

## **Análisis de la gestión administrativa financiera y su incidencia sobre el servicio de salud en centros de primer nivel en Bolivia.**

Libia Ruth Zelaya Guzmán\*

Susana Andrea Michaga Velarde†

<https://orcid.org/0000-0003-1419-5235>

CICEE - Universidad Técnica Privada Cosmos

Cochabamba-Bolivia

Septiembre de 2024

Recibido: 1 de noviembre

Aprobado: 13 de Noviembre

### **Resumen**

La investigación se encuentra enmarcada en desarrollar un análisis de la gestión administrativa y financiera en los servicios de primer nivel en el sistema de salud de los Distritos 5 “Comunidad Chilimarca” y 6 “Comunidad Cuatro Esquinas” del Municipio de Tiquipaya. Mediante la aplicación de un enfoque cuantitativo; un tipo de investigación analítico, explicativo, descriptivo, se realizó la recolección de datos a través de encuestas, así como también del Sistema Informático de Atención Primaria en Salud. Los resultados evidenciaron la inadecuada gestión administrativa financiera, puesto que los centros de salud no cumplen con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto a la asignación de recursos per cápita y el número de pacientes que debe atender un médico en cada jornada laboral, de igual forma se advirtió la carencia de personal médico, administrativo, insumos, medicamentos, material, equipamiento e infraestructura para la atención de la población.

**Palabras clave:** Organización y gestión, Administración financiera, Administración pública, Política de la salud.

### **Analysis of administrative and financial management and its impact on health services in first level centers in Bolivia.**

#### **Abstract**

The research is framed in developing an analysis of the administrative and financial management in the first level services in the health system of the Districts 5 “Chilimarca Community” and 6 “Cuatro Esquinas Community” of the Municipality of Tiquipaya. Through the application of a quantitative approach; an analytical, explanatory, descriptive type of research, data was collected through surveys, as well as the Primary Health Care Computer System. The results showed the inadequate administrative and financial management, since the health centers do not comply with the recommendations of the World Health Organization (WHO) regarding the allocation of per capita resources and the number of patients that a doctor should attend each working day, as well as the lack of medical and administrative personnel, supplies, medicines, material, equipment and infrastructure for the care of the population.

**Keywords:** Organization and management, financial administration, public administration, health policy.

\* Administradora de Empresas UNITEPC. Contacto: [libiaruthzelayaguzman@gmail.com](mailto:libiaruthzelayaguzman@gmail.com)

† Administradora de Empresas. Magíster en Gestión Estratégica de Organizaciones. Docente Investigador del CICEE-UNITEPC. Contacto: [smichaga\\_docenpat@unitepc.edu.bo](mailto:smichaga_docenpat@unitepc.edu.bo)

## **Introducción**

El análisis de la gestión administrativa y financiera para Cejas, Liccioni, Frías, Quiñónez y Romero (2022), es de vital importancia en el caso de América Latina y el Caribe, puesto que existen notorias inequidades en salud, por tanto, se plantea desde diversos escenarios una variedad de factores que limitan el acceso a una atención médica oportuna y de calidad entre los que cabe mencionar: escasez de recursos humanos, de infraestructura, equipamiento, medicamentos, distancia física y cultural entre la oferta pública y la población demandante e ingresos familiares reducidos.

En este entender Espinoza, Gil y Agurto (2020), mostraron que los directivos de establecimientos de salud en Perú identifican la escasez de recursos humanos, la falta de insumos y medicamentos, la deficiente infraestructura y el déficit presupuestal como las principales debilidades que los gestores deben resolver, tomando decisiones adecuadas y oportunas para mejorar la calidad de servicio y la satisfacción del paciente.

Siendo así que corresponde una evaluación sobre la incidencia en los servicios de salud de primer nivel en Bolivia, tomando como base el caso del Gobierno Autónomo Municipal de Tiquipaya, desde la visión de pacientes como referente representativo de la situación nacional, estableciendo así los problemas y deficiencias que indiquen en una inadecuada gestión administrativa y financiera en la atención de salud de primer nivel.

## **Revisión de la literatura**

### **Atención Primaria de Salud (APS)**

La Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018), señala que la APS es un enfoque de la salud para toda la sociedad que tiene por propósito garantizar la mayor cobertura de salud y bienestar en procura de una distribución equitativa mediante la atención concentrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo de un proceso permanente desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible adaptarlo al entorno cotidiano de las personas.

Según el Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios en Salud. Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad (2013), el primer nivel de atención en salud es la unidad básica operativa de la Red de Servicios de Salud, es la puerta de entrada al Sistema de Salud, cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de vida y la situación de salud de las personas, familias y comunidades, mediante funciones de atención integral intercultural de salud, docencia asistencial e investigación, además de gestión participativa y control de la Salud.

**Tabla 1**  
**Resumen de características generales del Primer Nivel de Salud en Bolivia**

NIVELES DE ATENCIÓN	PRIMER NIVEL					
	TiPos de Categorías	PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD CON INTERNACION	CENTRO DE SALUD INTEGRAL	
	CRITERIOS MÍNIMOS					
UBICACIÓN	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	
POBLACIÓN	Población de 500 a 100 habitantes, en caso de localidades con menor población se consideran los criterios más válidos como la accesibilidad geográfica	Población de aproximadamente 10.000 a 20.000 habitantes	Población de aproximadamente 1.000 a 10.000 habitantes	Población de 20.000 a 50.000 habitantes	Población de 10.000 a 30.000 habitantes	
ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA	No mayor a 2 horas en movilidad del Establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria al de mayor referencia	No mayor a 2 horas en movilidad del establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria y al de mayor capacidad resolutoria para su referencia	No mayor a 2 horas en movilidad al establecimiento de salud de referencia	No mayor a 2 horas en movilidad al establecimiento de salud de referencia	No mayor a 2 horas en movilidad al establecimiento de salud de referencia	
INFRAESTRUCTURA	De acuerdo a diagrama y esquema funcional	De acuerdo a diagrama y esquema funcional	De acuerdo a diagrama y esquema funcional	De acuerdo a ambientes y esquema funcional	De acuerdo a ambientes y funciones definidas	
EQUIPAMIENTO	De acuerdo a diagrama y esquema funciones definidas	De acuerdo a ambientes y funciones definidas	De acuerdo a ambientes y funciones definidas	De acuerdo a ambientes y funciones definidas	De acuerdo a ambientes y funciones definidas	
EQUIPO DE SALUD	PROFESIONALES	No tiene	Médico(s), Odontólogos, Lic. Enfermería, Lic. Trabajo Social	Médico(s), Generales Odontólogos, Lic. Enfermería, Lic. Trabajo Social	Médico(s), Generales y/o especialistas, Lic. Enfermería, Odontólogos, Bioquímico y Farmacéutico, Trabajo Social	
	MEDICO TRADICIONAL, PARTERA/O NATURISTA	No tiene	No tiene	Estará sujeta a estudio, demanda de la población, usos y costumbres	Estará sujeta a estudio, demanda de la población, usos y costumbres	
	TÉCNICOS	Hasta 2 Auxiliares de Enfermería	Auxiliar de Enfermería. Técnico en farmacia	A auxiliar de Enfermería, Técnico en farmacia y laboratorio clínico	A auxiliar de Enfermería. Técnico en Rayos X e imagenología	A auxiliar de Enfermería. Técnico en Rayos X e imagenología
	OTROS TÉCNICOS DE ACUERDO A PERFIL EPIDEMIOLOGICO	NO	NO	NO	NO	Técnicos en salud: de vectores, saneamiento básico u otros
	ADMINISTRATIVOS	Opcional	Auxiliar Administrativo y trabajador polivalente - portero	Estadística/admisión y trabajador manual	Estadística/admisión, Personal polivalente, Cocinera - Lavandera y chofer	Administrador, Estadística/admisión, Personal polivalente, Cocinera - Lavandera y chofer

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, 2024

### Gestión administrativa

Según la Real Academia Española (2019), el término tiene su origen en la voz inglesa, relación estrecha con el término inglés management, que es equivalente a gestión o administración. La administración, el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales (Chiavenato, 2006). En tanto para Iza y otros (2023), “(...) la gestión administrativa es la que crea condiciones estratégicas, tácticas y operativas para que las sucesivas funciones de organización, dirección y control se conciben de una manera racional y constituyan entre todo el modo armónico en que se suponen se produzcan los hechos”.

Siguiendo la postura de Iza y otros (2023), la gestión administrativa es básica para organizaciones públicas y privadas. Precisamente la gestión administrativa es determinante en los resultados de las gestiones en salud; debido a que los agentes de salud, deben encontrarse inmersos de manera organizada e institucionalizada en diferentes instituciones, tales como en municipalidades, instituciones educativas e instituciones de deportes; esta situación implica estar estrechamente relacionada con las decisiones de los que las administran, ellos toman decisiones y priorizan las informaciones a gestionar, partiendo de los propios actores que deberán comunicar oportunamente sobre los aspectos que ameritan prioritaria atención.

## **Gestión financiera**

La Gestión Financiera para Aguilar & Hanni (2017), son los resultados surgidos de la necesidad de contar con información cuantitativa sobre los beneficios de la realización de actividades económicas para la toma de decisiones de sobre la situación financiera y objetivos financieros que permitan el crecimiento de la organización.

## **Sistema Único de Salud en Bolivia**

La Ley 1152 del Sistema Único de Salud en Bolivia (2019), amplió la población beneficiaria que no se encontraba cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito (SUS).

Los principios rectores de la ley son: Eficacia, Equidad, Gratuidad, Integralidad, Interculturalidad, Intraculturalidad, Intersectorialidad, Oportunidad, Preeminencia de las personas, Progresividad, Solidaridad, Universalidad, Acceso Universal a Medicamentos y Tecnologías en Salud.

En cuanto al financiamiento del servicio de salud público correspondientes al Tercer y Cuarto Nivel de Atención, son cubiertos con recursos provenientes del Tesoro General de la Nación, conforme las políticas implementadas por el gobierno del Estado Plurinacional.

Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, financian la atención a la población en el Primer y Segundo Nivel de Atención con recursos provenientes del quince punto cinco % (15.5%) de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) y destinarán un porcentaje mayor al quince punto cinco % (15.5%) del anterior u otros recursos adicionales, cuando el primero sea insuficiente. Estas entidades deben priorizar la provisión y reposición oportuna y continua de medicamentos, insumos y reactivos necesarios para garantizar la continuidad de la atención, fortalecer el equipamiento e infraestructura en salud, programas especiales de salud o contratación de recursos humanos de los establecimientos de salud.

El presupuesto para establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención, se realizará con base a criterios poblacionales, de accesibilidad y cobertura de servicios promocionales y preventivos y en la programación de servicios curativos, según reglamentación específica emanada por el Ministerio de Salud.

## **Financiamiento para Salud**

La Organización Panamericana de la Salud (2024), señala deficiencias en la estrategia para acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud sobre el financiamiento establecido por los Estados miembros OPS: recomienda aumenten la eficiencia y el financiamiento público en salud, tomando en cuenta que en la mayoría de los casos un gasto público del 6% del PIB es una referencia útil y que estos recursos deben ser dirigidos, cuando corresponda, prioritariamente al primer nivel de atención, a fin de ampliar la oferta de servicios de calidad y de abordar de manera acelerada las necesidades de salud insatisfechas.

## **Costos por Prestación de Servicios**

Para Santamaria y otros (2015), este análisis permite conocer el costo y la productividad de los servicios e identifica áreas de ineficiencia económica dentro de un hospital o dentro de sus propias dependencias, por tanto, valorar la eficiencia de la gestión en general, los costos unitarios hospitalarios para el desarrollo de sistemas de información de costos y gestión hospitalaria, siendo su objetivo prioritario la búsqueda de eficiencia de los recursos hospitalarios desde un punto de vista económico y social. Cuando se utiliza el método de capital humano, los beneficios se cuantifican con relación al cambio o mejora de la capacidad en la productividad de los individuos, medida por ingresos económicos asociados a esa productividad.

## **Software de Atención Primaria en Salud - SOAPS**

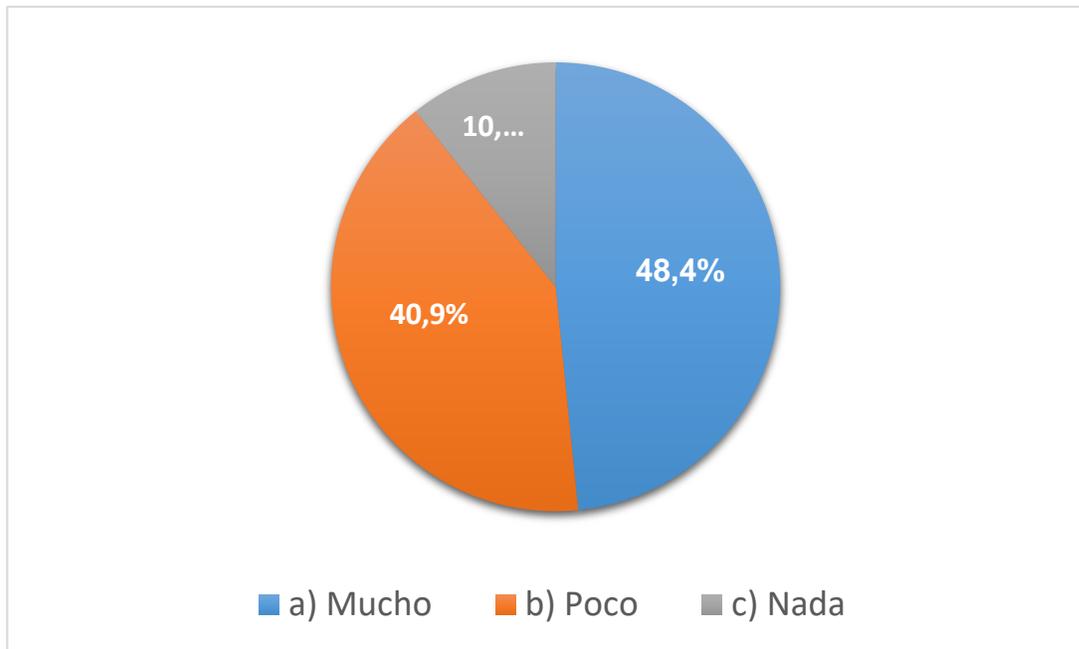
Para el Ministerio de Salud y Deportes (2015), el Software de Atención Primaria en Salud “SOAPS” es producto de la digitalización de los ocho cuadernos del Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) y llega a constituirse en una herramienta diseñada para un manejo óptimo y ágil de la información. Esta herramienta busca aminorar la carga administrativa en el establecimiento de salud y de esta manera procura que el personal de salud disponga de tiempo de calidad para la atención al paciente.

## **Metodología**

La investigación utilizó el enfoque cuantitativo para la presentación estadística de diagramas circulares sobre la percepción que tiene el paciente de la gestión administrativa y financiera de los Centros de Salud de Primer Nivel referidas a problemáticas como la escasez de recursos humanos, carencia de insumos y medicamentos, deficiencia en equipos e infraestructura y el déficit presupuestario, en una población de 3409 pacientes con un muestreo probabilístico, donde la muestra corresponde a 345 pacientes que acuden a los dos Centros de Salud en los primeros niveles de los Distritos 5 “Chilimarca” y 6 “Cuatro Esquinas” del Municipio de Tiquipaya, se recolectó los datos en un periodo de dos semanas con autorización de las autoridades o responsables de los Centros de Salud, el cuestionario se difundió en formato de google forms y también de forma física a los pacientes que acudían a consulta médica. Concluida la recolección de datos se realizó el procesamiento en hojas Excel, cabe destacar que los encuestados mostraron predisposición al momento de brindar los datos con un marcado interés en hacer conocer sus inquietudes y necesidades de recibir un mejor servicio. La determinación del financiamiento y los costos por prestación de servicios se consideró desde el Tomo I de base de datos del Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) contenido en el Sistema Informático Software de Atención Primaria en Salud (SOAPS - SNIS).

## **Resultados**

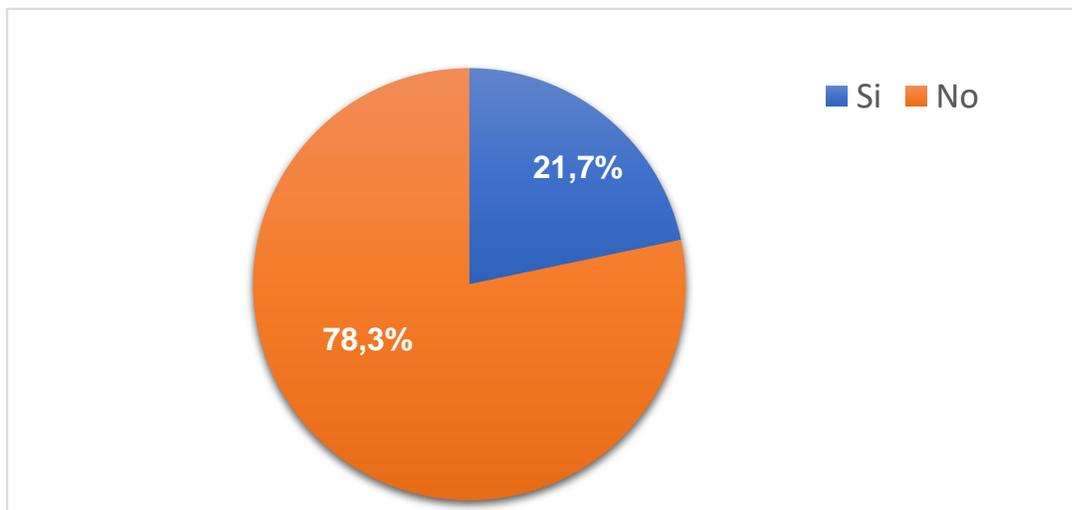
De los datos obtenidos permitieron realizar el análisis de la gestión administrativa, financiera para la evaluación de los servicios de salud de primer nivel a partir de las necesidades y expectativas de los pacientes del Distrito 5 y 6 del Municipio de Tiquipaya y de los datos obtenidos del SOAPS – SNIS.



**Figura I:** Satisfacción con el actual Sistema en Bolivia

Fuente: Elaboración propia

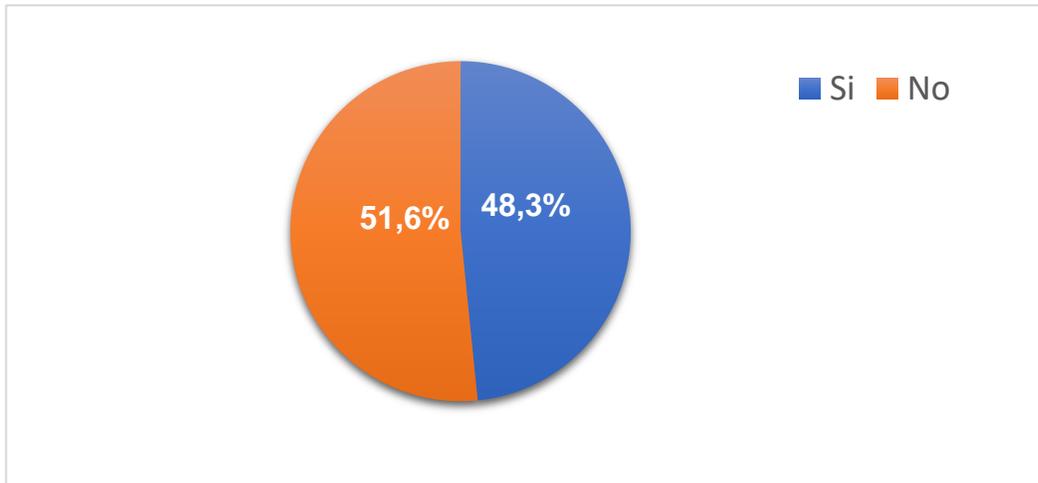
Como señala la figura I, el 48,74 % de los pacientes se encuentran de acuerdo con el actual sistema de salud por su carácter universal y de gratuidad, frente a un 40,9 % poco satisfecho y un restante 10,7 completamente insatisfecho; más de la mitad de la población no se encuentra conforme con el actual Sistema de Salud en Bolivia.



**Figura II:** Conocimiento de las políticas de prevención de su Centro de Salud

Fuente: Elaboración propia

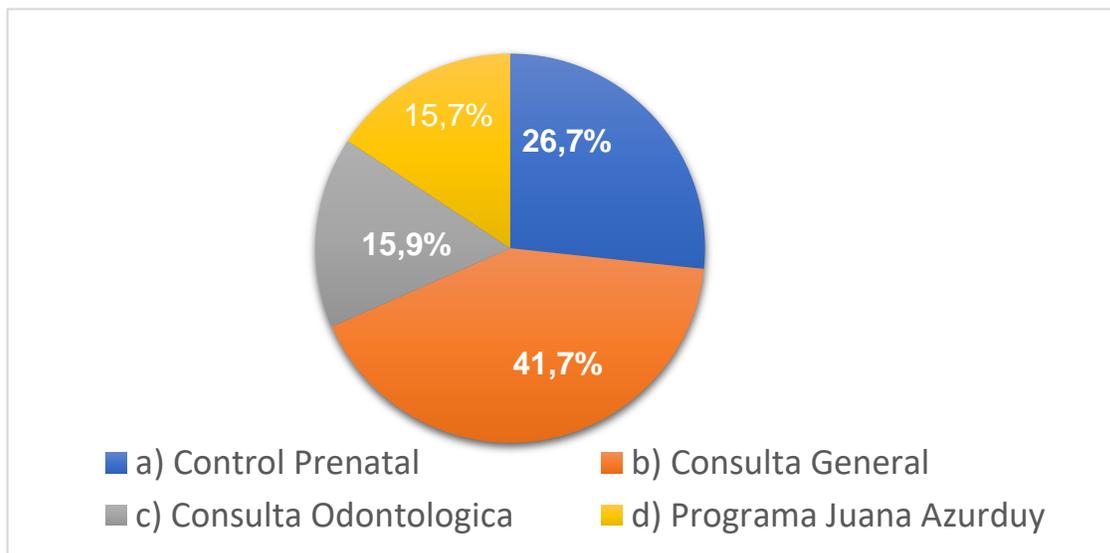
Al consultar a los pacientes, sobre el conocimiento de las políticas en salud de sus Centros de Salud, la mayor parte con un 78,3 % indican no conocerlas y tan solo el 21,7 % respondió afirmativamente.



**Figura III:** El Centro de Salud desarrolla servicios de prevención de enfermedades

Fuente: Elaboración propia

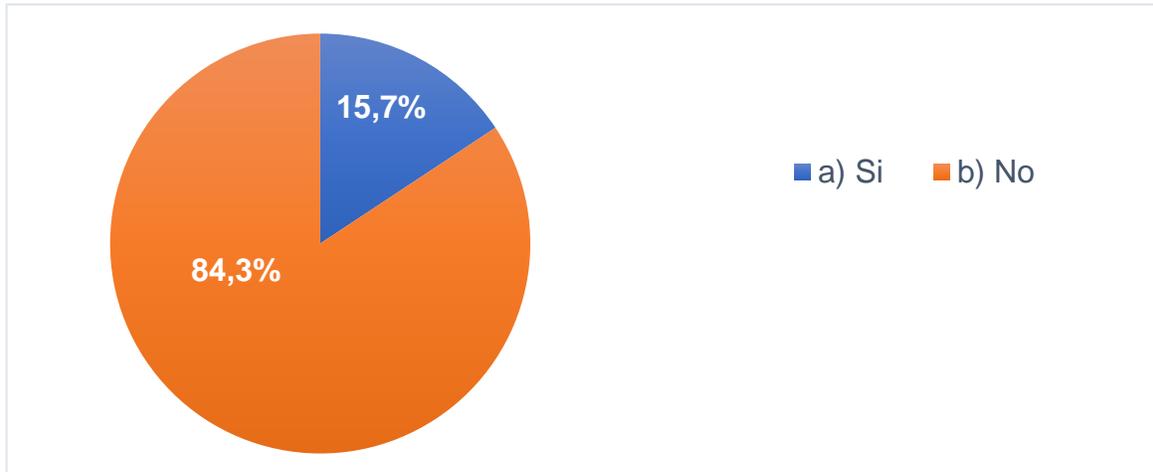
La población de forma mayoritaria con el 51,6 % señala que no recibe ayuda en la prevención de enfermedades y un el 48,4 % indica recibir servicios en este ámbito.



**Figura IV:** Servicios recibidos en el Centro de Salud

Fuente: Elaboración propia

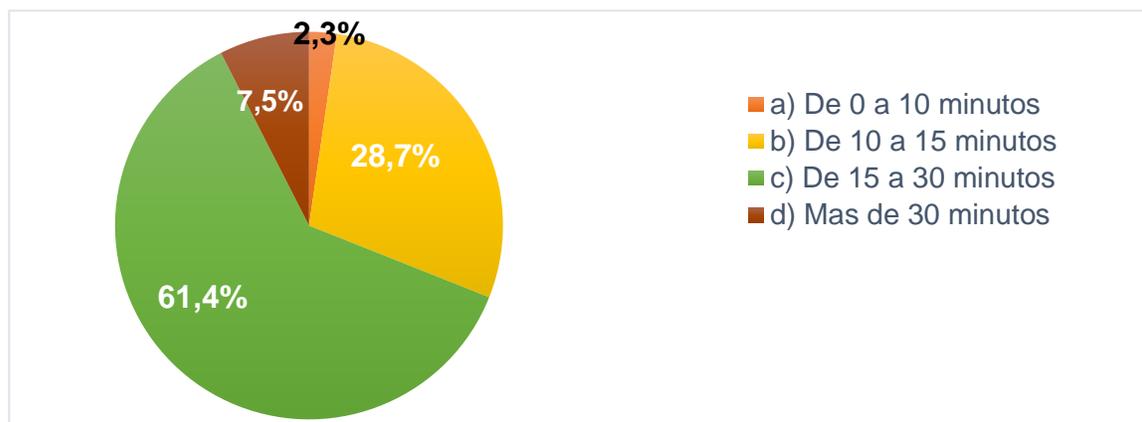
Al realizar la consulta sobre los servicios requeridos en la posta de salud, el 41,7 % se refieren a consultas generales, el 26,7 % a controles prenatales, el 15,9 % solicita atención odontológica y el 15,7 % acude por atención al Programa Juana Azurduy. Se advierte que gran parte de la población acude a consultas generales, debido a necesidades de salud no cubiertas, enfermedades, padecimientos que causan sufrimiento e incertidumbre sobre su condición médica.



**Figura V:** El Centro de Salud cuenta con la cantidad suficiente de profesionales en salud

Fuente: Elaboración propia

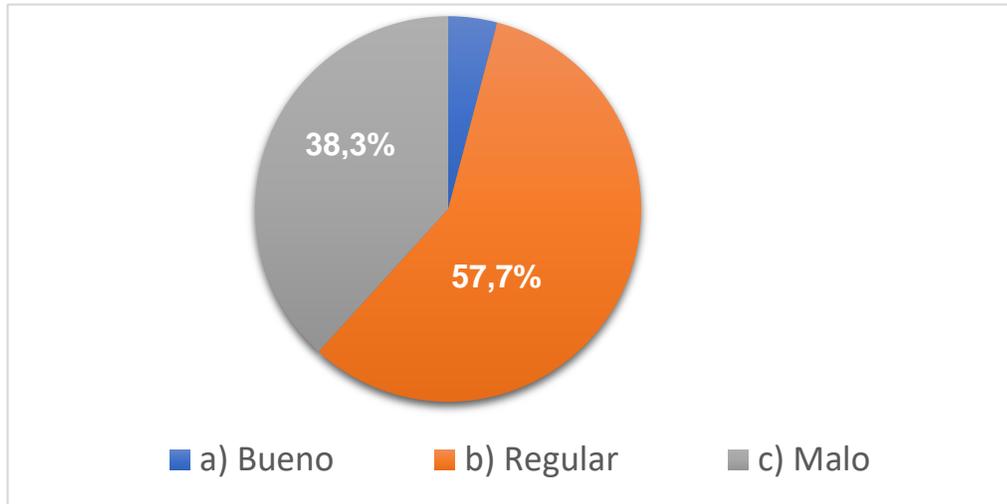
Con un 84,3 %, la mayoría de las respuestas de pacientes evidencian una percepción de insuficiencia de profesionales en salud, frente a un reducido 15,7 por ciento que los considera suficientes.



**Figura VI:** Tiempo de atención del profesional médico

Fuente: Elaboración propia

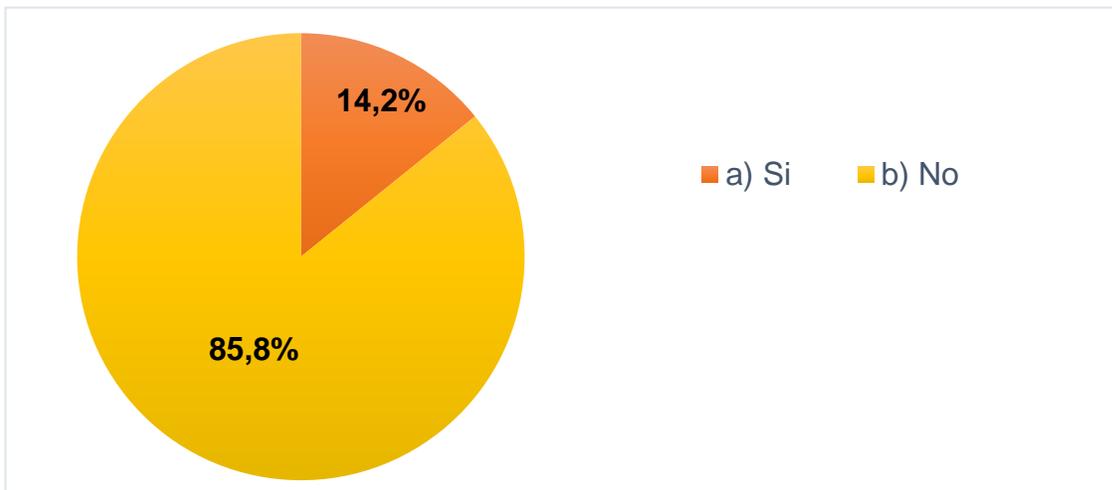
Un 61,4 % manifestó que el tiempo de atención y revisión del personal médico dentro de la consulta es de 15 a 30 minutos, el 61,4 % manifestó de 15 a 30 minutos, el 28,7 % de 10 a 15 minutos, el 7,5 % más de 30 minutos y el 2,3 % de 0 a 10 minutos en la revisión de dolencias.



**Figura VII:** Percepción de la atención recibida del personal administrativo en el Centro de Salud

Fuente: Elaboración propia

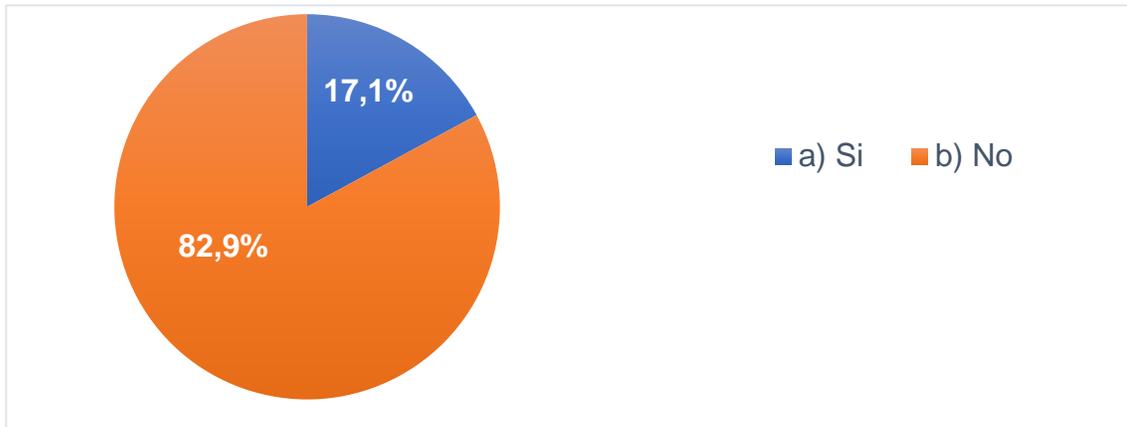
De la consulta sobre la atención recibida del sector administrativo en el Centro de Salud, solamente, el 4,1 % afirma que es bueno, un 57,7 % indica que es regular y el 38,3 % responde que es malo.



**Figura VIII:** El Centro de Salud cuenta con insumos

Fuente: Elaboración propia

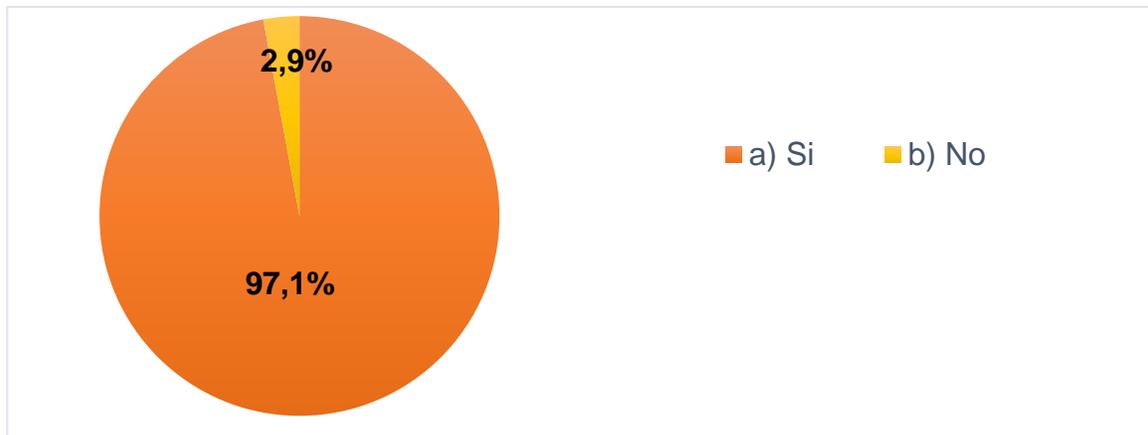
Un abrumador 85,8 por ciento percibe que el centro de salud no cuenta con los insumos necesarios para la atención a los usuarios, y el 14,2 % mencionan que sí se tiene los materiales requeridos.



**Figura IX:** Dotación al paciente de la totalidad de la medicación recetada por el médico

Fuente: Elaboración propia

Al consultar sobre el tratamiento recibido, claramente se puede observar que el 82,9 % afirma no recibe la totalidad de la medicación recetada por el profesional médico para sus tratamientos, y el 17,1% señala recibir el total de lo recetado.



**Figura X:** Percepción sobre la suficiencia de infraestructura en el servicio de salud

Fuente: Elaboración propia

El 97,1 % de la población señala que no se cuenta con infraestructura adecuada a las necesidades de los pacientes y un mínimo 2,9 % menciona ser suficiente.

## Financiamiento y costos de salud en Bolivia y Municipio de Tiquipaya

Los indicadores se elaboraron con base en la información obtenida de los sistemas informativos que integran los registros médicos y de enfermería de pacientes atendidos en el Centro de Salud Chilimarca del Distrito 5 del Municipio de Tiquipaya, la misma está contenida en el Software de Atención Primaria en Salud – SOAPS y el Sistema Nacional de Información en Salud – SNIS, los cuales son proporcionados por el MSyD.

### Costo del servicio de atención por paciente en Bolivia

- **Plantel médico: haber percibido de Bs. 7.319**

Haber mensual / días trabajo = Horas trabajo día / promedio de pacientes atendidos al día

$$\text{Costo de servicio por días trabajados} \quad \frac{7319}{30} = 243,97$$

$$\text{Costo de servicio por horas trabajo} \quad \frac{7319}{120} = 60,99$$

$$\text{Costo servicio promedio de pacientes atendidos al día} \quad \frac{60,99}{18} = 3,34$$

$$CUA_{MÉDICO} = Bs. 3,34$$

El Costo Unitario de Atención (CUA), del profesional médico por paciente, es de Bs. 3,34

- **Plantel de enfermería: haber percibido Bs. 4.700**

Haber mensual / días trabajo = Horas trabajo día / promedio de pacientes atendidos al día

$$\text{Costo de servicio por días trabajados} \quad \frac{4700}{30} = 156,66$$

$$\text{Costo de servicio por horas trabajo} \quad \frac{4700}{120} = 39,17$$

$$\text{Costo servicio promedio de pacientes atendidos al día} \quad \frac{39,17}{18} = 2,18$$

$$CUA_{ENFERMERÍA} = Bs. 2,18$$

El Costo Unitario de Atención (CUA), del profesional de enfermería por paciente es de Bs. 2,18

- **Plantel administrativo: Haber percibido Bs. 8.377**

Haber mensual / días trabajo = Horas trabajo día / promedio de pacientes atendidos al día

$$\text{Costo de servicio por días trabajados} \quad \frac{8377}{30} = 279,33$$

$$\text{Costo de servicio por horas trabajo} \quad \frac{8377}{160} = 52,36$$

$$\text{Costo servicio promedio de pacientes atendidos al día} \quad \frac{52,36}{18} = 2,91$$

$$CUA_{\text{ADMINISTRATIVO}} = \text{Bs. } 2,91$$

El Costo Unitario de Atención (CUA), del profesional de administrativo por paciente, es de Bs. 2,91.

- **Plantel de servicio: Haber percibido Bs. 3.200**

Haber mensual / días trabajo = Horas trabajo día / promedio de pacientes atendidos al día

$$\text{Costo de servicio por días trabajados} \quad \frac{3200}{30} = 106,67$$

$$\text{Costo de servicio por horas trabajo} \quad \frac{3200}{120} = 26,67$$

$$\text{Costo servicio promedio de pacientes atendidos al día} \quad \frac{26,67}{18} = 1,48$$

$$CUA_{\text{PERSONAL DE SERVICIO}} = \text{Bs } 1,48$$

El Costo Unitario de Atención (CUA), del personal de servicio por paciente es de Bs. 1,48

### **Costo de atención por paciente según el Municipio de Tiquipaya**

- **Plantel médico: Haber básico Bs. 3,800**

Haber mensual / días trabajo = Horas trabajo día / promedio de pacientes atendidos al día

$$\text{Costo de servicio por días trabajados} \quad \frac{3800}{30} = 126,67$$

$$\text{Costo de servicio por horas trabajo} \quad \frac{3800}{160} = 23,75$$

$$\text{Costo servicio promedio de pacientes atendidos al día} \frac{23,75}{15} = 1,58$$

$$CUA_{MÉDICO} = Bs 1,58$$

El Costo Unitario de Atención (CUA), del personal de servicio por paciente, es de Bs. 1,58.

- **Plantel de enfermería: haber básico de Bs. 2,360**

Haber mensual / días trabajo = Horas trabajo día / promedio de pacientes atendidos al día

$$\text{Costo de servicio por días trabajados} \frac{2360}{30} = 78,67$$

$$\text{Costo de servicio por horas trabajo} \frac{2360}{160} = 14,75$$

$$\text{Costo servicio promedio de pacintes atendidos al día} \frac{14,75}{15} = 0,98$$

$$CUA_{ENFERMERÍA} = Bs 0,98$$

El Costo Unitario de Atención (CUA), del personal de servicio por paciente, es de Bs. 0,98.

- **Plantel administrativo: haber básico Bs. 3,905**

Haber mensual / días trabajo = Horas trabajo día / promedio de pacientes atendidos al día

$$\text{Costo de servicio por días trabajados} \frac{3905}{30} = 130,67$$

$$\text{Costo de servicio por horas trabajo} \frac{3905}{160} = 24,41$$

$$\text{Costo servicio promedio de pacintes atendidos al día} \frac{24,41}{15} = 1,63$$

$$CUA_{ADMINISTRATIVO} = Bs 1,63$$

El Costo Unitario de Atención (CUA), del personal administrativo por paciente, es de Bs. 1,63.

- **Plantel de servicio: haber básico Bs. 2438**

Haber mensual / días trabajo = Horas trabajo día / promedio de pacientes atendidos al día

$$\text{Costo de servicio por días trabajados } \frac{2438}{30} = 81,67$$

$$\text{Costo de servicio por horas trabajo } \frac{2438}{160} = 15,24$$

$$\text{Costo servicio promedio de pacientes atendidos al día } \frac{15,24}{15} = 1,02$$

$$CUA_{\text{PERSONAL DE SERVICIO}} = Bs 1,02$$

El Costo Unitario de Atención (CUA), del personal de servicio por paciente es de Bs. 1,02.

- **Costo por receta médica**

La atención integral de salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos, productos naturales tradicionales y otros; desde el punto de vista administrativo y financiero, las prestaciones tienen tarifas fijas o tarifas variables expresadas en bolivianos (Bs.-).

**Tabla 2**  
**Costo de recetario según ley 1152**

Fiebre de origen desconocido (ENFERMEDAD FEBRIL DE CAUSA NO DETERMINADA O EN ESTUDIO)										R50
MEDICAMENTO / INSUMO	Form.Farm	Concentración	Dosis Pediátrica (<30 Kg de peso)	Dosis Adultos (>30 Kg de peso)	Vía	Duración	Cantidad	Frec. uso	TARIFA	
Paracetamol (Acetaminofeno)	Gotas	100 mg/ml	10-15mg/Kg/dosis, cada 6 horas		0	5 días	1	30%		
Paracetamol (Acetaminofeno)	Comprimido	100 mg	10-15mg/Kg/dosis, cada 6 horas		0	5 días	20	40%		
Paracetamol (Acetaminofeno)	Jarabe	120 mg/5 ml	10-15mg/Kg/dosis, cada 6 horas		0	5 días	1	30%	6	
Bolsa colectora de orina niño (a)	Bolsa						2	100%		
Insumos complementarios a la atención										

Fuente: Manual de Prestaciones MSyD

- **Pagos de servicios básicos**

Los servicios básicos para que los Centros de Salud puedan trabajar de forma normal son cubiertos por el Gobierno Autónomo Municipal de Tiquipaya (GAMT).

El consumo de energía eléctrica del **Centro de Salud Cuatro Esquinas** es de:

- Consumo 621 kWh Periodo: Noviembre /2023
- Categoría General/PDBT
- Monto a cancelar Bs. 1053,30 + Tasa de alumbrado público Bs. 109,90
- Total, de Bs. 1162,80

El consumo de energía eléctrica del **Centro de Salud Chilimarca** es de:

- Consumo 1932 kWh Periodo: Noviembre/2023
- Categoría General/PDBT
- Monto a cancelación Bs. 2593,80 + Tasa de alumbrado público Bs. 270,80
- Total, de Bs. 2871,60

Para el análisis se toma como referencia los datos del Centro de Salud 4 Esquinas, donde PDBT es Pequeña Demanda en Baja Tensión (hasta 25 kW/m)

$$\text{Gasto por consumo eléctrico} \frac{1162,80}{30} = 38,76$$

$$\text{Gasto promedio por paciente atendido} \frac{38,76}{15} = \text{Bs. } 2,58$$

### Comparación de los Gastos del Centro de Salud con el Promedio del Ministerio de Salud

**Tabla 3**  
*Cuadro comparativo entre los costos por servicio nacional y municipal*

PERSONAL EN SALUD	MINISTERIO DE SALUD	GAMT
Médicos	3,34	1,58
Enfermeras	2,18	0,98
Administrativos	2,91	1,63
Personal de servicios	1,48	1,02
Receta médica	6,00	6,00
Gasto de servicios básicos	0,00	2,58
<b>Total CUA</b>	<b>15,91</b>	<b>13,79</b>

Fuente: Elaboración propia

Según el estudio realizado, se encontró que el costo unitario de atención por paciente, es de Bs. 15,91, bajo datos del MSyD, y por parte del GAMT, es de Bs. 13,79.

El presupuesto que el PIB per cápita demuestra que a cada boliviano/a le corresponde Bs. 5,35 para el servicio de atención por día y este estudio muestra una diferencia considerable del CUA por parte del MSyD y el GAMT, sobre el costo de atención por paciente.

### Asignación de población por médico

La población actual en el Municipio de Tiquipaya según datos del Instituto Nacional de Estadística INE (2023), es de 65881 habitantes y el municipio cuenta con la contratación de

161 profesionales en salud, entre; médicos, enfermeras, odontólogos, bioquímicos, personal administrativo y personal de servicio.

La OMS y la OPS establecen un mínimo de dos a tres médicos por cada 1.000 habitantes y tres enfermeras o enfermeros por cada médico. Con la población actual del municipio de Tiquipaya se puede observar, que no se cumple lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

La Población del Municipio de Tiquipaya asciende a 65881 habitantes:

**Tabla 4**  
*Población asignada por profesional en salud del Municipio de Tiquipaya*

<b>PERSONAL EN SALUD</b>	<b>PROFESIONALES EN SALUD EN EL GAMT</b>	<b>POBLACIÓN / PROFESION AL EN SALUD</b>	<b>POBLACIÓN ASIGNADA</b>
Médico	24	65881 / 24	2745
Enfermeras	50	65881 / 50	1318
Limpieza	21	65881 / 21	3137
Odontólogos	7	65881 / 7	9412

Fuente: Elaboración propia

El estudio realizado muestra que GAMT, no cumple con las recomendaciones realizadas por la OMS, con la dotación de población/profesionales en salud.

### **Conclusiones y recomendaciones**

- Se evidencia que no se cuenta con una cantidad adecuada de talento humano, no se logra cumplir con las recomendaciones realizadas por la OMS, que indican que cada médico debe realizar la atención de 24 pacientes, durante la jornada laboral de 6 horas y contar con 30 minutos de descanso.
- Se evidencia que no se cumple con la Normativa de Caracterización de Establecimientos de Salud, de Primer Nivel, en la cual establece las funciones y la cantidad de personal administrativo y de servicio, no cuentan con un profesional trabajador social y estadístico que este contemplado dentro del presupuesto municipal o departamental incumpliendo así la normativa.
- De la misma forma no se llega a dar cumplimiento de la designación de la población por personal médico y del plantel de enfermería, ya que no se cuenta con el recurso humano necesario.
- No cuentan con insumos, medicamentos, material, instrumentación, infraestructura, y equipamiento para la atención de la población.

- La gestión administrativa y financiera de los servicios de primer nivel en el sistema de salud en Bolivia, no tiene la capacidad suficiente para sostener de manera eficiente y autogestionable el servicio de salud, por lo que no responde a la demanda de las necesidades de la población.

### **Recomendaciones**

- La gestión debe proyectar como prioridad las recomendaciones de la OMS y el cumplimiento de las normas establecidas por el MSyD, desarrollando nuevas políticas dirigidas a implementar la atención de especialidades en los primeros niveles para ampliar el alcance de forma que llegue a todos los usuarios.
- Los centros de salud deben impulsar la incorporación del personal administrativo necesario para mejorar la gestión administrativa financiera mediante un proceso de designación por concurso de méritos, y realizando una administración y control eficiente de la infraestructura, equipamiento, activos fijos, personal, liquidación de caja chica, reportes de consumo de insumos y medicamentos, preparación de informes de cumplimiento del POA y el perfil epidemiológico.
- Se propone realizar la actualización de la normativa en salud en cumplimiento de lo indicado por la OMS que permita una adecuada ejecución del presupuesto destinado a salud, y la acreditación del cumplimiento de la atención de 20 a 24 pacientes por jornada laboral con 15 minutos de prestación de servicio por usuario.
- Proponer normativas específicas por parte del MSyD para incluir las recomendaciones OMS, sobre el buen uso de los recursos económicos, con el propósito de satisfacer las necesidades de los usuarios y el personal de salud, contando con suficientes recursos materiales e insumos requeridos para brindar una atención de calidad.
- Fortalecer los Centros de Atención de primer nivel con recursos, equipamiento, infraestructura, inmobiliario, insumos y personal, que mejoren la accesibilidad al Sistema Único de Salud, con la implementación de estudios complementarios como ser: laboratorio, ecografía y rayos X.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar , L., & Hanni, A. (2017). *Prácticas de contabilidad*. Grupo Editorial Patria.
- Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios en Salud. Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. (2013). *Norma nacional de caracterización de establecimientos en salud del primer nivel* (2da ed.). La Paz, Bolivia: Talleres Gráficos Tupac Katari.
- Cejas, M., Liccioni, E., Frías, E., Quiñónez , M., & Romero, L. (22 de Junio de 2022). Gestión del conocimiento eje clave en la gestión de la información en organizaciones del área de Salud. *Revista de Investigación en Salud*, 5(14), 403. Recuperado el 12 de Mayo de 2024, de <http://www.scielo.org.bo/pdf/vrs/v5n14/a9-402-418.pdf>
- Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la teoría general de la administración* (7 ma ed.). Mexico D.F.: McGraw Hill.
- Espinoza , E., Gil, W., & Agurto, E. (2020). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(4), 2. Recuperado el 20 de Febrero de 2024, de <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n4/e2146/es>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Tiquipaya produce más de 239 mil quintales de papa*. Recuperado el 3 de Febrero de 2023, de <https://www.ine.gob.bo/index.php/tiquipaya-produce-mas-de-239-mil-quintales-de-papa/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20proyecciones%20poblacionales%202017%2C%20Tiquipaya,a%20cerca%20de%2065.881%20habitantes>.
- Iza, R., Ventura, G., Mendizabal, W., Saldaña, J., Gonzales, M., & Albarrán, J. (2023). La gestión administrativa y los sistemas de salud. Antecedentes y perspectivas. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Recuperado el 27 de Mayo de 2024, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942023000700018](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000700018)
- Ley No 1152 de 2019. (2019). *Ley modificatoria a la ley n° 475 de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por ley n° 1069 de 28 de mayo de 2018. “hacia el sistema único de salud, universal y gratuito”*. (G. O. 1144NEC, Ed.)
- Ministerio de Salud y Deportes. (18 de Agosto de 2015). *Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica*. Recuperado el 20 de Febrero de 2024, de <https://snis.minsalud.gob.bo/software>
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *Una visión de la atención primaria de salud en el siglo XXI: hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 21 de Mayo de 2024, de

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Resolución CD53. R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53ª Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington D.C., EUA, del 29 de septiembre. Obtenido de <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2019/CD53-R14-s.pdf>

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. (2019). *Real Academia Española, 2*. Recuperado el 27 de mayo de 2024, de <https://www.rae.es/dpd/management>

Santamaria, A., Herrera, J., Sil, P., Santamaria, N., Flores, M., & del Arco, A. (20 de agosto de 2015). Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria. *Medicina e Investigación*, 3(2).134-140. Recuperado el 1 de 10 de 2024, de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49567/10.-%20Estructura%2C%20sistemas%20y%20an%C3%A1lisis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>