos seleccionados para abordar las principales causas de mortalidad materno-infantil en Paraguay. Tanto el paquete de servicios y la operación del MCBI han sido diseñados para reducir las barreras al uso de servicios de salud básicos por parte de los pobres y la población indígena, particularmente en áreas rurales.

El Programa MCBI será implementado en fases para reducir los riesgos y la complejidad de la ejecución de este tipo de cambios. El MCBI será lanzado en dos departamentos (Itapúa y San Pedro) y a medida que los obstáculos de la implementación son sorteados y el programa es refinado, el esquema sería progresivamente extendido, durante una segunda fase, a ocho departamentos adicionales (Amambay, Canindeyú, Alto Paraná, Pte. Hayes, Boquerón, Concepción, Caazapá y Caaguazú”), cubriendo así más de la mitad del país (10 de 18 departamentos). Estos ocho departamentos podrían entrar en el MCBI cuando estén listos para la implementación como evidencian los acuerdos de gestión firmados, que demuestran compromiso político y capacidad de implementación.

La participación en el MCBI ocurrirá a través del enrolamiento voluntario de las madres y sus hijos. El enrolamiento se realizará a través de campañas de enrolamiento e in situ, cuando la región entre en contacto con los servicios. Los objetivos de cobertura anual (porcentaje de la población objetivo alcanzada a través del MCBI), serán determinados cuando un departamento ingresa en el programa y anualmente de ahí en más.

## CAPÍTULO 2. LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD

57. El análisis del Capítulo 1 resaltó algunos de los problemas que subyacen en la atención de salud en Paraguay. Específicamente, mostró que la utilización de los servicios es baja, y que varía mucho por quintiles, con costo, distancia, mala calidad y mal servicio entre las razones citadas para no buscar atención en establecimientos públicos de salud. El Capítulo 1 también mostró que a pesar de las mejoras de los últimos años, existen aún grandes déficits del lado de la oferta, con respecto a algunos servicios, los requerimientos de personal, y en menor grado, la dotación de suministros.

58. Este Capítulo examina el problema de la calidad de la atención al nivel de los establecimientos, analizando las características de los recursos humanos en salud. La calidad de los recursos humanos es central para la calidad de la atención que reciben los individuos. Este capítulo examina las características de los recursos humanos de salud en Paraguay empleando dos fuentes de información: (i) información administrativa de la base de datos de la nómina de recursos humanos del Ministerio de Salud, la base de datos equivalente para el IPS, y el censo más reciente para recursos humanos de salud implementado por el Ministerio de Salud; (ii) una encuesta, implementada para los fines de este estudio, sobre médicos, pacientes, hogares, y establecimientos de salud. El primer conjunto de bases de datos es empleado para analizar las características de los recursos humanos de salud a un nivel agregado, como su distribución geográfica y clasificación básica según su estado contractual y la naturaleza del trabajo que realizan (administrativo o relacionado con la salud). La información proporcionada por la encuesta sobre el personal de salud, los establecimientos y los pacientes es utilizada para probar un número de hipótesis sobre la relación entre la calidad de la atención prestada por el personal de salud y las características de los establecimientos, médicos y pacientes.

59. La primera parte del capítulo analiza las características del personal del Ministerio de Salud —principalmente— y del IPS, la dimensión de la fuerza laboral, la composición, la distribución geográfica, y las tendencias a través del tiempo. La segunda parte del capítulo discute los factores que afectan la calidad de la atención prestada por el personal de salud, e investiga cómo la calidad es afectada por las características del establecimiento, y de los médicos y pacientes. Las hipótesis iniciales, que la calidad de la atención es relativamente baja y que hay discriminación hacia los pacientes pobres, es decir, que los pacientes pobres reciben en promedio peor calidad de atención que los pacientes ricos, son rechazadas. El estudio halla que no solo la calidad de la interacción entre el personal y los pacientes es relativamente buena, sino que los pacientes pobres no reciben peor atención que los pacientes ricos.

### 2.1 Principales Características de los Recursos Humanos de Salud en Paraguay

#### (i) *Panorama General de los Recursos Humanos de Salud*

60. Las regulaciones que gobiernan la administración de los recursos humanos de salud son fragmentadas e incompletas. A pesar de las numerosas normas que regulan la administración de la fuerza laboral de salud, algunos aspectos esenciales son descuidados. Por ejemplo, existe

sorprendentemente poca mención de una escala salarial y un sistema de promoción; nadie sabe cuál es el salario inicial para un profesional de la salud o cómo se determina, y no hay un mecanismo sistemático en estas regulaciones para recompensar el buen desempeño. La administración del personal de salud está altamente centralizada, ya que las contrataciones y los despidos son manejados directamente por el Ministerio de Salud. Además, se realizan nuevos nombramientos solo como resultado de vacantes, produciendo por lo tanto una desigualdad entre los “cargos” y el trabajo que realmente se realiza.<sup>9</sup>

61. El personal se clasifica según su categoría (médico o administrativo), y el estado contractual (permanente o contratado). Dentro del personal médico hay una enorme gama de categorías, algunos que requieren muy poco entrenamiento o experiencia técnica (como Auxiliares de enfermería). El personal contratado es nombrado por los niveles regionales con acuerdo del Ministerio de Salud y sus contratos son revisados anualmente. Es más sencillo contratarlos y despedirlos, y no reciben beneficios jubilatorios, mientras que el personal permanente es nombrado por un decreto Ministerial, tienen contratos por tiempo indefinido, y más seguridad laboral.

62. Existe un nivel ideal de personal que depende de la complejidad del establecimiento.<sup>10</sup> La Tabla 12 proporciona una lista de las principales categorías, y muestra claramente que el nivel de complejidad de los hospitales determina el número y tipo de personal, una cierta proporción de personal administrativo y personal de salud, y una relación directa entre la complejidad de los establecimientos y la población servida. Estas pautas recomiendan una proporción de personal administrativo por personal de salud de entre 8 y 12 por ciento según el tipo de establecimiento, y que se contraten muy pocos médicos en los centros de salud y ninguno en los puestos sanitarios.

---

<sup>9</sup> Ministerio de Salud y OPS (2004): Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud: Los Nuevos Enfoques en la Gestión de los Recursos Humanos en Salud.

<sup>10</sup> Mongelós de Hamuy: “el empleo y la gestión de los recursos humanos En las regiones sanitarias del ministerio de salud pública y bienestar social”. Tesis para optar por el grado de Magister en salud pública. Diciembre 2001. (Diciembre 2001).

TABLA 12

**Pautas para la asignación de recursos humanos de salud, Ministerio de Salud**

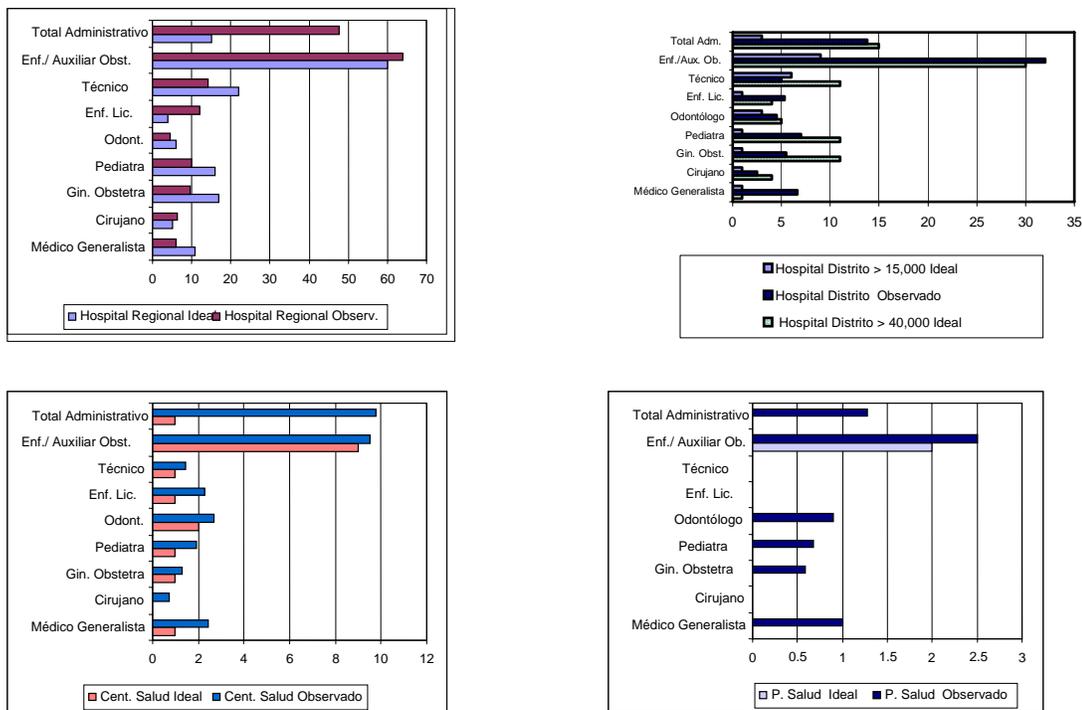
	Nivel de Complejidad				
	Hospital Regional	Hospital de Distrito	Hospital de Distrito	Centro de Salud	Puesto de Salud
PROFESIONAL	>120.000 Hb.	> 40.000 Hb.	> 15.000 Hb.	6 -15.000 Hb.	< 6.000 Hb.
Administrador	1	1	1	0	0
Médico Generalista	11	1	1	1	0
Cirujano	5	4	1		0
Obstetra y Ginecólogo	17	11	1	1	0
Pediatra	16	11	1	1	0
Radiólogo	5	4			0
Odontólogo	6	5	3	2	0
Otros profesionales	8	5	3	1	0
Enfermera Licenciada	4	4	1	1	0
Partera Licenciada	4	6	1	0	0
Especialista en estadística	2	2	0	0	0
Trabajador Social	2	2	0	0	0
<b>TOTAL PROFESIONALES</b>	<b>98</b>	<b>68</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL TECNICOS</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>AUXILIARES</b>					
Auxiliar de Enfermería	60	30	9	6	1
Auxiliar de Obstetricia				3	1
Otros	9	12	7	2	
<b>TOTAL AUXILIARES</b>	<b>69</b>	<b>42</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL ADMINISTRATIVOS</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL APOYO</b>	<b>32</b>	<b>22</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>1</b>

Fuente: Mongelós de Hamuy (2001).

63. Estos parámetros pueden emplearse para estimar si hay escasez de personal en un establecimiento dado comparándolo con la asignación actual para la muestra de establecimientos encuestados para este estudio. La Figura 8 presenta los resultados por tipo de establecimiento. Las cuatro tendencias principales observadas son las siguientes: (i) la disponibilidad de personal no se distribuye en forma pareja entre los establecimientos del mismo tipo. Por ejemplo, el 31 por ciento de los centros de salud no tienen un ginecólogo obstetra, y el 36 por ciento no tiene una enfermera licenciada, a pesar de tener en promedio dos veces más enfermeras que lo sugerido por las pautas; (ii) los hospitales regionales registran en general un déficit en casi todas las categorías médicas y un exceso de enfermeras y auxiliares; (iii) los centros de salud tienen en general un exceso en la mayoría de las categorías; y (iv) la categoría más distanciada de las pautas es la del personal administrativo. Los centros de salud tienen un promedio de 10 empleados administrativos comparados con una pauta de 1; los puestos de salud también tienen personal administrativo a pesar de no ser requerido. Finalmente, los hospitales regionales tienen un promedio de 47 empleados administrativos contra una pauta de 15.

FIGURA 8

Niveles de personal requeridos y actuales por tipo de establecimiento, categorías seleccionadas



Fuente: Estimaciones del Banco Mundial

64. En 2003 el Ministerio de Salud implementó un censo de recursos humanos en todas las regiones sanitarias del país. Los resultados, todavía preliminares, muestran un total de 18.731 empleados trabajando para el Ministerio de Salud y todas sus dependencias. Según el censo, el personal administrativo representa aproximadamente 41 por ciento del total de la dotación de personal del Ministerio de Salud.<sup>11</sup> Los médicos representan sólo un porcentaje menor, cercano al 12 por ciento del total, y como se muestra en el Capítulo 1, muchos establecimientos de salud cuentan solamente con personal de salud con niveles más bajos de conocimientos y entrenamiento, como los auxiliares de enfermería y parteros.

<sup>11</sup> Estos números son un tanto diferentes de los que se emplearon en este estudio, proporcionados por el Ministerio de Salud a través de su base de datos de nómina. Dado que los números del censo son preliminares y no permiten un análisis al nivel de los establecimientos o municipios, la mayor parte del análisis en este Capítulo utiliza la información de la base de datos de nómina salvo que se indique lo contrario. El Ministerio de Salud y la OPS (2004) discuten (Capítulo 5) la falta de uniformidad en las fuentes con respecto al número de personal de salud del país. La fuente de datos es informada donde corresponda.

TABLA 13

**Personal de salud total, censo Ministerio de Salud, 2003**

Categoría	Número	Proporción del Total
Médicos	2.293	12,2
Bioquímicos	317	1,7
Odontólogos	412	2,2
Enf. /Partero Lic.	1.140	6,1
Otros profesionales universitarios	97	0,1
Auxiliar (blanco)	4.743	25,4
Técnico	997	5,4
Otro	1.027	5,5
Administrativo	7.705	41,2
Total	18.731	100

*Fuente:* Censo del Ministerio de Salud

65. Las principales características de la dotación de personal de salud del Ministerio de Salud y del IPS son las siguientes:

- **Tipo de personal:** cerca del 39 por ciento de los cargos en el Ministerio de Salud son administrativos (7.904 de 20.522) mientras que en el IPS el porcentaje de cargos administrativos es 51 por ciento (3,864 de 7593);
- **Distribuciones por género:** el personal de salud femenino representa el 64 por ciento de la dotación del Ministerio de Salud y el 60 por ciento del IPS. Esta proporción se revierte cuando nos enfocamos exclusivamente en los médicos, donde las mujeres representan el 41 por ciento del total en el Ministerio de Salud.
- **Calificaciones:** Al parecer existe una distribución bimodal del personal de salud (blanco) según las calificaciones: un número relativamente alto de médicos y personal auxiliar de nivel bajo, y un número relativamente bajo de personal de nivel técnico. Esta situación es particularmente preocupante en los centros ambulatorios básicos o puestos de salud, o establecimientos que están lejos de centros urbanos, donde el personal médico está ausente y la atención de salud depende de personal con pocas calificaciones.<sup>12</sup>
- **Remuneraciones:** las bases de datos del IPS y del Ministerio de Salud muestran que en promedio los salarios del IPS son significativamente más altos que los del Ministerio de Salud. El personal masculino gana en promedio más dinero, lo que podría ser un reflejo de su acceso más frecuente a cargos de nivel más alto que el personal femenino. También se observa que el esquema de remuneraciones tiende a promover un sistema centralizado, ya que

<sup>12</sup> Ministerio de Salud y OPS (2004).

en los centros nacionales el personal gana en promedio más que el personal que trabaja en los de la periferia.<sup>13</sup>

· **Personal contratado y permanente:** el Ministerio de Salud recurre en gran medida al personal contratado. Alrededor del 46% de los cargos en el Ministerio de Salud son contratados en todo el país, comparados con sólo el 8% en el IPS. Claramente ambas instituciones tienen más personal permanente que contratado. Esta situación se da más en el caso de los cargos administrativos, ya que cerca del 58 por ciento de los cargos no médicos en el Ministerio de Salud son permanentes, mientras que en el caso de los cargos médicos, el 51 por ciento de los cargos son permanentes. El número de cargos contratados han aumentado en el Ministerio de Salud: Entre 2001 y 2004 aumentó cerca del 32 por ciento;

66. Al analizar estas tendencias en recursos humanos de salud, es importante distinguir entre cargos y empleados. Aunque está estrictamente prohibido por ley, un porcentaje significativo de los empleados del Ministerio de Salud y del IPS tienen más de un cargo. Por lo tanto, el número total de cargos es más alto que el número total de empleados. El Ministerio de Salud ha estado incrementando el número de cargos a ser ocupados por personal contratado, sólo parcialmente a expensas de una reducción en el número de cargos permanentes. Los cargos contratados y los empleados aumentaron significativamente entre 2001 y 2004, pero los cargos aumentaron más que los empleados (32 y 27 por ciento respectivamente). Por otra parte, los cargos permanentes y los empleados disminuyeron pero el número de empleados disminuyó más que el número de cargos.

67. Para determinar el grado de pluriempleo, se fusionaron y compararon las bases de datos del Ministerio de Salud y del IPS. Existen 887 empleados que tienen por lo menos un empleo permanente en el Ministerio de Salud y un empleo permanente en el IPS simultáneamente. Incluyendo a todos los recursos humanos con múltiples empleos (dentro del IPS, dentro del Ministerio de Salud, y en las instituciones, tanto permanentes como contratados), hay 2.053 individuos con múltiples empleos, que representan aproximadamente 8 por ciento de la dotación del IPS y del Ministerio de Salud combinadas. El problema del pluriempleo es relevante porque (i) podría ser la razón de por qué muchos establecimientos no disponen de un profesional de tiempo completo; y (ii) podría afectar el desempeño (más adelante en este capítulo se muestra que los trabajadores con múltiples empleos tienen un desempeño inferior al promedio).

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud y OPS (2004).

TABLA 14

**Trabajadores con uno o múltiples empleos en el Ministerio de Salud y el IPS**

Categoría	No médico	Médico	Total
Único empleo en el Moh	7.743	9.680	17423
Único empleo en el IPS	3.140	2.033	5173
Empleos permanentes en el Moh y el IPS	21	861	882
Múltiples empleos permanentes en el MoH	0	1	1
Múltiples empleos contratados dentro del MoH	0	317	317
Múltiples empleos combinados dentro del MoH	5	338	343
Múltiples empleos combinados en el Moh y el IPS	11	441	452
Múltiples empleos contratados en el Moh y el IPS	5	48	53
Fuera de categoría IPS	502	503	1005
Múltiples empleos combinados o permanentes o contratados	1	4	5
Total	11.428	14.226	25654

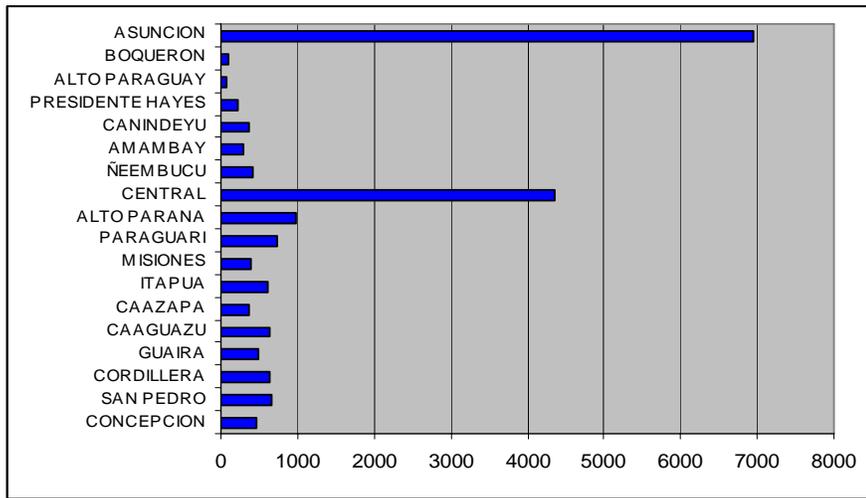
Fuente: Estimaciones del Banco Mundial basadas en las bases de datos de nóminas del Ministerio de Salud 2004 y del IPS 2002

**(ii) Distribución Regional de los Recursos Humanos**

68. Existen algunos rasgos comunes con respecto a la asignación geográfica de los recursos humanos, como el predominio de personal permanente: más de dos tercios de las regiones tienen más personal permanente que contratado. Sin embargo existe una variación significativa en la proporción de personal permanente con respecto al contratado en las regiones. Por ejemplo, en la Región Sanitaria XII, 34 por ciento del personal es permanente mientras que en la Región Sanitaria VII, 72 por ciento del personal es permanente. Existe también una gran variación en la proporción de empleados avocados a tareas administrativas; en regiones como Asunción o Alto Paraguay la proporción de personal administrativo con respecto al personal de salud es casi idéntica —el número de personal de salud es apenas mayor— mientras que regiones como Boquerón o Caaguazú tienen menos de 30 por ciento del personal total dedicado a tareas administrativas. Finalmente, el porcentaje de trabajadores con múltiples empleos también varía por región, reflejando el patrón de los establecimientos disponibles; Asunción registra la mayor proporción de pluriempleo, con 31 por ciento de su personal con más de un empleo.

FIGURA 9

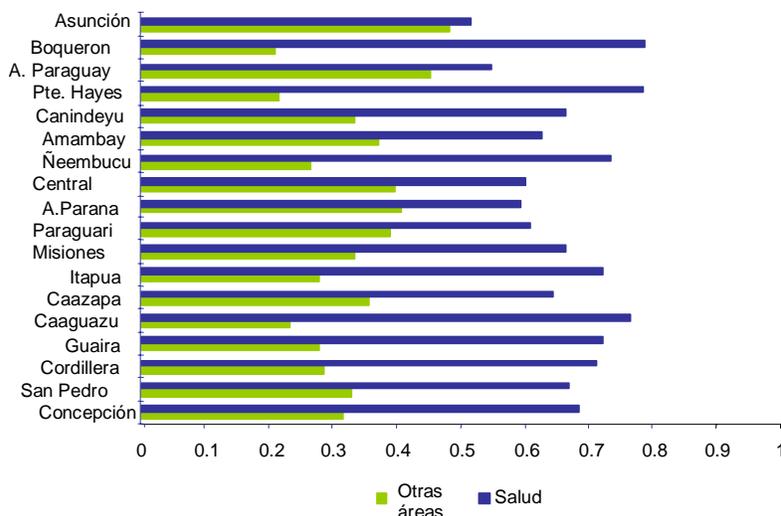
**Número total de empleados, Ministerio de Salud, 2003**



69. Existen varios factores que podrían explicar la distribución de personal en las regiones: (i) el número y tipo de establecimientos, ya que los establecimientos más complejos podrían requerir más personal; (ii) la población de una región; y (iii) los ingresos recaudados, ya que podría argumentarse que los establecimientos “más ricos” podrían contratar más personal. En un análisis de regresión las dos variables que al parecer tienen más importancia para explicar el número y las características del personal son la complejidad promedio de los establecimientos y la población total de una región dada. Tanto el pluriempleo como el número total de personal son afectados positivamente por la complejidad de los establecimientos. En el caso de los trabajadores con múltiples empleos, podría ser que ellos tengan conocimientos especiales que tienen alta demanda, y por lo tanto, prevalecen más en áreas donde los establecimientos son más complejos. El análisis de regresión también parece sugerir que a mayor nivel de complejidad, menor proporción de médicos con respecto al personal administrativo, que indicaría que los establecimientos complejos tienden a requerir una gran proporción de personal administrativo con respecto al personal médico, un resultado un tanto contraintuitivo. Finalmente, la pobreza al nivel regional no afecta al número total de personal o su tipo.

FIGURA 10

**Personal de salud y de otras áreas, por región, Ministerio de Salud 2003**



Fuente: Estimaciones del Banco Mundial basadas en el Censo de Recursos Humanos de Salud del Ministerio de Salud 2003

**2.2 Utilización del estado contractual y otras características para explicar la calidad de la atención**

70. Una de las explicaciones más comunes de las disparidades en la utilización de la atención de salud y de algunos resultados de salud entre los ricos y los pobres ha sido la calidad diferencial de la atención. Tanto la prensa popular como los informes institucionales sugieren que la calidad de la atención disponible para los pobres es significativamente peor que la disponible para los ricos; consecuentemente, la demanda de atención entre los pobres es mucho menor. Sin embargo, no existe documentación sistemática de diferenciales en la atención entre divisiones socioeconómicas y/o evidencia de que el tratamiento que los pobres reciben en establecimientos del sector público sea peor que el de los ricos. El resto del capítulo se dedica a examinar esta cuestión.

71. El siguiente análisis muestra que al contrario de la percepción pública existe poca evidencia de que la calidad de la atención es baja. En promedio, en Paraguay los médicos dedican más tiempo, hacen más preguntas, y realizan más exámenes que aquellos en países de bajos ingresos para los cuales existen datos comparables. Más aún, existe poca diferencia en la calidad de atención recibida por ricos y pobres. Esta “igualdad entre grupos socioeconómicos” es verdadera tanto para la ubicación geográfica de los médicos públicos como para sus patrones de tratamiento. Mientras los médicos del sector público atienden pacientes de un amplio rango socioeconómico, los patrones de tratamiento son los mismos para ricos y pobres. Consecuentemente, la calidad de atención “promedio” que un paciente pobre recibe es idéntica a

la recibida por un paciente rico. Sin embargo, existe una gran variación en la calidad de la atención entre médicos e instituciones, ya que los médicos mujeres, los médicos del Ministerio de Salud (a diferencia del IPS) y los médicos con contratos temporarios tienen un mejor desempeño que sus contrapartes relevantes.

**(i) Metodología**

72. Dos aspectos importantes de la calidad de la atención son (i) su variación, tanto entre grupos de ingreso como entre diferentes médicos e instituciones, y (ii) la contribución relativa del “acceso a la atención” y la “discriminación” en la calidad final de la atención recibida por el paciente. El problema del acceso se refiere a si las personas que viven en áreas pobres tienen acceso solamente a médicos de bajo desempeño, es decir, “¿recibirá el mismo paciente peor calidad de atención de un médico en un área pobre comparado con un médico en un área rica?” El problema de la discriminación se refiere a si el mismo médico trata a pacientes de manera diferente, es decir “si el mismo médico trata a un paciente rico y a uno pobre, ¿recibe este último una calidad de atención más baja?”

73. Para analizar estos temas, se observaron 2200 interacciones médico-paciente en 92 establecimientos públicos —78 del Ministerio de Salud y 14 del IPS— en 4 de 18 regiones sanitarias. Estas 4 regiones —Asunción, Central, Misiones y Cordillera— se encuentran ubicadas alrededor de la capital, y representan al segmento más rico de la población.<sup>14</sup> Dentro de las 4 regiones, la muestra es representativa de establecimientos del MoH y del IPS y sigue la metodología de muestreo de un estudio anterior llevado a cabo en los mismos establecimientos en 1998. Más aún, como cada una de estas 4 regiones se divide en 32 municipios, es posible relacionar la calidad de la atención con las tasas de pobreza municipales empleando un mapa de pobreza de 2003.

---

<sup>14</sup> Los datos censales de 2002 muestran que las tasas de pobreza en estos departamentos fueron menores que en los otros 14.

### Principales Características de la Muestra Utilizada

Los datos provienen de tres fuentes comparadas. La primera es de datos de observación clínica, donde un observador (estudiantes de enfermería, con algún conocimiento médico) se sentó en el consultorio de un médico y observó detalles de cada interacción. Estos detalles incluyeron el tiempo dedicado a cada paciente, el número y tipo de revisiones médicas y el número de preguntas formuladas. Además, el observador también tomó nota de detalles sobre la medicación dada y la disposición para proporcionar información adicional. Cuando los pacientes abandonaban el consultorio, un segundo trabajador de campo los entrevistó y completó un breve cuestionario con información sobre el estado socioeconómico del paciente, su nivel educativo, su estado de salud (medido a través de una medida autoevaluada y Actividades de la Vida Diaria) y su satisfacción con la interacción. Finalmente, los médicos que condujeron las consultas también fueron entrevistados para recabar datos sobre su nivel educativo, experiencia, edad y género. Una descripción detallada de sus antecedentes laborales también aporta información sobre los empleos que tienen actualmente, las horas que trabajan en cada empleo y el salario que ganan. Estos datos comparados son entonces utilizados para comprender la relativa importancia de las características del paciente y del prestador en la calidad de la atención.

La Tabla 1 del Anexo Estadístico presenta algunas características de la muestra: (i) 2200 interacciones médico-paciente fueron observadas, y se condujeron entrevistas de salida con todos ellos luego de la consulta; (ii) 286 médicos participaron en el estudio, implicando un promedio de 7,7 interacciones por médico. Tres cuartos de los médicos que participaron eran del Ministerio de Salud y 23,3 por ciento, del IPS. En el MoH y el IPS había más médicos mujeres y médicos con cargos permanentes. Este orden también es válido para cada institución individualmente, aunque la proporción de mujeres comparada con los hombres es un poco mayor en el IPS y la proporción de médicos contratados es (mucho) más alta en el MoH.<sup>15</sup>

Los médicos con cargos permanentes en la muestra tienden a ser relativamente mayores en edad (45 contra. 40), tienen una tenencia más prolongada en sus cargos actuales (19 años contra 14 años) y ganan salarios más altos (Gs. 1.688.686 contra 1.205.981). Como en otros países, los médicos pueden simultáneamente tener un cargo público y uno privado. En nuestra muestra, 22 por ciento de los médicos también trabaja en clínicas privadas. Los pacientes en la muestra tienden a ser femeninos (66.5%), jóvenes, y con un promedio de 8.2 de años de escolaridad. Para la mayoría (86.4%) esta fue la primera visita a un establecimiento de salud por una enfermedad, y la mayoría concurre al establecimiento más cercano a su lugar de residencia. No sorprende, dado el requerimiento de empleo para una visita al IPS, que el paciente promedio del IPS sea más rico y educado comparado con un paciente del MoH.

74. Para medir la calidad de la atención se utilizan dos índices. El primer índice, llamado “calidad de interacción” (de aquí en adelante QI) captura la atención prestada para cada interacción médico-paciente, y por lo tanto toma un valor diferente para cada *par* médico-paciente. Dado que el índice QI refleja tanto la práctica de los médicos como la condición del paciente, un segundo índice, llamado “calidad de atención” (índice QC) fue construido para aislar la calidad de atención específica del médico controlando un amplio rango de características relevantes de los pacientes. A diferencia del índice QI, la medida del QC toma un valor diferente solo por cada *médico* de la muestra, ya que todas las características del paciente han sido promediadas. De esta manera, existen 2200 valores del índice QI pero sólo 286 valores del índice QC.

#### (ii) Resultados

75. El primer conjunto de resultados analiza el índice QI. La Tabla 15 explora la calidad promedio de las interacciones y compara Paraguay con otros países. La tercera columna de la

<sup>15</sup> Esta no es una faceta de la muestra: los datos de nómina para todos los empleados del MoH y del IPS revelan que el 46 por ciento de los cargos del MoH son contractuales comparados con 8 por ciento en el IPS.

tabla (el índice QI) muestra el valor promedio del índice para médicos en los terciles más bajo, medio y más alto. La diferencia entre cada uno de estos terciles es aproximadamente 1 desviación estándar. La cuarta, quinta y sexta columna presentan entonces los valores promedios de cada componente del índice—el tiempo dedicado a cada paciente, las preguntas formuladas y el número de revisiones médicas realizadas. El índice diferencia bastante bien entre diferentes médicos—los del tercil más bajo dedicaron en promedio 5,8 minutos a cada paciente, hicieron 5,3 preguntas y realizaron 1,4 revisiones. Por el contrario, los médicos en el tercil más alto dedicaron 11,3 minutos, hicieron 11,9 preguntas y realizaron 3,6 revisiones. Del tercil más bajo al más alto se duplica de esta manera la calidad de la interacción entre el paciente y el médico.

76. El desempeño de los médicos de Paraguay es mejor que en otros países de ingresos bajos como Tanzania, Nigeria, Malawi e India, y se compara bien aún con los países de ingresos más altos. Esto no se relaciona solamente con el ingreso de un país; los médicos en Paraguay informan consultas de mayor duración que en Alemania y España y dedican alrededor de 1 minuto menos de tiempo que los médicos del Reino Unido.

TABLA 15

**Evaluación de la calidad de la interacción**

Muestra	Categorías de esfuerzo o país	Medida del esfuerzo	Tiempo dedicado	Preguntas formuladas al paciente	Número de revisiones médicas
Paraguay	Médicos que realizan un esfuerzo bajo	-0,46	5,79	5,33	1,38
	Médicos que realizan un esfuerzo medio	-0,02	7,90	7,50	2,93
	Médicos que realizan un esfuerzo alto	0,56	11,34	11,91	3,64
	Todos los médicos	0,03	8,33	8,23	2,65
Comparaciones Internacionales	Delhi <sup>a</sup>	N/A	3,80	3,20	
	Tanzania <sup>b</sup> (2003)	N/A	6,95	3,57	
	Tanzania <sup>c</sup> (1991)	N/A	3,0	N/A	N/A
	Nigeria	N/A	6,3	N/A	N/A
	Malawi	N/A	2,3	N/A	N/A
	Alemania		7,6 (4,3)		
	España		7,8 (4,0)		
	Países Bajos		10,2 (4,9)		
	Bélgica		15,0 (7,2)		
	Reino Unido	N/A	9,4	N/A	N/A

Fuente: Estimaciones del Banco Mundial

77. El problema de la igualdad de acceso es analizado relacionando el índice QC con las características del área donde está ubicado el establecimiento, las características del médico y las características de la institución en la cual el médico practica. Específicamente, se estudia la relación entre el índice QC y la tasa de pobreza del municipio y el índice QC y el tipo de establecimiento (Ministerio de Salud o IPS), y la diferencia en el índice QC entre médicos mujeres y hombres, médicos con cargos permanentes y temporarios, médicos que reciben mayores y menores salarios, y trabajadores con un único empleo o múltiples empleos.

78. La Figura 11 compara los valores del índice QC para los médicos de municipios con tasas de pobreza altas/bajas así como también médicos de establecimientos de salud con grados variados de complejidad (puestos de salud, centros de salud, hospitales -regionales, de distrito y especializados- y del IPS). Ambas comparaciones revelan patrones similares. El valor del índice QC es *mayor* para los médicos que se encuentran en municipios con altas tasas de pobreza y es mayor para los médicos que trabajan en centros de salud más pequeños con menores niveles de complejidad. Dado que los establecimientos de menores dimensiones suelen estar ubicados en regiones rurales con tasas de pobreza altas, los dos patrones son mutuamente consistentes. Los médicos del IPS tienen un desempeño marcadamente inferior y lo mismo es verdadero para los médicos en establecimientos más complejos, como los hospitales. En el IPS, el índice QC es casi 1 desviación estándar menor que la calidad en los puestos de salud. Esto corresponde aproximadamente a 5 minutos, 5 preguntas y 2 revisiones menos en los establecimientos del IPS comparados con los puestos de salud.

79. La Figura 12 explora otra característica saliente del índice QC al comparar el valor del índice para diferentes tipos de médicos. De manera uniforme, los médicos mujeres, los médicos con un contrato temporario y los médicos con salarios *más bajos* parecen tener un mejor desempeño que sus contrapartes relevantes. Por lo tanto, el índice QC para médicos hombres en el MoH es 0,2 desviaciones estándar por debajo de la media comparado con 0,4 desviaciones estándar por encima de la media para las mujeres. Los valores son menores tanto para hombres como mujeres en el IPS, pero la magnitud de la diferencia es equivalente—0,6 d.e. por debajo de la media para los hombres y 0,2 d.e. para las mujeres. El índice QC para médicos en cargos permanentes es menor que para aquellos con cargos temporarios contratados con una diferencia promedio de 0,27 d.e.; nuevamente el mismo patrón se cumple separadamente para el MoH y el IPS. Finalmente, existe una sorprendentemente *negativa* correlación entre el salario de un médico y su desempeño. La diferencia entre médicos en el tercil de salario más bajo es alrededor de 0,5 desviaciones estándar más alta que para aquellos en el tercil más alto. Dado que los salarios se determinan principalmente caso por caso, sin ninguna estructura o escala de compensación, este resultado sugiere que los médicos que pueden negociar salarios mayores también tienden a tener peor desempeño. Esto se opone a lo que se esperaría si la paga estuviese relacionada con el desempeño. Finalmente, los trabajadores con múltiples empleos tienen un desempeño significativamente peor que los que tienen sólo un empleo.

FIGURA 11

Calidad de atención sobre prestadores y niveles de pobreza en el área

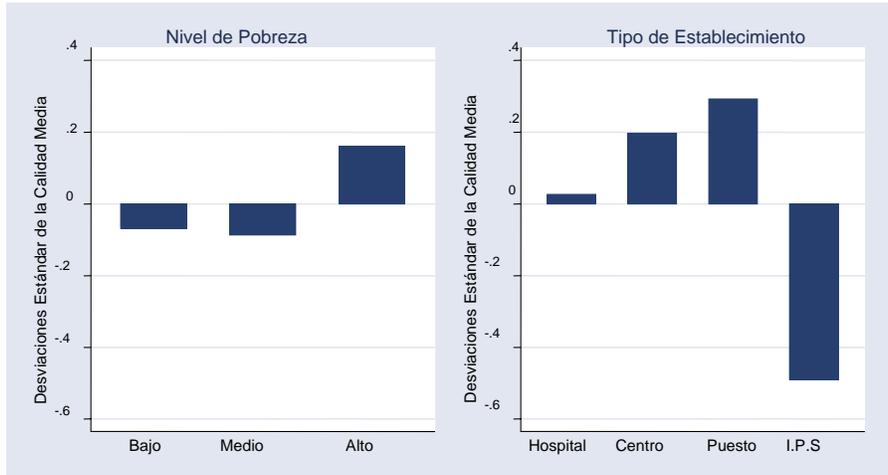
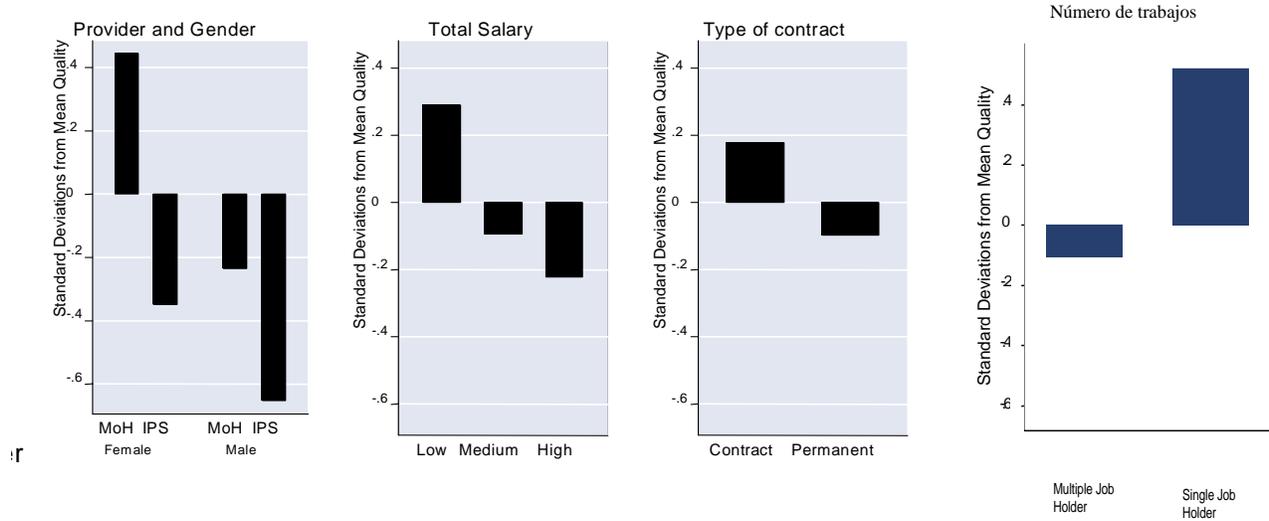


FIGURA 12

Calidad de servicio sobre género, salario y tipo de contrato



80. El tercer conjunto de resultados estudia el problema de la discriminación hacia los pobres, analizando si el *mismo* médico tiene valores más altos de QI para pacientes de mejores contextos socioeconómicos, controlando por otras características de los pacientes. Si fuera así, esto implicaría discriminación sistemática con patrones de tratamiento diferencial por parte del mismo médico entre pacientes ricos y pobres. Las tres características relevantes de los pacientes son educación, género, y condición socioeconómica. El análisis (informado en el Anexo 1) muestra que no existe discriminación entre pacientes masculinos femeninos o discriminación basada en el nivel educativo. Con respecto a la riqueza de los pacientes, medida por el índice de bienes, el análisis muestra que no solo no existe discriminación contra los pobres, sino lo *contrario*: no solo las áreas pobres tienden a tener un mejor servicio que el promedio, sino que los pacientes menos afortunados también tienden a recibir un mejor servicio que el promedio.

**2.3 Conclusiones y Recomendaciones**

81. Paraguay no cuenta con una política de recursos humanos integral para la salud. Las leyes y resoluciones que regulan la administración de los recursos humanos dejan muchos problemas sin resolver, creando incentivos perversos que afectan el desempeño negativamente. Por lo tanto (i) el personal no está distribuido de forma pareja entre las regiones sanitarias, (ii) existe una alta

variación en el tipo y número de personal por establecimientos de las mismas dimensiones y características, (iii) existe escasez de personal calificado en algunas áreas y un exceso en otras, (iv) existe un gran número de trabajadores de medio tiempo que tienen múltiples empleos y cuyo desempeño es peor que el promedio para sus trabajos. Además, la proporción de personal dedicado a tareas administrativas parece grande, al menos comparada con las pautas, y no se desempeñan en su trabajo adecuadamente como revelaron las prácticas de mantenimiento de registros y la aplicación de reglas para aranceles y exenciones (ver Capítulo 3). La ausencia de una escala salarial, el hecho de que salarios y cargos son negociados individualmente de manera ad-hoc, y la ausencia de un sistema monetario que recompense el desempeño han creado una serie de incentivos negativos que se reflejan en un desempeño deficiente por parte de (i) los trabajadores con salarios altos, (ii) el personal permanente, y (iii) los trabajadores con pluriempleo.<sup>16</sup>

82. Es esencial por lo tanto que Paraguay defina una política de recursos humanos para el sector de la salud, revisando las reglas y regulaciones y llenando los vacíos para reducir los incentivos perversos que afectan el desempeño. Esta política debería:

- i. Estimar las necesidades de personal. Las pautas vigentes podrían ser un buen punto de partida. Además los criterios para la asignación de recursos humanos deberían refinarse, estableciendo criterios por ubicación geográfica, tipo de establecimiento, nivel de complejidad, población, y perfiles socioeconómicos, epidemiológicos, y demográficos de la población a ser cubierta.
- ii. Cuantificar la brecha entre las necesidades y la disponibilidad actual de personal
- iii. Diseñar una metodología para evaluar el desempeño y la productividad del personal
- iv. Diseñar un mecanismo para incentivar al personal para que se reubique según la necesidad (por ej., traslados a áreas rurales o menos pobladas) y para que tenga un buen desempeño (revisión de la escala salarial, mecanismo de promoción, y prácticas de contratación)

83. El análisis de la calidad de la atención muestra que los pobres reciben un servicio levemente mejor o similar al de los ricos, al menos en el sector público. Por lo tanto no existe evidencia de discriminación hacia los pobres en lo que respecta a la atención recibida del personal de salud, y la calidad general de la atención ambulatoria parece ser bastante buena. Los ricos casi con seguridad utilizan el sector privado más y probablemente reciben una mejor calidad de atención, pero al menos dentro del sector público el país ha logrado una paridad notable entre pacientes de diferentes contextos socioeconómicos.

---

<sup>16</sup> En 1998 se encargó un estudio para analizar la escala salarial del personal de salud. El estudio halló que (i) existen alrededor de 300 categorías presupuestarias para asignar salarios y 91 grados salariales (esto quiere decir que el mismo salario se aplica a más de una categoría); (ii) el salario no está relacionado con la antigüedad, los conocimientos técnicos, estudios, o la ubicación geográfica de los establecimientos; (iii) no existen criterios claros para clasificar los cargos o funciones y los trabajadores no conocen su respectiva categoría presupuestaria que determina su salario. (Mongelos 2001).

84. El informe halla una correlación positiva entre la calidad de atención y la tasa de pobreza municipal, que desaparece cuando se incluyen las características de los médicos. Esto implica que los médicos con mejor desempeño están también desproporcionadamente ubicados en áreas más pobres. Una simple tabulación lo confirma: el personal de salud ubicado en los municipios más ricos tiende a tener contratos permanentes con salarios negociados mucho más altos, y estos son los mismos médicos cuyo desempeño es más bajo. Estos datos son consistentes con la explicación de que los médicos que tienen un considerable poder de negociación dentro de la jerarquía de la salud reciben mejores cargos (permanentes a diferencia de los contratos temporarios) y mayores salarios. Dado su poder de negociación su desempeño es también bajo. Por lo tanto, el desempeño más alto en los municipios más pobres tiene más que ver con los cargos negociados en el Ministerio de Salud, donde aquellos con menor poder de negociación pero mayores incentivos para prestar atención de calidad son asignados a áreas más pobres, y menos que ver con consideraciones de equidad explícitas. Por una parte, esto tiene implicaciones positivas para la calidad de la atención recibida por diferentes grupos de la población, y es similar a las estrategias empleadas en otros países (Barber y Gertler 2005 documentan el caso para Indonesia) y en otros sectores (un número de países envían maestros “practicantes” a áreas rurales). Por otra parte, el sistema salarial invierte la noción de “pago por desempeño”: en Paraguay los médicos con *menor* desempeño reciben *mayores* salarios. Esto es particularmente cierto para las mujeres, que consistentemente tienen mejor desempeño que los hombres, pero reciben salarios inferiores. Dado el vínculo entre incentivos y desempeño, una escala salarial basada en una capitación o en honorarios por servicios podría aumentar dramáticamente la calidad de la atención de salud. Esto también sería más justo para los médicos, particularmente para aquellos con poder de negociación limitado.

85. La gran diferencia en calidad entre los establecimientos del IPS y del MoH es desconcertante, dado que todos los pacientes que visitan establecimientos del IPS pueden elegir visitar establecimientos del Ministerio de Salud, pero no viceversa. ¿Por qué los pacientes no utilizan médicos mujeres, médicos con contratos temporarios y médicos del MoH más, especialmente dada la fuerte asociación entre la satisfacción de los pacientes y la calidad de la atención? Una explicación es la falta de información con respecto a los indicadores de calidad entre médicos y establecimientos. Si este razonamiento es válido, una política apropiada sería difundir información sobre varias dimensiones de calidad a la población general.

86. La recomendación obvia en este caso es establecer pautas claras sobre salarios y promociones, para limitar el poder de negociación de los “malos médicos”, y reducir los incentivos perversos para el mal desempeño.

87. El análisis de este capítulo tiene algunas limitaciones. En primer lugar, se aplica solamente a la calidad de la atención ambulatoria. No existen contradicciones con el análisis previo del capítulo que muestra que un significativo número de establecimientos emplea personal de bajo nivel técnico, especialmente en áreas rurales, el cual se refiere principalmente a procedimientos complejos y de internación. En segundo lugar, aunque la muestra es

representativa de la distribución de establecimientos entre el Ministerio de Salud y el IPS en el país, sólo cubre cuatro Departamentos. Debería realizarse un estudio similar en el resto del país cuando se diseñe la política integral de recursos humanos de salud. En tercer lugar, el análisis se aplica al personal de salud que estuvo presente en el momento de la observación/entrevista. El estudio no aborda el problema del ausentismo, o cómo los médicos de medio tiempo y los horarios de atención reducidos se reflejan en la calidad de la atención. Estos aspectos muy probablemente afectan el desempeño negativamente. La encuesta de establecimientos abordó el problema del ausentismo indirectamente, dado que a los directores de los establecimientos se les pidió que proporcionaran una lista de los empleados y dijeran si estaban presentes, en el caso de que se supusiera que debían estarlo. Cerca del seis por ciento del personal de salud que debía estar presente en el momento de la encuesta no lo estaba. De la misma manera, el análisis se basa en un margen intensivo, es decir, condicionado a un servicio ofrecido, evalúa cuán bueno es el servicio. El margen extensivo, es decir, si un cierto servicio es ofrecido, fue analizado por medio de la encuesta de establecimientos e informado en el Capítulo 1, y se llegó a la conclusión de que aún existen muchos desafíos con respecto a la disponibilidad del servicio. Finalmente existen otras dimensiones de calidad y discriminación que no fueron incluidas en el análisis, como la etnicidad.

### CAPÍTULO 3. ARANCELES

88. Muchos países en desarrollo han adoptado un sistema de aranceles para los usuarios que financian parcialmente los gastos de salud. Sin la posibilidad de financiar la atención de salud a través de impuestos generales, algunos gobiernos han recurrido al cobro de aranceles por el uso de los servicios, y en algunos casos los aranceles se transformaron en una significativa fuente de ingresos. Están en juego consideraciones de eficiencia y equidad cuando se discute la implementación de un sistema de aranceles para los usuarios. Desde el punto de vista de la eficiencia, el sistema de aranceles genera distorsiones en el comportamiento de establecimientos y pacientes y por lo tanto es esencial encontrar el mecanismo de implementación correcto. Desde el punto de vista de la equidad, el efecto teórico de los aranceles sobre el bienestar de los pobres es ambiguo.<sup>17</sup> Por una parte, sus proponentes sostienen que los aranceles son una fuente de ingresos que (i) podría aumentar la demanda de servicios si las ganancias son utilizadas para mejorar la calidad de los servicios prestados; (ii) podría reducir los gastos de bolsillo en salud si sustituyera servicios públicos vendidos a un precio menor por servicios privados más caros; y (iii) podría focalizarse adecuadamente en subsidios para los pobres si es combinado con un sistema de exenciones. Por otra parte, sus oponentes sostienen que los aranceles (i) rara vez dan como resultado una mejora en la calidad de la atención; (ii) tienden a reducir la demanda de atención de salud por parte de los pobres por encima de los niveles óptimos al aumentar el precio; y (iii) son utilizados de manera excesiva y muchas veces sobrepasan a otras fuentes de financiamiento para los servicios de salud, como los impuestos generales, lo cual perjudica a los pobres desde un punto de vista de equidad.

89. La discusión implica entonces tres problemas principales: (i) ¿cuán buenos son los aranceles como fuente de ingresos? (ii) ¿qué tipo de distorsiones en comportamiento crean las reglas que gobiernan a los aranceles? Y (iii) ¿qué tipo de consecuencias para la equidad tienen el sistema de aranceles y el sistema de exenciones que lo acompaña —si es que existe? Este capítulo aborda los tres problemas analizando las características de los sistemas de aranceles y exenciones en Paraguay. Primero describe el presupuesto, las fuentes y el uso de fondos de la salud pública y su evolución en el tiempo, mostrando que los aranceles se han convertido en una fuente significativa de ingresos. Seguidamente describe las regulaciones que gobiernan a los sistemas de aranceles y exenciones para los usuarios en Paraguay, y concluye que el sistema actual está potencialmente creando grandes distorsiones de comportamiento, que tienen como resultado principalmente una comunicación de información insuficiente por parte de los establecimientos, y que no necesariamente está aumentando la calidad de la atención. Finalmente, aporta evidencia empírica sobre la distribución de recursos provenientes de los aranceles entre las regiones y los establecimientos, la medida en que los establecimientos tienen conocimiento y aplican las reglas que gobiernan las exenciones, y cuán bien se toman en cuenta las consideraciones de equidad en la exención de pacientes. Los resultados generales sugieren que (a) las pautas de los aranceles son poco claras y a menudo no son aplicadas; (b) el sistema de aranceles para los usuarios es moderadamente progresivo, de manera que los pobres pagan menos

---

<sup>17</sup> Ver Banco Mundial (2003) para una discusión más profunda.

que los ricos, pero la principal diferencia es el margen extensivo —o sea que los pobres están totalmente exentos más que los ricos— en lugar del margen intensivo —o sea, condicionado a haber pagado algo, los pobres no pagan menos; y (c) existen grandes errores en el cobro de aranceles y exención de pago de manera que muchos pobres terminan pagando aranceles y muchos ricos terminan recibiendo exenciones.

### 3.1 Financiamiento de la Salud Pública en Paraguay

90. El gasto de Paraguay en salud pública es una combinación de tres diferentes *Fuentes de Financiamiento* (FF): (i) FF10 o recaudación general; (ii) FF20, que son recursos provenientes de la deuda pública, tanto interna como externa; y (iii) FF30, que son recursos propios o aranceles que pagan los usuarios. Las fuentes combinadas proporcionaron un presupuesto aprobado en 2003 que representó cerca del 14 por ciento del presupuesto total del gobierno central, 3,7 por ciento del presupuesto nacional total, y en 2001 cerca de 1,3 por ciento del PBI.

91. La evolución del presupuesto de salud del Ministerio de Salud muestra en los últimos años un aumento en términos reales desde 1997 hasta 1999, y una disminución posteriormente. Más aun, el presupuesto para 2003 fue solo el 76 por ciento del presupuesto de 1999. Sin embargo, los presupuestos aprobados son solamente guías de lo que el presupuesto ejecutado real será; Paraguay sigue una práctica generalizada en muchos países de la región de establecer los presupuestos aprobados en niveles relativamente altos pero limitando su ejecución durante el año. Por lo tanto, los presupuestos ejecutados son usualmente menores que los aprobados. La Tabla 18 muestra ambos presupuestos, el aprobado y el ejecutado entre 1997 y 2003, en términos reales. En promedio los presupuestos ejecutados han sido de alrededor del 75 por ciento de los presupuestos aprobados.

TABLA 16

#### Presupuesto aprobado y ejecutado, billones de guaraníes 2003

Concepto	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Presupuesto aprobado	591,9	680,3	810,5	795,2	701,7	645,2	618
Presupuesto ejecutado	462,7	493,9	528,7	573,0	551,2	545,6	462,0
Porcentaje ejecutado	78,2	72,5	65,2	72,1	78,6	84,6	73,2
Porcentaje de variación (aprobado)		14,9	19,1	-1,8	-11,7	-8,0	-2,2
Porcentaje de variación (ejecutado)		6,7	7,0	8,3	-3,8	-1,0	-15,3

*Fuente:* Estimaciones del Banco Mundial basadas en CIRD (2004)

92. La principal fuente de financiamiento del presupuesto de salud pública en los últimos 7 años ha sido la recaudación general FF10. La misma ha fluctuado entre 55 y 65 por ciento del presupuesto aprobado total y entre 66 y 78 por ciento del presupuesto ejecutado. La deuda pública sigue en importancia en lo que respecta al presupuesto aprobado. Sin embargo, como porcentaje del presupuesto ejecutado, la preeminencia de la Fuente 20 (deuda pública) sobre la Fuente 30

(aranceles) no es clara. Por ejemplo, en el año 2000 la deuda pública representó alrededor del 19 por ciento del presupuesto ejecutado y los aranceles cerca de 12 por ciento, pero en 2003 la deuda pública representó el 12 por ciento del presupuesto ejecutado mientras que los aranceles representaron aproximadamente 16 por ciento.

93. Los aranceles han aumentado en importancia progresivamente dentro del presupuesto del Ministerio de Salud. El aumento del porcentaje del presupuesto ejecutado financiado con aranceles se ha elevado de 11 por ciento en 1998 a 16 por ciento en el 2003. En los últimos siete años, en promedio 72 por ciento de los gastos del Ministerio de Salud fueron financiados con la recaudación general, 15 por ciento con crédito, y cerca de 13 por ciento con aranceles y otros recursos institucionales.

TABLA 17

**Presupuesto del Ministerio de Salud por fuente de financiamiento, aprobado y ejecutado, porcentaje del total**

<b>Categoría</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
<b>Presupuesto aprobado</b>	<b>100,0%</b>						
Recaudación General	62,6%	61,4%	59,3%	55,2%	65,7%	61,3%	61,2%
Deuda Pública	21,0%	24,9%	28,1%	33,6%	20,6%	25,1%	23,0%
Recursos Institucionales	16,4%	13,7%	12,6%	11,2%	13,7%	13,6%	15,8%
<b>Presupuesto Ejecutado</b>	<b>100,0%</b>						
Recaudación General	75,0%	78,2%	71,4%	68,6%	73,5%	66,9%	72,1%
Deuda Pública	10,7%	10,4%	17,6%	19,3%	14,2%	19,3%	12,3%
Recursos Institucionales	14,3%	11,4%	11,1%	12,1%	12,3%	13,8%	15,6%

94. Con respecto al uso de los fondos, los gastos relacionados con el personal son el ítem más grande del presupuesto, representando entre 43 y 53 por ciento del presupuesto aprobado y entre 60 y 64 por ciento del presupuesto ejecutado. También es el ítem con el nivel de ejecución más alto, casi 100 por ciento todos los años. En 2003, sin embargo, la reducción del presupuesto total afectó a esta categoría más que a otras: un 16 por ciento de reducción en el presupuesto ejecutado total comparado con el presupuesto de 2001 dio como resultado un 14 por ciento de disminución en el presupuesto para personal.

### **3.2 Aranceles y exenciones para los usuarios en Paraguay**

95. Como muchos otros países en desarrollo, por mucho tiempo Paraguay ha financiado parcialmente los servicios de salud con aranceles que pagan los usuarios. Antes de 1991 se cobraban aranceles en concepto de “donaciones” que los establecimientos administraban a discreción. En 1991 el Ministerio de Finanzas determinó que los aranceles eran recursos del tesoro, y que como tales estaban sujetos a las regulaciones que rigen el proceso presupuestario en el Sector Público Paraguayo. Esto implicó que: (i) los aranceles recaudados deberían ser depositados en una cuenta especial del Ministerio de Salud, y (ii) el uso de tales fondos estaría

sujeto a un control ex-ante, es decir, debía seguir las mismas reglas que la planificación y ejecución del presupuesto como cualquier otro fondo público.

96. En el caso de los aranceles de los usuarios, existe un tratamiento diferencial entre las entidades descentralizadas, que controlan sus fondos directamente, y las instituciones que son parte del gobierno central, que no pueden disponer de esos fondos directamente, ya que deben ser manejados a través del MEF bajo el mismo conjunto de reglas que se aplican a la recaudación general. En el Ministerio de Salud hay 75 unidades (SUC) con la autoridad de recaudar fondos institucionales y asignarlos como consideren apropiado. Cada región sanitaria, por ejemplo, es una SUC, pero los establecimientos de salud que dependen de la región sanitaria no lo son: deben recaudar los aranceles pero no pueden asignarlos libremente, y en principio no existe obligación a nivel regional de devolver los fondos a los establecimientos donde fueron recaudados. Otras unidades descentralizadas son los hospitales especializados y los centros de alta complejidad, y el Hospital Universitario Nacional. La Figura 13 describe el flujo de aranceles desde que son recaudados al nivel de los establecimientos hasta que retornan a los mismos, un proceso que dura en promedio más de 100 días.

#### **El Proceso Presupuestario para Recursos Institucionales**

##### **RECAUDACIÓN DE FONDOS**

1. Los establecimientos de salud recaudan aranceles y los envían a la Región Sanitaria dentro de los primeros diez días del mes después de haber sido recaudados. **Tiempo promedio: 35 días desde la recaudación realizada el primer día del mes anterior.**
2. Una vez que todos los informes de los establecimientos en una Región Sanitaria dada han sido recibidos, se envía un informe al gobierno central (Departamento de Recaudaciones), que autorizará la asignación mensual de recursos FF30 según el Plan de Asignaciones. El departamento de Financiamiento proveerá fondos para el Plan de Asignación dependiendo de los fondos disponibles. **Tiempo promedio: 5 días**

##### **UTILIZACIÓN DE FONDOS**

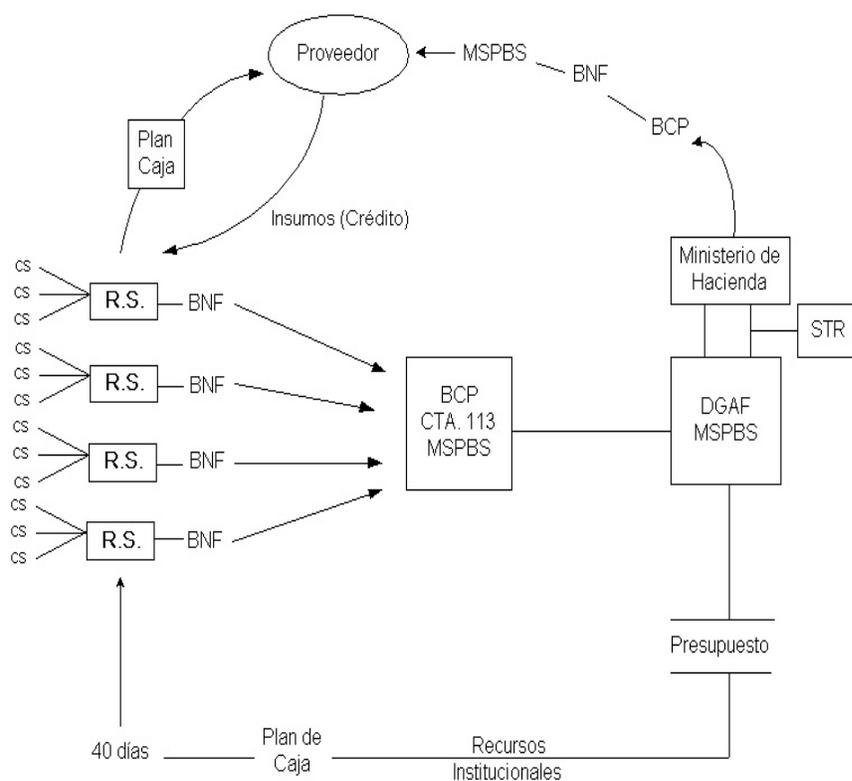
1. La Región Sanitaria adquirirá bienes y servicios según el Plan de Asignación; debe presentar documentación de soporte para crear un crédito a favor de la Región Sanitaria. **Tiempo promedio: 10 días**
2. Una vez que el crédito ha sido reconocido por el Departamento Contable del Ministerio de Salud, los documentos son enviados al Departamento de Auditoría, y luego al Departamento de Ejecución Presupuestaria, donde las solicitudes de transferencia de recursos (STR) son autorizadas, y luego son enviadas al MEF. **Tiempo promedio: 8 días**
3. El MEF transfiere recursos al Ministerio de Salud. **Tiempo promedio: 40 días**
4. El Ministerio de Salud deposita recursos en el Banco Central (BCP) en una cuenta del Ministerio de Salud, que luego son transferidos al *Banco Nacional de Fomento (BNF)*, y pueden utilizarse para gastos. **Tiempo promedio: 3 días**
5. Se autoriza el pago a proveedores y se realizan los pagos. **Tiempo promedio: 5 días**

Esto significa que en promedio, y asumiendo que todos los documentos son correctos, los fondos regresarán a las Regiones Sanitarias 105 días después de haber sido recaudados.

*Fuente:* CIRD (2004)

97. En teoría el sistema de aranceles genera alguna redistribución entre las Regiones Sanitarias, ya que todos los aranceles recaudados se depositan en una cuenta del Ministerio de Salud en el Banco Central, la *Cuenta 113*, junto con un subsidio del IPS del 1 por ciento de su recaudación mensual en concepto de atención primaria y preventiva. Estos fondos son más tarde reasignados por el Ministerio de Salud a las diferentes Regiones Sanitarias, pero no existen pautas claras sobre cómo esta asignación debe realizarse.

FIGURA 13  
Recaudación y utilización de aranceles



Fuente: CIRDA (2004)

98. Desde el punto de vista de la equidad, el sistema de aranceles debería idealmente distinguir la capacidad de pago de los pacientes y excluir del pago a aquellos que no pueden afrontarlo.<sup>18</sup> La política de exención de los establecimientos del Ministerio de Salud es regulada

<sup>18</sup> La literatura sobre aranceles distingue entre dos tipos de políticas para subsidiar a los pobres en un sistema de aranceles: (i) un "waiver" es un derecho conferido a un individuo para obtener servicios de salud en ciertos centros de atención sin cargo o a un precio reducido; (ii) una exención, por otra parte, está

por la Resolución 456 del Ministerio de Salud de 2001 que establece procedimientos, responsabilidades y mecanismos para exceptuar pacientes del pago de aranceles. Otra Resolución Ministerial (S.G n.19 de 2001) regula los aranceles a ser pagados por diferentes servicios, enumera los servicios que deben ser prestados sin cargo, y establece que todos los servicios no incluidos en la resolución son por lo tanto gratuitos. Esta escala de pago incluye cerca de 1.000 ítems que van desde 5.500 Gs. (US\$ 0,5) para atención ambulatoria a 1.056.000 Gs. (cerca de US\$150) para ciertos tipos de cirugías. Todos estos ítems están categorizados en cinco grandes grupos: (i) atención médica; (ii) medicamentos y suministros; (iii) servicios diagnósticos; (iv) servicios hospitalarios (internación); y (v) otros. La escala de aranceles no ha sufrido cambios desde su creación en 2001.

99. La Resolución Ministerial está acompañada por un manual operativo que proporciona las siguientes pautas para la exención:

- Un paciente puede ser exceptuado solamente en el caso de “pobreza notable”
- Los veteranos de la guerra del Chaco así como también sus cónyuges e hijos de hasta 16 años (salvo que sean discapacitados) también están exceptuados.
- Un trabajador social o, en su ausencia, un miembro autorizado del personal del establecimiento, debe entrevistar al paciente
- El paciente debe completar una declaración jurada, y el establecimiento debe dar al paciente un recibo, una copia del cual debe quedar archivada en el establecimiento.
- La información provista por el paciente que solicita la exención debe ser revisada por un trabajador social, junto con el director y el administrador del establecimiento.
- El director del establecimiento es la persona autorizada para otorgar exenciones; si el director no está presente las siguientes personas en sucesión tienen la autoridad para otorgarlas: (i) el director médico, (ii) el administrador junto con el trabajador social, (iii) el médico principal de guardia en ese momento junto con el trabajador social; o (iv) donde no haya un trabajador social, un miembro del personal explícitamente nombrado y autorizado por el establecimiento para otorgar exenciones.
- Luego de otorgar la exención, el trabajador social debe hacer una visita de seguimiento a la casa del paciente para verificar si la información incluida en la declaración jurada es correcta.
- Finalmente, los establecimientos de salud deben mantener un registro de los pacientes exceptuados.

100. Existen defectos sustanciales en las pautas de aranceles y exenciones. En primer lugar, las pautas para exenciones no incluyen una clara definición de pobreza notable,

---

asociada con servicios más que con individuos, ya que es un tipo de servicio prestado sin cargo para todos. En su forma más amplia un “waiver” da derecho a su poseedor a recibir todos los servicios sin cargo, mientras que una exención implica que un servicio dado será prestado a todos los individuos sin cargo. (Banco Mundial 2003). Paraguay emplea un sistema mixto, ya que existen ciertos servicios que en principio son prestados universalmente sin cargo (por ejemplo, ciertos procedimientos de atención materna) mientras que otros servicios son prestados gratuitamente solo a cierto grupo. Este informe utiliza el nombre genérico de exenciones para referirse a ambos beneficios.

consecuentemente la participación de un trabajador social es esencial para determinar la capacidad de pago del paciente. Sin embargo, muy pocos establecimientos de salud cuentan con trabajadores sociales entre su personal. De hecho, existen 72 cargos de trabajador social en todo la base de datos de nómina del Ministerio de Salud de casi 20.000 para cubrir casi 1.000 establecimientos. Aún en el caso de que hubiera un trabajador social en cada establecimiento, la falta de criterios objetivos para definir la pobreza tendría como resultado una diferente interpretación de las pautas. En segundo lugar, en muchos casos el costo de implementar las pautas podría ser mayor que los ingresos resultantes de identificar a los pacientes que pueden pagar los aranceles. Por ejemplo, no solamente es necesario que un trabajador social o con personal autorizado entreviste pacientes y realice la visita de seguimiento, sino que también se requiere mantener registros adecuados y seguir otros requerimientos administrativos, que muchos establecimientos no se encuentran en condiciones de cumplir. En tercer lugar, la escala de aranceles no parece reflejar el costo real de los procedimientos, y más aún, la falta de actualización reduce la efectividad del instrumento como fuente de ingresos. Finalmente, y probablemente más importante, dado que los establecimientos no tienen control sobre el uso de los recursos y están sujetos a un escaso monitoreo por parte del nivel central, no existe absolutamente ningún incentivo para informar al nivel central sobre los aranceles recaudados o seguir las pautas. Ya se ha mencionado que la actividad de monitoreo del Ministerio de Salud es laxa y que el mantenimiento de registros no está a la altura de los estándares impuestos en la regulaciones. Como los establecimientos no son “castigados” por no informar, el porcentaje de establecimientos que informan al nivel regional sobre los aranceles recaudados tiende a ser bajo; en promedio solo 55 por ciento de los establecimientos informan exenciones a sus respectivas Regiones Sanitarias pero en muchas regiones el porcentaje es bastante menor.

### **3.3 Evidencia Empírica sobre los Aranceles**

101. Se utilizan tres fuentes de información para determinar cómo funciona el sistema de aranceles y exenciones de Paraguay en la práctica: (i) se condujo un pequeño estudio de caso en 6 establecimientos de salud que evaluó en qué medida los establecimientos conocían y evaluaban las pautas para aranceles y exenciones; (ii) la información provista por el Departamento de Gestión Financiera del Ministerio de Salud sobre los aranceles recaudados y las exenciones otorgadas durante 2003 por región y establecimiento (donde estaba disponible) fue utilizada para determinar patrones regionales notables; (iii) la información recabada durante la encuesta de establecimientos, pacientes y hogares fue empleada para analizar consideraciones de equidad en el sistema, es decir, si los pobres tenían más probabilidades de ser exceptuados del pago de servicios de salud.

#### ***(i) Resultados del Estudio de Caso***

102. El estudio de caso analizó los patrones de los aranceles y las exenciones en seis establecimientos, tres en ciudades del área metropolitana y tres en ciudades del interior. El director del establecimiento y el administrador fueron entrevistados en tres de los establecimientos y sólo se entrevistó al administrador en los restantes, en ambas oportunidades utilizando un cuestionario diseñado para determinar si los establecimientos estaban siguiendo las

pautas del manual operativo según la Res. Min. 456/2001. Las principales características de los establecimientos están resumidas en la Tabla 20.

TABLA 18

**Establecimientos utilizados para el estudio de caso**

<b>Establecimiento</b>	Camas	Personal	Nivel	Código
Hospital Regional	18	108	5	HRI
Hospital de Distrito (área metropolitana)	15	111	4	HDM
Hospital de Distrito (interior)	16	32	4	HDI
Centro de Salud (Capital)	6	61	3	CSC
Centro de Salud (área metropolitana)	13	52	3	CSM
Centro de Salud (interior)	4	18	3	CSI

Fuente CIRD (2004)

103. En general el estudio de caso reveló una falta de conocimiento importante sobre cómo se deben recaudar los aranceles y cómo se deben administrar las exenciones. Específicamente:

- Muchos establecimientos utilizan una persona diferente de la autorizada para cobrar los aranceles;
- 85 por ciento de los establecimientos no tiene personal autorizado para otorgar exenciones.
- Muy pocos establecimientos llevan un registro de los pacientes exceptuados o de los aranceles cobrados, hecho que es coherente con los resultados de la encuesta de establecimientos presentados en el Capítulo 1.
- La tendencia más preocupante en los aranceles tiene que ver con los servicios tercerizados: 5 de cada 6 establecimientos analizados en el estudio tienen algún tipo de arreglo de tercerización para servicios seleccionados, y solo uno ha obtenido su aprobación del Ministerio de Salud. Más aún, los aranceles cobrados por esos servicios tercerizados no están regulados por el Ministerio de Salud, excepto por un caso.
- Sólo uno de los establecimientos sigue el proceso de transferir los ingresos recaudados a través de los canales apropiados. Esto sugiere que muchos establecimientos no transfieren la recaudación al nivel central realmente y que han desarrollado algún tipo de arreglo informal para mantener esas ganancias dentro del establecimiento.

TABLA 19

**Resumen de respuestas del estudio de caso**

<b>Pautas del Manual Operativo</b>	<b>Número de establecimientos que las cumplen</b>
Tiene una persona dedicada a cobrar aranceles	5
Personal no autorizado cobra los aranceles	4 (porque la persona dedicada no está disponible todo el tiempo)
Conoce las normas que regulan los aranceles	4
¿Cuándo se cobran los aranceles?	En todos los establecimientos: antes de la consulta; en el caso de emergencias, después del procedimiento, y en el caso de hospitalizaciones, en el momento del alta
Tiene algunos servicios contratados externamente	5
Contratación externa autorizada por el Ministerio de Salud	1
Aranceles de los servicios tercerizados determinados por el Ministerio de Salud	1
Exención de los aranceles de los servicios tercerizados	4 de 5
Sigue exactamente el procedimiento para depositar el monto y transferir a la RS	1 (otros tienen diferentes tipos de arreglos informales)
Trabajador social presente y entrevista a los pacientes exceptuados	3
Sabe que existen pautas de exención	4
Personal autorizado otorga las exenciones	1
Registro de pacientes exentos en el último año disponible	1
Registro contable de las exenciones	6
Porcentaje de pacientes exceptuados el año anterior	Entre 40 y 70 por ciento dependiendo del establecimiento
Porcentaje de aranceles que vuelven al establecimiento	Entre 0 y 70 por ciento dependiendo del establecimiento. En muchos casos a cambio de los aranceles se proveen suministros
Contrata personal con los recursos de los aranceles que pagan los usuarios	1
Conoce el mecanismo de FR	2 (pero no es utilizado)
Registro del nombre, domicilio, motivo de la consulta del paciente, exceptuado o sino, cuánto pagó	1

104. Existe alguna variación en los aranceles cobrados para diferentes procedimientos. La mayor variación proviene de los procedimientos relativamente costosos (como las cesáreas) o de aquellos donde es más probable que los servicios se tercericen, como los análisis de sangre, radiología, sonogramas o EKG. La mayoría de los procedimientos básicos están exentos, siguiendo la resolución ministerial que en 2004 declaró que las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años de edad tenían derecho a la atención de salud gratuita.

105. El bajo nivel de información de ingresos recaudados por aranceles es un reflejo de la falta de incentivos para recaudar o informar. Dado que los establecimientos no pueden conservar las ganancias, y el monitoreo del Ministerio de Salud es laxo, no es sorprendente que los establecimientos no informen sobre la recaudación por aranceles. En este contexto sería interesante conseguir una aproximación de cuánto un establecimiento recaudaría si los incentivos

no fueran perversos. Tal aproximación es posible en Paraguay a través del análisis de una experiencia piloto implementada en un municipio, Fram. Como parte de una experiencia piloto de descentralización, los aranceles recaudados por los establecimientos de salud de Fram son administrados por la secretaría de salud local bajo la figura legal de “donaciones”. Los aranceles recaudados no pueden ser utilizados para personal o inversiones, categorías que siguen estando bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud. Sin embargo, los gastos operativos son financiados por la secretaría de salud local. Las Tablas 22 y 23 comparan un conjunto de indicadores de productividad y costos operativos para los establecimientos analizados en el estudio de caso y el de Fram.

TABLA 20

**Indicadores de productividad seleccionados en el estudio de caso y en Fram**

<b>Establecimiento</b>	<b>N° Camas</b>	<b>N° Egresos</b>	<b>Cama-días ocupada.</b>	<b>% de Ocupación de Camas</b>	<b>Volumen de Consultas -</b>	<b>N° RRHH</b>	<b>RRHH: horas disponibles / mes</b>
Hospital Regional	18	1.241	2.476	38.21%	16.112	108	16.413
Hospital de Distrito del Interior	16	669	1.021	16.13%	10.577	32	4.108
Centro de Salud Capital	6	61	78	3.4%	7.004	61	5.628
Hospital de Distrito Metropolitano	15	1.305	3.378	62.56%	31.714	111	14.300
Centro de Salud Metropolitano	13	502	738	15.77%	12.597	52	5.844
Centro de Salud del Interior	4	105	155	9.98%	2.712	18	2.096
Piloto: Centro de Salud de Fram	9	817	1.683	48.6%	10.496	33	3.957

TABLA 21

**Gastos e ingresos en el estudio de caso y en Fram**

<b>Establecimiento</b>	<b>Gasto Operativo Anual - 2003</b>	<b>Ingresos percibidos - 2003</b>	<b>% de recuperación de costos</b>
Hospital Regional	1.519.843.701	116.456.350	7,7%
Hospital de Distrito del Interior	330.422.670	28.642.010	8,7%
Centro de Salud Capital	644.964.087	103.878.650	16,1%
Hospital de Distrito Metropolitano	s/d	s/d	s/d
Centro de Salud Metropolitano	542.936.500	87.550.050	16,1%
Centro de Salud del Interior	170.708.818	4.119.900	2,4%
Proyecto Piloto: Centro de Salud de Fram	120.696.453	64.856.321	53,7%

106. Aunque no hay una evaluación de impacto rigurosa de la experiencia piloto de Fram, se

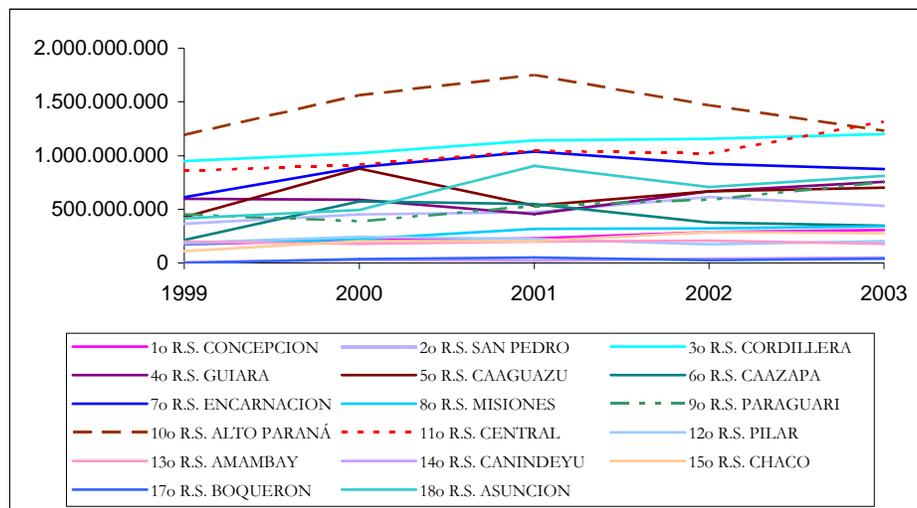
observa que el centro de salud de Fram es más productivo que otros establecimientos comparables del estudio de caso. Cuenta con el segundo mayor porcentaje de ocupación, el tercer número mayor de altas, y un alto volumen de consultas de la muestra del estudio de caso. La diferencia más notable entre Fram y los otros establecimientos tiene que ver con la recuperación de costos a través de los aranceles: mientras el promedio de ingresos sobre gastos en los otros establecimientos es de alrededor del 11 por ciento, en Fram los ingresos representan aproximadamente 54 por ciento de los gastos operativos. Esto es así aunque los aranceles en Fram se fijaron al mismo nivel que en cualquier otro establecimiento del Ministerio de Salud. Este aumento en la recaudación pueden ser inducido tanto por la oferta como la demanda; como los pacientes perciben un aumento en la calidad también pueden querer demandar más servicios.

**(ii) Recaudación y Exención de Aranceles por Región Sanitaria**

107. El Departamento de Recaudaciones del Ministerio de Salud proporcionó información sobre los aranceles recaudados por Departamento/Región Sanitaria entre 1999 y 2003. La serie muestra un comportamiento errático por región, con algunas regiones que recaudan un significativo y creciente monto a través del tiempo mientras otras recaudan muy poco. Entre 1999 y 2003 el monto total de aranceles recaudados (e informados) en Paraguay aumentó 43 por ciento en términos reales. No es posible evaluar si este aumento se debe a aranceles más altos por servicio -como ocurría antes de que los aranceles actuales fueran establecidos en 2001- a un aumento en la producción de los establecimientos, mejores sistemas de monitoreo, o un aumento en la proporción de establecimientos que informan aranceles al nivel central.

FIGURA 14

**Aranceles recaudados (informados) por Región Sanitaria, 1999-2003 (miles de millones de Gs. 2003)**



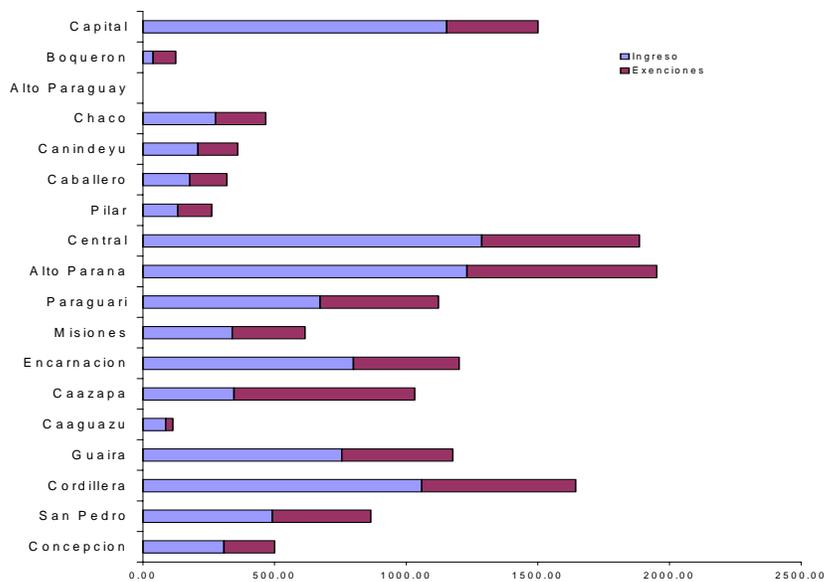
Fuente Estimaciones del Banco Mundial

108. La Figura 14 también muestra que algunas Regiones Sanitarias han tenido un continuo incremento en los aranceles recaudados desde 1999 mientras otras han experimentado más volatilidad. Los aranceles recaudados en las tres Regiones Sanitarias con los mayores ingresos representaron cerca del 40 por ciento de los ingresos totales por aranceles en 2003. Un simple análisis de regresión muestra que la población total, la complejidad promedio de los establecimientos, y el porcentaje de establecimientos que reportan aranceles están todos positivamente correlacionados con los aranceles recaudados en una región sanitaria dada.

109. Las exenciones están sujetas al mismo tipo de variación que los ingresos. El monto total de exenciones en 2003 varió entre Gs.27 millones en Caaguazú y Gs.720 millones en Alto Paraná. Como se puede apreciar en la figura 19, las regiones sanitarias con las menores recaudaciones no son necesariamente las que muestran el mayor monto de exenciones. La proporción de exenciones con respecto a los ingresos varía entre 30 por ciento (Asunción) y más del 200 por ciento (Boquerón). Como las exenciones son otorgadas a pacientes con “pobreza notable” debería existir una relación positiva entre el monto de exenciones en una región dada y su tasa de pobreza. Sin embargo, luego de controlar el tamaño de la población y el porcentaje de establecimientos que reportan exenciones, no hay una relación sistemática entre tasas de pobreza y exenciones al nivel de Región Sanitaria.

FIGURA 15

**Ingresos y exenciones por Región Sanitaria, 2003 (en millones de Gs.)**



Fuente: Ministerio de Salud (2003)

**(iii) Aranceles y Pobreza: ¿Los pobres pagan menos que los ricos?**

110. Una manera de determinar si los aranceles se cobran de manera progresiva (para que los ricos paguen más que los pobres) es vincular el monto pagado al ingreso (o la riqueza) del hogar. Dado que este tipo de vinculación requiere información tanto sobre la situación económica del paciente como el monto pagado, los estudios han empleado típicamente uno de dos enfoques. El primero consiste en utilizar una encuesta de hogar, por medio de la cual se interroga a los entrevistados sobre su propia riqueza y sobre el monto pagado en la última visita a un establecimiento de salud (ver, por ejemplo, Gatti y otros 2004). El segundo es conducir “encuestas de salida”, donde el monto pagado es recaudado por el establecimiento mismo, y la información sobre el ingreso del paciente es averiguada a través de una breve entrevista cuando el paciente deja el establecimiento. Si bien el primer método disminuye la probabilidad de que los médicos cambien su comportamiento porque están siendo observados, es probable que la memoria del entrevistado no sea exacta, y las personas pobres y ricas podrían olvidar de diferentes maneras. El segundo método es más preciso en términos de los aranceles recaudados, pero está sujeto a la crítica de que los médicos pueden haberse comportado de manera diferente porque sabían que estaban siendo observados.

111. Ambos métodos son utilizados en este informe. Los pacientes fueron entrevistados cuando abandonaban el establecimiento y se les preguntó, entre otras cosas, sobre los bienes de sus hogares y el estado de salud autoinformado. Además, para una submuestra de establecimientos también se entrevistaron individuos que habían visitado el establecimiento de salud en el mes anterior a la encuesta. Por lo tanto, es posible comparar directamente los aranceles de los pacientes observados en el establecimiento y de aquellos que habían visitado el establecimiento en un momento en que los médicos no estaban siendo observados.

112. Se presentan tres grupos de resultados. El primer grupo analiza las percepciones de los pacientes sobre los aranceles y el vínculo entre éstos y la satisfacción del paciente. Luego el estudio analiza la relación entre pobreza y aranceles en el margen extensivo: ¿tienen los pobres menos probabilidades de pagar un arancel? Finalmente, se presentan las correlaciones básicas en el margen intensivo: condicionado al pago de un monto distinto de cero, ¿los pobres pagan menos que los ricos?

113. Cerca del 56 por ciento de todos los pacientes encuestados —2.288 en entrevistas de salida y 648 en encuestas de hogares— fueron exceptuados del pago de aranceles en los establecimientos operados por el MoH. Bajo la condición de pagar algún monto, el pago medio es de Gs. 5.700, casi equivalente al cargo estándar por una consulta (Gs. 5.500). Sin embargo, los montos que los pacientes pagaron variaron significativamente según su estado de salud, ingreso, edad y, sorprendentemente, su género. Como muestra la Tabla 22 se otorgaron exenciones totales más a menudo a aquellos que estaban (más) sanos (68 por ciento recibió un exención comparado con 42 por ciento para aquellos que tenían peor estado de salud), a los más pobres (61 por ciento en el tercil más pobre fue exceptuado comparado con el 50 por ciento entre los más ricos), a los más jóvenes (87 por ciento de los niños menores de 5 años fueron exceptuados comparado con el

34 por ciento de los que tienen más de 5 años) y a los hombres (64 por ciento contra 52 por ciento). Las diferencias a lo largo del margen intensivo tienden a ser menores. Prestando atención a sólo aquellos que pagaron algo, los pacientes más ricos pagaron en promedio 22 por ciento más que los pacientes más pobres, pero los pacientes hombre y los pacientes menores de cinco años tienden a pagar más (aunque estos grupos están exceptuados más a menudo). Es bastante alentador que al parecer el sistema cobra aranceles mayores y con mayor frecuencia a los ricos, pero no de manera sistemática.

TABLA 22

**Relación entre los aranceles y las características seleccionadas de los pacientes**

		El margen extensivo ¿Cuántos pagan? (%)	El margen intensivo ¿Entre aquellos que pagan, cuánto pagan? (Gs.1.000)
Estado de salud del paciente	Bueno	32%	5,79
	Promedio	40%	5,99
	Malo	58%	5,34
Bienes del hogar	Pobre	39%	5,28
	Medio	45%	5,38
	Rico	50%	6,44
Género del paciente	Femenino	48%	5,48
	Masculino	36%	6,24
Edad del paciente	Menor de 5 años	13%	6,10
	Mayor de 5 años	66%	5,63
General		44%	5,69

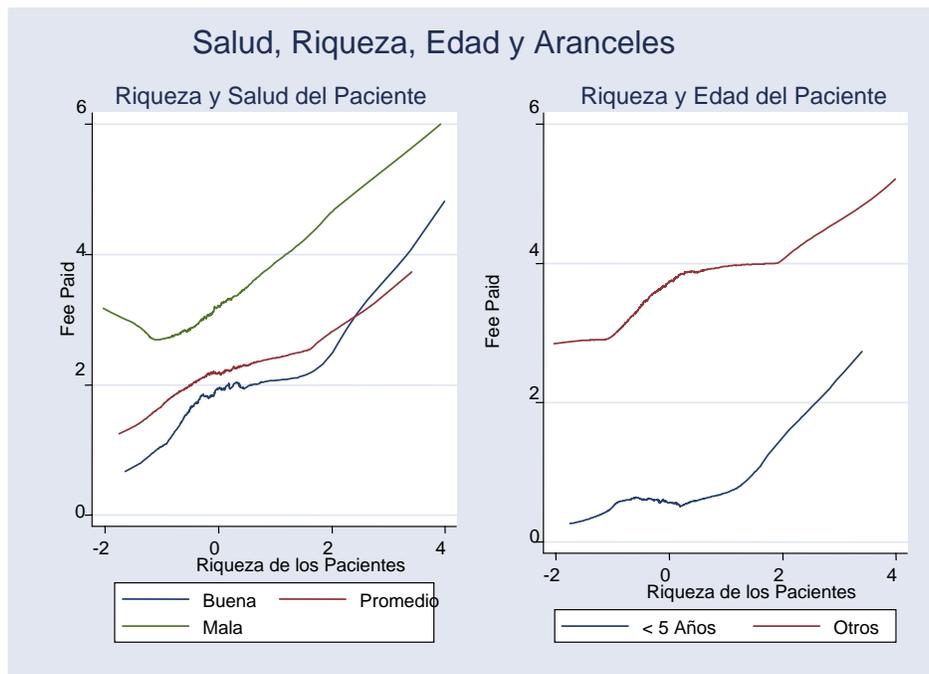
114. Como el sistema parece funcionar bien exceptuando a los pobres, de una manera ad-hoc, tal vez no sea sorprendente que la satisfacción con el sistema de aranceles sea alta. Según las encuestas de hogares y pacientes, 65 por ciento de los pacientes en la entrevista de salida y 56 por ciento en la encuesta de hogares calificó los montos pagados como “aceptables”; 62 por ciento de los pacientes en la encuesta de salida informó que la decisión de exceptuarlos (o no) fue justa, y, 70 por ciento de los pacientes sostuvo que está bien que el establecimiento cobre aranceles a los usuarios que pueden pagar. La contracara de este resultado es que cerca del 16 por ciento de los hogares y 10 por ciento de los pacientes calificaron al sistema como “caro o muy caro” y 20 por ciento de los hogares no estaban satisfechos con la decisión de los establecimientos de cobrarles aranceles por servicios (para más comparaciones ver Anexo 2).

115. La Figura 16 muestra la relación básica entre los atributos del paciente y los aranceles. La figura de la izquierda muestra la relación no paramétrica entre los aranceles y la riqueza de los hogares para pacientes que autoinformaron que su salud era “mala”, “promedio” y “buena”. La figura de la derecha muestra la misma relación no paramétrica, pero para pacientes que tienen menos de y más de 5 años de edad. Ambas figuras confirman la fuerte y positiva relación entre la

riqueza y los aranceles. En todos los autoinformes sobre salud y edad, los aranceles de los establecimientos del Ministerio de Salud aumentan con la riqueza. Más aún, aquellos cuya salud es genéricamente mala pagan más que aquellos que gozan de mejor salud, y los que tienen más años pagan más que los menores de 5 años.

FIGURA 16

**Relación entre la salud de los pacientes y los aranceles pagados**



Fuente: Estimaciones del Banco Mundial

116. Un análisis adicional (ver Anexo 3) explora la relación entre los aranceles y la riqueza desglosando el pago de aranceles en el margen extensivo (la diferencia entre aquellos que pagan y los que no) y el margen intensivo (la diferencia en el monto pagado, a condición de que se pague algo). Tres características emergen del análisis. En primer lugar, la riqueza está asociada con aranceles más altos tanto en el margen extensivo como en el intensivo. Por lo tanto, los pacientes que son 1 desvío estandar más ricos que el promedio, tienen entre 6 y 7 por ciento más de probabilidad de que se les cobre algún honorario, y condicionado en no ser exceptuados, pagan entre Gs.500 y Gs.1000 más. Sin embargo, estos números son muy pequeños; dada la distribución de la riqueza en la muestra, esto sugiere que aquellos que se encuentran en el 10 por ciento más alto tienen una probabilidad de pagar sólo un 15 por ciento mayor que los pacientes en la media de riqueza. Más aún, condicionados al pago, ellos pagan solo entre Gs.1000 y Gs.2000 más. En segundo lugar, en el margen extensivo, las otras características de los pacientes

exploradas en la figura anterior son muy significativas. Los pacientes que tienen peor salud pagan más, las mujeres pagan más, y los mayores de 5 años, también. Las diferencias más grandes en la probabilidad de pago son aquellas entre los pacientes con buena y mala salud y los que son menores y mayores de 5 años de edad. Esto sugiere que las pautas más recientes del Ministerio de Salud para exceptuar del pago de aranceles a los niños menores de 5 años de edad están siendo implementadas en la mayoría de los establecimientos. En tercer lugar, en el margen intensivo, no existen diferencias entre pacientes mujer/hombre y jóvenes/viejos. Esto es consistente con la presencia de diferencias en el otorgamiento de exenciones pero no en el monto pagado cuando el paciente no está exceptuado. Es interesante que la diferencia entre pacientes más sanos y pacientes más enfermos se revierte en el margen intensivo, de manera que los pacientes más sanos pagan montos mayores que los pacientes más enfermos. Finalmente, la riqueza ya no es significativa entonces dado que condicionado en pagar un monto positivo, los pacientes ricos y pobres pagan montos similares.

### **3.4 Conclusiones y Recomendaciones**

117. Un sistema de aranceles que funcione bien requiere por lo menos tres elementos: (i) ingresos considerables; (ii) reglas y pautas claras para minimizar las distorsiones; y (iii) equidad, a través de un mecanismo de exención adecuado. El análisis de este capítulo muestra que el sistema de Paraguay debe ser revisado para superar problemas en las tres áreas. Los aranceles que pagan los usuarios son ahora una fuente significativa de ingresos para el Ministerio de Salud. Sin embargo, es una fuente un tanto volátil, como resultado de (i) la falta de monitoreo por parte del Ministerio de Salud; (ii) el largo proceso para que los ingresos retornen a los establecimientos; y (iii) la incapacidad de los establecimientos para hacer uso de esos fondos directamente. Estos tres problemas juntos dan como resultado poco incentivo para recaudar ingresos y un bajo porcentaje de establecimientos que los reportan.

118. Con respecto a las reglas y pautas, el estudio de caso y la encuesta de establecimientos revelaron que (i) existe una falta generalizada de conocimiento sobre las regulaciones para otorgar exenciones y cobrar aranceles; (ii) las prácticas de mantenimiento de registros de muchos establecimientos no siguen las pautas y por lo tanto es difícil estimar el monto exacto de exenciones y aranceles; (iii) en muchos casos las pautas son conocidas pero no son cumplidas; y (iv) hay muchos servicios tercerizados en el sector privado que continúan desregulados, tanto en lo que respecta a la calidad como a los aranceles cobrados. Además, la falta de claridad en las reglas deja muchos vacíos que potencialmente distorsionan el comportamiento de los establecimientos y de los médicos, como la vaga definición de los beneficiarios de políticas de exención. Finalmente, algunas pautas parecen ser respetadas; por ejemplo, casi todos los establecimientos no cobran aranceles a pacientes de cinco años de edad o menores, respetando los cambios establecidos por el Ministerio de Salud en las regulaciones a este respecto.

119. Finalmente, en relación a la equidad, el informe halla que el sistema de exención es levemente progresivo, ya que un porcentaje más alto de personas pobres están exceptuadas. Sin

embargo: (i) condicionado al pago de aranceles —o sea condicionado en no ser exceptuado— los pobres no pagan menos que los ricos; (ii) existe un error tipo I o sub cobertura sustancial: 31 por ciento de los pacientes en el tercil más pobre pagaron por servicios; y (iii) existe un error tipo II o fuga sustancial: 50 por ciento de los pacientes en el tercil más rico fueron exceptuados. En general los pacientes están dispuestos a pagar, aunque entre 15 y 20 por ciento de los usuarios consideró que el sistema era costoso, o no estaba de acuerdo con la decisión de los establecimientos de cobrar aranceles por sus servicios.

120. La eficiencia del sistema puede mejorar brindándoles a los establecimientos más incentivos para recaudar aranceles y aplicar las pautas correctamente. Las siguientes medidas podrían ser consideradas: (i) aumentar la frecuencia y el alcance del monitoreo del Ministerio de Salud; (ii) diseñar algún tipo de sistema de reparto de ingresos para que los establecimientos puedan conservar algunas de las ganancias obtenidas por medio de los aranceles; (iii) mejorar el flujo de fondos de los aranceles entre el nivel central y los establecimientos; (iv) establecer pautas claras con respecto al uso de ingresos recaudados a través de aranceles, incluyendo algún esquema de redistribución entre las regiones; (v) revisar las pautas para exenciones con el fin de simplificar el proceso donde sea posible; (vi) mejorar las capacidades de mantenimiento de registros de los establecimientos para facilitar la información de aranceles y exenciones a niveles administrativos superiores; y (vii) determinar la disposición y capacidad de pago de los pacientes, y revisar la escala arancelaria actual en conformidad.

121. Algunas de las medidas arriba descritas podrían ciertamente mejorar la equidad del sistema también, como un mejor mantenimiento de registros y pautas para cobro y exenciones. La medida que más mejoraría el bienestar sería un cambio en el mecanismo de focalización de exenciones. Se podría comenzar por definir claramente quién será exceptuado, refinando el concepto de “pobreza notable” establecido en las pautas actuales, y cómo será medido e implementado. Es necesario decidir si los servicios serán exentos para todos, es decir exenciones puras, más fáciles de monitorear, o para cierto grupo de la población, es decir, un sistema de “waiver” o una combinación, como ocurre actualmente en Paraguay. Este sistema podría basarse en criterios económicos y médicos. Un sistema de waivers es más complejo de implementar pero proporciona más flexibilidad y en principio mejor focalización para los pobres. Si Paraguay opta por este sistema, entonces el mecanismo de focalización necesita ser exhaustivamente revisado. Los factores a ser considerados son: (i) ¿Quién otorga el waiver? (ii) ¿Son los waivers otorgados cada vez que hay una consulta o periódicamente, por ej., a través de una tarjeta de beneficiario? (iii) ¿Cuáles son los requerimientos de elegibilidad? Y (iv) ¿Cuál es la duración del waiver? (v) ¿Cuáles son los servicios cubiertos por el waiver?

122. Por último, pero también importante, es esencial que se desarrollen políticas y regulaciones relacionadas con la tercerización de servicios y aranceles/exenciones para tales servicios. Este es probablemente uno de los mayores vacíos del sistema.

## Referencias

- Andersson SO, Ferry S, Mattsson B. "Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations." *Scand J Prim Health Care*. 1993 Mar;11(1):61-7.
- Andersson SO, Mattsson B. "Length of consultations in general practice in Sweden: views of doctors and patients." *Fam Pract*. 1989 Jun;6(2):130-4.
- Baker R, Mainous AG 3rd, Gray DP, Love MM. "Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors." *Scand J Prim Health Care*. 2003 Mar;21(1):27-32.
- Cape J. "Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation." *Br J Gen Pract*. 2002 Dec;52(485):1004-6.
- Campbell JL, Ramsay J, Green J. "Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care." *Br J Gen Pract*. 2001 Aug;51(469):644-50.
- Cape J. "Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation." *Br J Gen Pract*. 2002 Dec;52(485):1004-6.
- Carr-Hill R, Jenkins-Clarke S, Dixon P, Pringle M. "Do minutes count? Consultation lengths in general practice." *J Health Serv Res Policy*. 1998 Oct;3(4):207-13.
- Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. "Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries." *BMJ*. 2002 Aug 31;325(7362):472.
- Estela Mary Mongelós de Hamuy "El Empleo Y La Gestion De Los Recursos Humanos En Las Regiones Sanitarias Del Ministerio De Salud Publica Y Bienestar Social." Diciembre – 2001 Ministerio De Salud Publica Y Bienestar Social, Universidad Nacional De Asunción, Instituto Nacional De Salud
- Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L, Hjortdahl P. "Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey." *BMJ*. 1998 Jul 4;317(7150):28-32.
- Gustavo Angeles, John F. Stewart, Rubén Gaete, Dominic Mancini, Antonio Trujillo, Christina I. Fowler. "Measure Evaluation Technical Report Series, No. 4" December 1999
- Health Care Decentralization In Paraguay: Evaluation Of Impact On Cost, Efficiency, Basic Quality, And Equity
- Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. "Quality at general practice consultations: cross sectional survey." *BMJ*. 1999 Sep 18;319(7212):738-43.
- Lember M, Kosunen E, Boerma W. "Task profiles of district doctors in Estonia and general practitioners in Finland." *Scand J Prim Health Care*. 1998 Mar;16(1):56-62.
- Marcos Robles. "Indicadores Para Focalizar El Gasto Social En Paraguay" Octubre de 1999 Stp-Dgeec / Mecovi-Paraguay

Ministerio De Salud Pública Y Bienestar Social Unidad De Planificación Y Evaluación- C. De Documentación Instituto Nacional De Salud Atlas Sanitario 2001

Ricardo Bitrán, Lorena Prieto, Gloria Ubilla: Características de los proveedores de servicios De salud en asunción y cinco departamentos Del paraguay. Abril de 1997  
Ministerio de salud pública y bienestar social del paraguay  
Banco interamericano de desarrollo

Ricardo Bitrán, Gloria Ubilla, Juan Muñoz, Mario Navarrete, Lorena Prieto, María Luisa Escobar: Estudio Domiciliario sobre la Percepción y Consumo de Servicios de Salud en Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. Banco Interamericano de Desarrollo abril de 1997

Rubén Gaete, Carlos Rodríguez, Víctor Romero, Isaac Godoy. “Política de Aranceles de los Servicios Públicos de Salud en el Paraguay: análisis de las normativas y esquema vigente en el MSP y BS.” Abril de 2004

Tahepold H, Maaros HI, Kalda R, van den Brink-Muinen A. “Structure and duration of consultations in Estonian family practice.” Scand J Prim Health Care. 2003 Sep;21(3):167-70.

**Anexo 1. El uso del Estado Contractual y otras características para explicar la calidad de la atención. Análisis de regresión**

123. Las Tablas A1.1 y A1.2 exploran la relación entre la calidad de la atención y la riqueza en un contexto de regresión múltiple. Cada especificación sucesiva (columnas de la tabla) contiene variables explicativas adicionales en la especificación de manera que la Columna (1) incluye solo la tasa de pobreza del municipio, la Columna (2) agrega dummies de establecimiento y la Columna (3) agrega características de los médicos. La tasa de pobreza de los municipios está significativamente relacionada con el índice QC a un nivel del 10 por ciento. Sin embargo, cuando se controlan otras variables en las columnas dos y tres la tasa de pobreza deja de estar significativamente relacionada con el servicio prestado, pero el signo permanece positivo. Esto demuestra que el servicio en los municipios pobres no es peor que el promedio, sino que en las áreas pobres es mejor que el promedio. Además, los factores más importantes para la calidad del servicio son el tipo de establecimiento (IPS o MoH), el género del médico y el salario total ganado por el médico. Un movimiento de un establecimiento del MoH a uno del IPS está generalmente asociado con una disminución de 0,15 desviación estándar en la calidad del servicio recibido, mientras que se espera que el servicio sea 0,30 desviación estándar más bajo cuando un paciente consulta a un médico hombre comparado con un médico mujer. Es importante recordar que en estos resultados no se toman en cuenta las condiciones del paciente ya que el índice QC está depurado de las condiciones de los pacientes.

**Tabla A1.1**  
**Relación entre la calidad del servicio depurada y la pobreza**

	Índice QC	Índice QC	Índice QC
Nivel de pobreza	0,012 [1,84]c	0,006 [0,93]	0,004 [0,68]
Dummy del IPS		-0,599 [4,24]a	-0,352 [2,35]b
Dummy masculino			-0,599 [5,24]a
Edad de los médicos			0,004 [0,55]
Dummy de cargos permanentes			-0,200 [1,58]
Log de sueldo total			-0,310 [3,04]a
Constante	-0,229 [1,66]c	0,017 [0,12]	4,813 [3,07]a
Observaciones	286	286	268
R-cuadrado	0,01	0,07	0,19

Valor absoluto de estadísticas t entre paréntesis c significativa en 10%; b significativa en 5%; a significativa en 1%

124. Para examinar el problema de la discriminación hacia los pobres el estudio analiza si el *mismo* médico informa valores de QI mayores para pacientes de contextos socioeconómicos mejores, controlando otras características de los pacientes. Si esto ocurre, implicaría una discriminación sistemática con patrones de tratamiento diferencial por parte del mismo médico para sus pacientes ricos y pobres. Las tres características relevantes del paciente son la educación, el género y la condición socioeconómica. La Tabla A1.2 ubica esto en un marco de regresión. La Columna (1) presenta resultados que incluyen solamente las características del paciente; la columna (2) también agrega características observables de los médicos y las instituciones; la columna (3) estudia solo las diferencias entre pacientes del mismo médico incluyendo los efectos fijos tanto del médico como del establecimiento. Las tres regresiones muestran que no existe discriminación entre los pacientes hombre y mujer o discriminación basada en el nivel educativo. Sin embargo la riqueza de los pacientes medida por el índice de bienes está significativamente relacionada en todas las regresiones, pero con un signo *negativo*. Esto significa que no solo las áreas pobres tienden a tener un mejor servicio que el promedio, sino que los pacientes menos afortunados también tienden a recibir un mejor servicio que el promedio.

**Tabla A1.2**  
**Relación entre la calidad de la atención y el estado socioeconómico**

	Índice QI	Índice QI	Índice QI
Género del paciente	-0,093 [1,64]	-0,028 [0,61]	-0,028 [0,72]
Índice de bienes	-0,067 [2,44]b	-0,045 [1,85]c	-0,039 [1,98]b
Años de educación	-0,007 [1,01]	-0,000 [0,08]	0,000 [0,04]
Control de condiciones de los pacientes	X	X	X
Características del médico:			
Dummy de IPS		-0,338 [6,62]a	
Dummy masculino		-0,422 [9,81]a	
Edad del médico		-0,001 [0,36]	
Dummy para establecimiento ubicado en un área urbana		-0,210 [2,34]b	
Constante	-0,071 [0,68]	0,282 [1,84]c	-0,154 [2,20]b
Observaciones	2193	2130	2193
R-cuadrado	0,07	0,13	0,06
Número de efectos fijos			286

Nota: Estadísticas t robustas entre paréntesis. c significativo en 10%; b significativo en 5%; a significativo en 1%

## Anexo 2. Resumen de estadísticas de pacientes de la Encuesta de Hogares y la Encuesta de Salida

Pregunta	Encuesta de Hogar		Encuesta de Salida	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
¿Está satisfecho con la decisión del hospital de cobrarle y/o exceptuarlo de un arancel por las consultas?				
Sí	507	78	1.418	62
No	136	20	341	15
¿Cuánto pagó por la consulta?				
Nada	314	48	1.513	66
5.000	142	21	124	5
5.500	76	11	405	18
¿A quién le pagó? (a aquellos que pagaron)				
Tesorero/empleado administrativo	246	77	722	91
Médico/enfermera	75	23	72	9
¿Cuánto pagó por medicamentos?				
Nada	487	75	2.231	97
5.000	16	2,5		
10.000	11	2		
¿Cuánto pagó por materiales?				
Nada	614	95	2.251	98
¿Qué piensa sobre el costo del servicio? (aquellos que pagaron)				
Muy caro	8	2,4	14	1,8
Caro	45	13,7	61	7,9
Ni caro ni barato	27	8,2	24	3,1
Aceptable	186	56,8	497	64,8
Barato	58	17,7	169	22
No sabe	3	1	1	8,1
¿Solicitó el médico/la enfermera un pago adicional? (a aquellos que pagaron)				
Sí	11	4		
No		96		
¿Salió del trabajo para concurrir al establecimiento?				
Sí	221	34		
No	427	65		
¿Piensa que el establecimiento está en lo correcto al cobrar aranceles a quienes pueden pagarlos?				
Sí	610	94	1.598	69,6
No	19	2,9	104	4,5
¿Le dieron un recibo?				
Sí			1.048	46
¿Cree que las exenciones se otorgan a?				
Muchas persona	238	36	631	33,1
Pocas personas	131	20	174	9,1
A nadie	15	2	10	0,53
No sabe	264	40	1.089	57,2
Número de observaciones				
Afiliados a un seguro privado	36	5,5	54	2,3
Afiliados al IPS	85	13	685	30
Sin seguro	525	81	1.529	67
Urbano	456	70		85

**Anexo 3. Aranceles y pobreza: ¿Los pobres pagan menos que los ricos?  
Análisis de regresión**

125. El siguiente análisis complementa los resultados del capítulo 3, empleando técnicas de regresión. La Tabla A3.1 analiza la relación entre la satisfacción del paciente y los aranceles pagados. Las tres especificaciones presentadas utilizan la satisfacción como una variable binaria dependiente (satisfecho o no satisfecho). La primera especificación incluye solo una variable de indicador para el pago o no de aranceles; la segunda incluye la riqueza, edad y género del paciente, y la tercera controla la enfermedad del paciente a través de un conjunto completo de variables dummy para los síntomas informados y el número de días de enfermedad. Para las tres especificaciones, si el paciente paga o no aranceles no tiene impacto sobre su satisfacción con la visita. El coeficiente es muy pequeño e insignificante: con un conjunto completo de controles, las estimaciones sugieren que una paciente que está exenta del pago de aranceles tiene 1 por ciento más de probabilidades de informar que está satisfecha con la interacción. El índice de calidad de interacción, analizado en el Capítulo 2, sigue siendo altamente significativo; la probabilidad de informar satisfacción con la interacción es 6 por ciento mayor para los pacientes que recibieron 1 desviación estándar de calidad de atención del médico. El mensaje abrumador de estas especificaciones es que los pacientes de la muestra están menos preocupados sobre el monto que pagan y más sobre la calidad de la atención que reciben.

126. Una preocupación relacionada con estos resultados es que los médicos pueden haber modificado su comportamiento porque sabían que estaban siendo observados. Esto puede ser en parte cierto, ya que el número de pacientes que están exentos aumenta en la observación - como fue informado durante las encuestas de salida comparadas con la encuesta de hogares— y más personas en la encuesta de hogares informan insatisfacción con el proceso de exención (Apéndice 1). Sin embargo, dado que el grado de “exenciones adicionales debido a observación” no varía con el ingreso (u otros atributos) del paciente, la relación general entre la satisfacción (y la pobreza discutida abajo) no cambia.

**Tabla A3.1**  
**Relación entre satisfacción y características seleccionadas de los pacientes**

	(1)	(2)	(3)
¿Pagó la persona aranceles?	0,023 (0,026)	0,007 (0,030)	0,008 (0,031)
Índice de Calidad de Interacción		0,066 (0,023)***	0,059 (0,023)**
Riqueza		-0,003 (0,014)	-0,001 (0,014)
Paciente con salud promedio		-0,183 (0,032)***	-0,189 (0,032)***
Paciente con mala salud		-0,138 (0,035)***	-0,135 (0,035)***
Paciente < 5 años de edad		0,058 (0,031)*	0,039 (0,033)
Género del paciente		0,023 (0,027)	0,028 (0,027)
Conjunto completo de características de la enfermedad del paciente			<b>X</b>
Constante	0,602 (0,016)***	0,696 (0,034)***	0,693 (0,038)***
Observaciones	1733	1716	1716
Número de establecimientos	83	83	83

\* 10 por ciento significativo

\*\* 5 por ciento significativo

\*\*\* Nivel de 1 por ciento significativo

La variable dependiente es una variable de indicador que toma el valor 0 si el paciente no está satisfecho y 1 si el paciente está satisfecho con el servicio prestado

127. Las Tablas A3.2 y A3.3 exploran las relaciones entre los aranceles y las características de los pacientes desglosando el pago de aranceles y llevándolo al margen extensivo en la Tabla A3.2 (la diferencia entre aquellos que pagan y los que no pagan) y al margen intensivo en la Tabla A3.3 (la diferencia en el monto pagado, bajo la condición de que se haga algún pago). Las primeras tres especificaciones combinan diferencias dentro y entre los establecimientos e introducen características adicionales de los pacientes. Las últimas tres especificaciones analizan solo las diferencias dentro de los establecimientos. Es decir, incluir efectos fijos de los establecimientos elimina las diferencias entre los establecimientos y limita el análisis a la diferencia pagada por pacientes que visitaron el mismo establecimiento durante el día de la observación.

128. Las tres características son comunes entre las regresiones. En primer lugar, la riqueza está asociada con aranceles más altos tanto en el margen extensivo como en el intensivo. Así los pacientes que son 1 desvío estándar más ricos tienen más de 6 y 7 por ciento de probabilidades de

tener que pagar algún honorario, y con la condición de no ser exceptuados, pagan entre Gs.500 y Gs.1000 más. Sin embargo, estos números son muy pequeños; dada la distribución de la riqueza de la muestra, esto sugiere que aquellos en el 10 por ciento más alto tienen solamente un 15 por ciento más de probabilidades de pagar que los pacientes de riqueza media. Más aún, bajo la condición de pagar, ellos pagan solo entre Gs.1000 y Gs.2000 más.

129. En segundo lugar, en el margen extensivo, las otras características de los pacientes exploradas en la figura anterior son altamente significativas. Los pacientes que tienen peor salud pagan más, las mujeres pagan más, y los mayores de 5 años, también. Las diferencias más grandes en la probabilidad de pago son aquellas entre los pacientes de buena y mala salud y los que son mayores de 5 años de edad. Esto sugiere que las pautas más recientes del Ministerio de Salud para exceptuar a los niños menores de 5 años del pago de aranceles están siendo implementadas por la mayoría de los establecimientos.

130. En tercer lugar, en el margen intensivo, no existe ahora ninguna diferencia entre pacientes mujer/hombre y pacientes jóvenes/viejos. Esto es consistente con las diferencias en las exenciones otorgadas, pero no hay diferencias en el monto pagado cuando el paciente no está exento. Es interesante que la diferencia entre los pacientes más sanos y más enfermos ahora se revierte de manera que los pacientes más sanos pagan montos mayores que los pacientes más enfermos. De esta manera, los establecimientos tienden a tomar montos más pequeños más frecuentemente de los pacientes más enfermos comparados con los pacientes más sanos. Finalmente, la riqueza ya no es significativa, de manera que bajo la condición de pagar, los pacientes más ricos y más pobres pagan montos similares.

**Tabla A3.2**

**Análisis de regresión de aranceles y exenciones sobre características seleccionadas**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>El Margen Extensivo:</b> La variable dependiente es un indicador que toma el valor 1 si el paciente pagó algo.						
Riqueza del paciente	0,058 (0,016)***	0,072 (0,017)***	0,078 (0,018)***	0,063 (0,013)***	0,073 (0,013)***	0,061 (0,011)***
Paciente con salud promedio		0,089 (0,043)**	0,058 (0,048)		0,045 (0,030)	0,030 (0,026)
Paciente con mala salud		0,279 (0,046)***	0,193 (0,057)***		0,213 (0,033)***	0,127 (0,028)***
Paciente mayor de 5 años			0,491 (0,038)***			0,455 (0,024)***
Género del paciente			0,129 (0,041)***			0,049 (0,022)**
Constante				0,446 (0,011)***	0,357 (0,025)***	0,125 (0,031)***
Características de la enfermedad del paciente			X			X
Efectos fijos del establecimiento				X	X	X
Observaciones	1725	1718	1718	1725	1718	1718
Número de establecimientos				83	83	83
R-cuadrado				0,01	0,05	0,32

\*10 por ciento significativo

\*\* 5 por ciento significativo

\*\*\* Nivel de 1 por ciento significativo

**Tabla A3.3**

**Análisis de regresión del monto pagado por aranceles sobre características seleccionadas**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>El Margen Intensivo:</b> La variable dependiente es el arancel pagado en \$1000 y la muestra se limita solo a quienes pueden pagar						
Riqueza del paciente	0,092 (0,053)*	0,086 (0,053)	0,078 (0,051)	0,057 (0,030)*	0,053 (0,030)*	0,048 (0,030)
Paciente con salud promedio		-0,191 (0,344)	-0,244 (0,288)		-0,278 (0,085)***	-0,296 (0,085)***
Paciente con mala salud		-0,221 (0,330)	-0,234 (0,283)		-0,169 (0,087)*	-0,201 (0,088)**
Paciente mayor de 5 años			0,364 (0,346)			0,066 (0,098)
Sexo del paciente			0,278 (0,207)			-0,067 (0,068)
Constante	5,386 (0,192)***	5,563 (0,341)***	5,286 (0,500)***	5,385 (0,026)***	5,579 (0,073)***	5,561 (0,123)***
Características de la enfermedad del paciente			X			X
Efectos fijos del establecimiento				X	X	X
Observaciones	756	752	752	756	752	752
R-cuadrado	0,00	0,01	0,06	0,01	0,02	0,04
Número de establecimientos				75	75	75

\* 10 por ciento significativo

\*\* 5 por ciento significativo

\*\*\* Nivel de 1 por ciento significativo

