

Documento de Trabajo No. 03/97
Octubre de 1997

**Economía de la Salud:
Una aplicación al Municipio de Viacha**

por
Katherina Capra S.

La responsabilidad por el contenido de los documentos de trabajo es de los autores, no del Instituto. Dado que los documentos de trabajo son de carácter preliminar, puede ser útil contactar al autor de un determinado documento sobre los resultados u observaciones antes de hacer referencia o citar el documento. Todos los comentarios sobre los documentos de trabajo deben ser enviados directamente a los autores.

Economía de la Salud: Una Aplicación al Municipio de Viacha

por:
Katherina Capra Seoane

I. Introducción

Los problemas de financiamiento y asignación de recursos destinados al sector salud se han ido acentuando en los últimos años en la mayoría de los países Latinoamericanos. Esto ha dado origen a que este sector incorpore la lógica económica en el intento de lograr cubrir las necesidades de la población con óptimos niveles de calidad y mayor eficiencia en la asignación de los recursos.

La consecución de estos objetivos dio lugar al nacimiento de la llamada Economía de la Salud, dentro de la cual el funcionamiento del mercado de la salud con su correspondiente financiamiento cobran vital importancia. En la práctica los postulados de la Economía de la Salud han sido plasmados a través de las reformas estructurales aplicadas en varios países latinoamericanos.

En Bolivia, la reforma del sector salud se está realizando a través de la implementación de un Nuevo Modelo Sanitario, el cual introduce la prestación descentralizada de los servicios de salud, reconociendo que el acercamiento entre oferentes y demandantes podría generar mayor eficiencia y calidad dentro del sistema.

Descentralizada la provisión de los servicios de salud, el gobierno central transfiere a los gobiernos locales (municipios) recursos de coparticipación que permitir n el mantenimiento, refacción o renovación de la infraestructura social.

Sin embargo, el monto que vaya a destinarse al sector salud aun no está definido, de ahí que surge la necesidad de identificar: primero si mayores recursos a la infraestructura en salud incrementarían coberturas, segundo, si la gente percibe que este cambio sería positivo solo en construcción de nuevos hospitales o centros de salud o bien debería garantizarse de manera adicional mejor equipamiento y medicamentos.

Sin duda, evaluar preferencias e incrementos en coberturas no es tarea sencilla, ya que se requiere conocer en primera instancia (tal y como lo establece la economía de la salud) el funcionamiento del mercado de la salud que define su equilibrio no solo con la interacción de oferta y demanda, sino que se suma a estas dos, el concepto de necesidades, así como el tratamiento de las fallas de información que originan problemas de selección adversa y riesgo moral dentro del mismo.

Por otro lado, lograr sostenibilidad de la prestación de las atenciones es importante y el rol que juega el financiamiento en este aspecto es central. En este sentido en el caso de Bolivia el proceso de descentralización de los servicios y el nuevo modo de financiamiento deben analizarse, sin embargo tal evaluación es difícil de realizar debido a lo reciente del proceso, a la cual se suma la inexistencia de datos o diferentes fuentes de los mismos.

No obstante, se reconoce la necesidad de iniciar el estudio para alcanzar una mejor asignación de recursos para los servicios públicos a la luz de lo que la teoría de la economía de la salud plantea. Por lo tanto en la presente investigación se pretende avanzar en la aplicación de esta teoría realizando un estudio de caso en el municipio de Viacha, tomando en consideración que el financiamiento para el sector social en general, y dentro de este para el sector salud en particular, proviene de la transferencia de recursos de coparticipación y de la infraestructura social otorgados mediante la Ley de Participación Popular.

Señaladas las limitaciones de información y lo reciente del proceso de descentralización, el objetivo de la presente investigación es el de evaluar si la implementación de la Participación Popular puede cambiar las percepciones de la gente sobre las atenciones formales de salud en el sector público de tal manera que la cobertura se incremente y más adelante se logre una mejora de los indicadores de salud en un municipio específico como el de Viacha. Para ello un paso previo es el conocer el funcionamiento del mercado de atenciones de salud público en Viacha, resaltando aspectos tales como falta de coincidencias entre oferta, demanda y necesidades.

En el presente trabajo la oferta física¹ y las necesidades se concentraron en datos obtenidos de encuestas realizadas en este municipio, a la demanda se la aproximó a través de las percepciones levantadas mediante la metodología cualitativa de grupos focales, en virtud a

¹ La parte de infraestructura, equipamientos de salud y medicamentos los hemos venido a llamar oferta física.

que la estimación de la misma por métodos econométricos no fue factible por la falta de información en el ámbito municipal.

Definidos los alcances, el trabajo se estructura de la siguiente manera, además de esta introducción, el segundo capítulo se refiere a los aspectos conceptuales de la economía de la salud, enfatizando en las características del mercado de la salud, y las principales formas de financiamiento. Además se realiza una presentación de la descentralización, como una forma de prestación de servicios destacando sus objetivos e ilustrando algunos procesos de descentralización en Latinoamérica.

El análisis del mercado de la salud por servicios públicos amerita conocer el perfil epidemiológico de Viacha que contrastado con el Nacional permita realizar comparaciones. En tal sentido el tercer capítulo presenta brevemente algunos indicadores para Bolivia y en el cuarto se realiza la presentación del mercado de la salud en Viacha, mostrando la interacción de oferta (la cual se centra en infraestructura, medicamentos y equipamiento), demanda (aproximada mediante grupos focales) y las necesidades (que se plasman en el perfil epidemiológico de la sección de provincia). Una vez presentadas las características de este mercado en Viacha, en el quinto capítulo se realiza una presentación del cambio en la estructura de financiamiento, poniendo énfasis en los ingresos provenientes de participación popular en la nueva distribución de recursos. En el sexto capítulo se presenta las conclusiones del estudio.

II. Economía de la Salud y Descentralización

La estanflación² de los ochenta y las posteriores medidas de ajuste y transformación estructurales que se llevaron a cabo en la mayoría de los países Latinoamericanos, dieron como resultado una caída en el presupuesto del sector salud en estos países.

La aceptación global de “la salud³ para todos en el año 2000” y la promoción de la atención primaria ha creado expectativas para expandir los servicios de manera de tener un acceso fácil y así mejorar la cobertura. Menores recursos y mayores problemas agudizaron la necesidad de establecer prioridades.

La economía de la salud en países en desarrollo ha surgido en parte como una solución a los problemas que tienen que enfrentar estos países con escasos recursos y con un sin fin de necesidades. Hoy en día el sector de la salud tiene que dar una respuesta positiva tanto a la estrategia de atención primaria a la salud como a las existentes estructuras organizacionales.

En términos amplios la economía de la salud se encarga de estudiar:⁴

1. La asignación de los recursos entre las diferentes actividades de promoción de la salud.
2. La cuantificación de los recursos utilizados en la prestación de los servicios de salud.
3. La organización de las instituciones de salud y su financiamiento.
4. La eficiencia⁵ con que los recursos se asignan y se utilizan para fines de salud.
5. Los efectos de los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación sobre las personas y la sociedad.

La economía de la salud muestra áreas de desperdicios e ineficiencias, y analiza cual es la mejor manera de usar los escasos recursos así como de reducir la incertidumbre.⁶ Reconoce asimismo que gran parte de los recursos asignados a la salud no se aprovechan a causa de deficientes métodos de evaluación y gestión, además del empleo de tecnologías o recursos humanos poco apropiados.⁷

² Una combinación de estancamiento económico, crecimiento bajo o negativo de la producción y alto desempleo conjuntamente con alta inflación

³ La Organización Mundial de Salud (OMS) define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social completo y no simplemente una ausencia de enfermedades o dolencias.

⁴ Universidad de York. La Economía de la salud y su Contribución a la Planificación de la salud. Capítulo 1. Adaptado de Center for Health Economics.

⁵ Eficiencia en asignación se refiere a lo que tiene que producirse para maximizar el estado de salud de la población.

⁶ ILDIS. Charlas de Economía de la Salud. junio (1995).

⁷ Drumond, M.F y. Stoddart G.L. s/f. “Principios de evaluación económica de los programas de salud”.

En la actualidad, la transformación de los perfiles epidemiológicos y la mejora de la efectividad, eficiencia y calidad de los servicios de salud demandan el desarrollo de proyectos de investigación en salud, que den respuestas inmediatas a las demandas de la población en general. Una de estas respuestas ha sido las reformas estructurales de los Estados en Latinoamérica, cuyo principal instrumento para responder mejor a las demandas de la población es la descentralización.

La limitación de los actuales recursos económicos y sus restricciones exige delimitar las prioridades para poder cubrir las necesidades primarias que influyen con mayor amplitud en la calidad de vida de las comunidades, en especial la prevención de enfermedades, la nutrición y la protección de los grupos de alto riesgo.

Los economistas de la salud deben resolver el conflicto de conciliar las necesidades con las demandas y estas con la oferta, como también resolver los problemas de asignación, financiamiento y eficiencia, para lo que es necesario conocer el funcionamiento del mercado de atención a la salud. Adicionalmente se debe tener presente que los costos de los programas de salud no son simplemente gastos de dinero, sino son posibles beneficios a los que se renuncia, es decir siempre debe considerarse el costo de oportunidad.

Encontrar el uso racional de los recursos, compatibles con las funciones en cada nivel de atención del sistema de salud, requieren el conocimiento del mercado de la salud así como de las fuentes de financiamiento. Precisamente sobre este último tema es que se desarrollan los dos puntos siguientes.

a. Mercado de la Salud

El mercado de la salud analiza la interacción entre oferta y demanda de servicios de salud y de los satisfactores involucrados directamente con la salud en términos de la escasez de los recursos así como su producción, distribución y criterios de elección y de acceso.

El mercado de la salud está compuesto por: el mercado de atención a la salud y el mercado de seguros de salud. Nuestro análisis se centra en el primero, por que se constituye en nuestro objeto de estudio y se presentan algunas de las características y problemas comunes a dichos mercados referidos principalmente al problema de información.

1. Problemas de Información

El mercado de seguros de salud y el mercado de atención a la salud presentan fallas de información tales como la selección adversa, el riesgo moral y la incertidumbre.

1.1 Selección Adversa

La selección adversa es un oportunismo precontractual que consiste en esconder información para conseguir que el contrato se efectivice.

La selección adversa en salud generalmente se presenta en los seguros de salud, donde es el usuario quien esconde la información al médico para conseguir que el contrato se efectivice. Asimismo puede darse a través de la exclusión por parte de los aseguradores de pensiones con problemas o enfermedades crónicas.

1.2 Riesgo Moral

El riesgo moral es también un oportunismo, pero postcontractual, que no consiste solamente en esconder información sino en esconder acción.⁸

El riesgo moral en salud se lo ha argumentado como que si la población accede al consumo de servicios sanitarios a un precio cero o cercano a cero, consumir más de lo que consumiría si tuviese que pagar su auténtico costo social, lo cual desde la perspectiva de los economistas, constituye una pérdida de bienestar social.

1.3 Incertidumbre

Existe incertidumbre acerca de cambios en el nivel de salud individual o incidencia relativa imprevisible de la enfermedad, sus consecuencias económicas, falta de certeza y en ocasiones de información clínicamente significativa acerca de la efectividad de diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

⁸ Ortún, Rubio Vicente. 1995. "Análisis de los mercados y del marco regulatorio del sector salud". Equidad, eficiencia y calidad: El desafío de los mercados de salud. Buenos-Aires, 1996.

Después de identificar los principales problemas que caracterizan al mercado de la salud una presentación más detallada del mercado de atención a la salud se tiene en el siguiente acápite.

2. Mercado de Atención a la Salud

El mercado de atención a la salud se encuentra dentro de los llamados "mercados imperfectos", es decir dentro de un sector de la economía que no logra un equilibrio a partir de la simple interacción de las fuerzas del mercado.

De aquí que se requiera de la intervención de un agente colectivo que garantice el bienestar social. Es el sector salud donde la eficiencia debe ser regulada y fomentada por el Gobierno. Esto no implica que se esté limitando el papel de los mercados en el sector. La contribución de los mercados es fundamental y el propósito es fomentarlos. Sin embargo esta participación debe realizarse en un marco específico de regulación estatal.⁹

Una de las principales características dentro de este mercado es que el equilibrio de mercado se da a través de tres mecanismos que son la oferta, demanda y necesidades de salud, en lugar de los dos tradicionales, la oferta y la demanda. Por esta razón se crean monopolios, el bien adquiere un carácter meritorio y de bien público, se presentan externalidades. Por último los servicios están subsidiados y no reflejan su costo en los precios, una gran cantidad de servicios son proporcionados por el Estado.

Otras características que hacen al mercado de la atención de salud, así como al bien salud se expresan en diferentes ámbitos. Alguno de ellos son:

2.1 El Equilibrio del Mercado de Atención de la Salud¹⁰

Como se mencionara, en el mercado de la salud no sólo interactúan la oferta y la demanda sino que existe un tercer mecanismo el de las necesidades. Generalmente se tiende a confundir a la demanda de la salud por la necesidad de salud. La demanda por salud es lo que un paciente quiere y está dispuesto a pagar dada su restricción presupuestaria, mientras que la necesidad

⁹ Forstman TJ. "El gobierno trata de manejar el sistema de salud". The New York Times. Publicado en Excélsior. 4 Abril 1994.

¹⁰ Este mercado sólo toma en cuenta a los mercados públicos y privados y no así al mercado de seguros de salud.

no depende del nivel de ingreso.¹¹ En muchos casos, una necesidad de atención de servicios médicos no da lugar a una demanda, mientras que en otros las demandas no son justificadas médicamente.

El pretender igualar la oferta/demanda a las necesidades implicar el aumento de la cobertura por servicios de atención a la salud. En muchos casos el hecho de no poder conciliar la oferta con la demanda y a su vez esta con las necesidades producir deficiencias en el mercado.

2.2 Monopolio

La prestación de servicios de salud da lugar al establecimiento de monopolios debido a condiciones geográficas o económicas, o como consecuencia de la superespecialización médica. Esto altera aspectos relacionados con los precios de los servicios, por lo que el Estado debería intervenir para evitar estas alteraciones. Se podría decir que en caso de la atención primaria para la salud el problema de superespecialización no se daría.

2.3 Bien Meritorio

Los bienes tutelares o meritorios son aquellos bienes o servicios que, en opinión de los formuladores de políticas sociales, resultan tan importantes para el país que su consumo debe ser protegido y la mejor forma de proteger el consumo de un bien es hacer que no dependa de la capacidad adquisitiva individual, por lo que se financiar públicamente mediante impuestos y/o cotizaciones obligatorias.

Según Musgrave, (1959), los bienes meritorios son aquellos bienes cuyo consumo se considera socialmente muy deseable y que se suministran públicamente en cantidades que exceden los niveles de consumo elegidos voluntariamente por los individuos en el mercado.

¹¹ Musgrave, Philip. (1985). "Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina".

2.4 Externalidades y Bienes Públicos

Una externalidad se puede entender como una situación, donde el consumo de algún bien o bienes por un consumidor afecta a la utilidad de otro consumidor.¹²

Hay muchos casos en que los servicios de salud no solo generan beneficios individuales, sino también sociales a través de los cuales terceras personas resultan beneficiadas o perjudicadas, independientemente de su voluntad.

La existencia de externalidades afecta al financiamiento, ejemplo en el caso de la inmunización, de enfermedades infecciosas y las medidas de saneamiento ambiental como las cloacas y el alcantarillado debido a que la cantidad que un individuo está dispuesto a pagar por los beneficios que directamente habrá de percibir, se le debe sumar la diferencia en relación con el beneficio social. Esta cantidad conocida como externalidad, generalmente es cubierta por el agente colectivo o Estado.

Hay un tipo particular de externalidades que se conoce como bienes públicos:

Un bien público posee dos características distintivas: la ausencia de rivalidad en el consumo y su carácter no excluyente. Algunos servicios de salud se caracterizan por problemas asociados con los bienes públicos. La lucha contra el paludismo,¹³ a través de la ordenación del medio ambiente es un caso que suele señalarse con frecuencia y que el consumo de una persona no impide el consumo de otras y donde no resulta práctico excluir a los que no pagan por los beneficios que se generan. Entonces la posibilidad de ser un Free Rider,¹⁴ vendría a ser otro argumento para que el Gobierno produzca el bien.

La presencia de externalidades en el sector sanitario significa que la asignación de recursos por medio del mercado no siempre conduce a un óptimo social puesto que existen individuos cuyas demandas de atención sanitaria se sitúan sistemáticamente por debajo del nivel que el resto de la sociedad considera que deberían recibir (Culyer, 1979).

Todos los problemas de información que caracteriza el mercado de atención de salud justifican en parte la intervención del Estado en la provisión de salud.

¹² Ver, Kreps. pag 203.

¹³ Ver Ortún, Vicente (1995).

b. Financiamiento de la Salud

El financiamiento de la salud se puede dar a través de la cobertura nacional donde todos los ciudadanos participen o sólo participe una parte. También depender del grado de libertad del usuario para ingresar o salir del sistema, de que pueda elegir al proveedor de servicios y de poder acceder a beneficios complementarios.

Los modelos sanitarios pueden clasificarse en públicos, privados y mixtos de acuerdo con sus fuentes de financiamiento, la gestión y la prestación de servicios.¹⁵

1. Fuentes de Financiamiento

La mayor fuente de financiamiento de las prestaciones de salud en la mayoría de los países Latinoamericanos proviene del sector público a través de los ingresos del gobierno y la otra del sector privado a través de los pagos directos de los usuarios. También hay que tomar en cuenta la ayuda extranjera sobre todo para los países pobres como es el caso de Bolivia, pero esta ayuda generalmente no se destina para los gastos operativos ¹⁶. Un breve detalle de las fuentes públicas y privadas es el siguiente:

1.1 Gobierno y Seguro Social

La mayor parte de los ingresos que perciben los ministerios de salud en Latinoamérica son de los impuestos, que posteriormente los destinan como subsidios al costo de la atención a la salud ya sean parciales o totalmente. El financiamiento de los servicios de salud basado en impuestos suele dificultar la distribución y la utilización adecuada de los recursos sobre todo cuando los impuestos son desproporcionados o la recaudación es costosa. Los cotizantes del

¹⁴ Un free rider es aquel sujeto que se beneficia de un servicio suministrado colectivamente eludiendo su aportación para contribuir a su producción.

¹⁵ Entre los países industrializados, se suele considerar a Estados Unidos como caso típico de sistema privado de salud, en tanto que el Reino Unido, Suecia e Italia son los mejores ejemplos de modelo con predominio del sector público. El Japón, Canadá, Francia y Holanda presentan distintas variantes de sistemas mixtos, cuyo financiamiento proviene en su mayor parte del sector público pero la prestación de servicios está fundamentalmente a cargo del sector privado. (Véase “A survey of health care”. The Economist, 6 de julio de 1991).

¹⁶ Mesa-Lago Carmelo. Financiamiento de la Atención a la Salud en América Latina y el Caribe con focalización en el Seguro Social. Banco Mundial. Washington, D.C. 1989. p g. 28.

seguro social son los asegurados, los empleadores y en algunos países el Estado.¹⁷ La recuperación del costo de parte de los gobiernos sólo facilita cubrir una pequeña fracción de los gastos.

1.2 Sector Privado

Los usuarios pueden pagar por los bienes y servicios de distintas maneras, directamente, en el momento de consumir o a través de seguros privados o públicos. Los pagos de los particulares pueden clasificarse como cobro al usuario o cobro por cobertura. El cobro al usuario abarca cualquier tipo de pago directamente relacionado con el uso del servicio y varía según el grado de uso por ejemplo: honorarios o pago por medicamentos, etc., mientras que el cobro por cobertura no depende del grado de uso y sirve esencialmente para que los particulares reciban el tratamiento adecuado cuando lo necesiten sin tener de ordinario que pagar por él.

Mientras que el cobro al usuario es el cobro al enfermo, el sistema de cobertura recurre a todos los participantes para subvencionar el costo del tratamiento. El cobro por cobertura está más vinculado al sistema de riesgo compartido. Es de tener en cuenta que el precio del dinero no es el único costo relevante para los consumidores ya que existen otros costos como ser el costo de viaje, el tiempo perdido, el tiempo de espera, etc., que son costos tan importantes como el del dinero.

2. Tipos de Financiamiento

El grado de participación del sector público o privado determina diferentes modelos básicos de financiamiento¹⁸ así una ser:

2.1 Mayormente Privado

Si el seguro de salud para los trabajadores y sus dependientes es privado, aunque es usualmente comprado a través de los empleadores.

¹⁷ Gerter, Paul y Van der Gaag Jaques. The Willingness to Pay for Medical Care. Johns Hopkins University-Press. U.S.A. 1990.

¹⁸ "A survey of health care", The Economist, 6 de Julio de 1991). pag. 54.

2.2 Híbrido

Si el costo de la salud es generalmente financiado por el sector público a través de las contribuciones laborales, impuestos, pero es mayormente provisto por doctores y hospitales privados de tal forma que interactúan los agentes públicos y privados. Los recursos provienen de contribuciones obligatorias para la salud y de aportes voluntarios destinados a ampliar las prestaciones.

2.3 Mayormente Estatal

El cual se caracteriza porque la salud en su mayoría es pagada a través de impuestos o contribuciones laborales y es provisto en su mayoría por hospitales públicos y médicos quienes perciben salarios del estado, aunque también hay médicos independientes que trabajan con contratos públicos. En este caso el financiamiento y la provisión de servicios están a cargo del Estado. En América los sistemas de salud que más se aproximan a este esquema son los de Cuba y los países de habla inglesa del Caribe.¹⁹

Definidos los problemas y priorizado el objetivo de alcanzar mayor eficiencia en la provisión de servicios y asignación de recursos, la descentralización de la prestación de los servicios de salud, surge como una alternativa que alcance estos objetivos y por lo tanto el análisis que sigue enfatiza en aspectos conceptuales de la misma.

c. Descentralización: Consideraciones Generales

La descentralización del Estado es una de las reformas políticas y económicas más importante que se viene promoviendo en varios países latinoamericanos y se traduce en cambios normativos y/o constitucionales que reflejan sin duda consensos nacionales en torno a llevar adelante procesos de reforma y modernización del Estado.²⁰

¹⁹ Organización Panamericana de la salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal): serie de documentos reproducidos No. 41. (1994). Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Washington, D.C., Marzo 1994.

²⁰ Aghón, Gabriel y Casas Carlos. 1994. Descentralización Fiscal en América Latina una Comparación Preliminar. Proyecto CEPAL/GTZ.

Conceptualmente la descentralización se entiende como un proceso de transferencias de poderes de los niveles centrales hacia los locales permite una atención diferenciada de las preferencias y necesidades, induce a mayor responsabilidad al acercar oferentes con demandantes, crea una mayor conciencia de responsabilidad fiscal en las comunidades e introduce mayores niveles de competencia".²¹ Ya en el terreno de la salud este proceso posee varias ventajas y una presentación del mismo se da en el acápite siguiente.

d. Descentralización en Salud

En el terreno de la salud la descentralización permite tener mayor autonomía financiera y administrativa en las unidades locales del sistema, siendo apropiada para proveer los servicios de manera directa a los clientes y para instituir precios para los medicamentos y el cuidado preventivo.²² Si bien la descentralización favorece a la eficiencia, algunos costos de ella pueden plasmarse en el terreno de la equidad, por ello, una descentralización en el campo de los servicios sociales debe cuidar el mantener la provisión en los niveles locales, pero con una normativa, proveniente del nivel central. En este terreno, el gobierno central debe tener un rol continuo en la provisión de servicios de salud en todas las unidades descentralizadas.

Los esfuerzos para incrementar la eficiencia en la provisión de servicios no pueden ser descuidados, en aquellos países donde los recursos económicos son escasos, la comunicación es difícil, el transporte es inaccesible y mucha gente está aislada.

Las características de la salud de bien público, la generación de externalidades y generación de monopolios, se constituyen en otras razones para que el gobierno central apoye en la provisión de estos servicios, así como de algunos medicamentos.

El gobierno central aseguraría así que la principal meta es mejorar la salud mediante la promoción de la misma y prevención de la enfermedad. La descentralización en si es la principal estrategia para lograr un subconjunto de objetivos de políticas que incluyen.²³

²¹ Espinoza, Lourdes. Tesis para la obtención de grado de Magíster en Economía con mención en Políticas Sociales. Asignación de recursos en salud para Bolivia, Sistema per capita llades, Georgetown University, 1995.

²² World Bank. 1992. Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study. Washington, D.C., U.S.A. 1992.

²³ World Bank. 1994. Toward Increased Efficiency and Equity in the Health Sector. Can Decentralization Help?. Document of the World Bank. March 2, 1994.

a) extensión de los servicios de salud a las poblaciones de bajos ingresos menos favorecidas o desprotegidas y la corrección de las injusticias en la prestación de servicios entre los diferentes grupos socioeconómicos y áreas geográficas, b) mejorar la eficiencia y la calidad de servicio prestado y c) promover la participación comunitaria en la toma de decisiones del sector.

La propuesta de realizar la reorganización y reorientación de los sistemas nacionales de salud, sobre la base de los procesos de descentralización y desarrollo local, fue iniciada en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1986, en donde se establecieron las prioridades de la Organización Panamericana de la salud. En 1988 esta organización comenzó a reforzar las actividades de cooperación técnica a los países miembros para movilizar los recursos en la transformación de los sistemas nacionales de salud con base en el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS),²⁴ los cuales se constituyen en una expresión de la descentralización en salud conjuntamente con la descentralización municipalizada. Ambas expresiones se describen a continuación:

1. Sistemas Locales de Salud (SILOS)

Un sistema local de salud constituye una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud con criterio geográfico poblacional en áreas urbanas o rurales.

"Los sistemas locales de salud constituyeron la respuesta operacional a la estrategia de Atención Primaria para la organización de los recursos locales y a partir de allí de todo el sistema de salud para su equidad, eficacia y eficiencia."²⁵

2. Descentralización Municipalizada

La descentralización municipalizada en Latinoamérica también es una base de los sistemas de salud para lograr mayor eficiencia, cobertura y calidad en los servicios de atención a la salud. El principal argumento en favor de la descentralización hacia los Municipios es que permite una más estrecha vinculación entre autoridades y población, lo que puede generar una mayor participación y control en cuanto a la prestación de los servicios de salud.

²⁴ Paganini, José María, SILOS, 1990, p g.13.

²⁵ Organización Panamericana de la Salud, Resolución XV, Documento CD-33/14.

En el campo de la salud, las reformas públicas y las propias demandas de los actores apuntan hacia una progresiva descentralización. Esto supone transferir mayor poder de decisión a las autoridades locales (incluidas decisiones sobre uso y asignación de recursos), y también dotar de mayor autonomía de gestión a las unidades directamente prestadoras de servicios. La comunicación entre oferentes y demandantes permite ajustar los servicios a las demandas y a las necesidades de la población.

Para estimular a las administraciones subnacionales a actuar eficientemente se requiere una asignación transparente de los recursos para todos los gastos que implique la transferencia de responsabilidades (salarios, costos operativos y de infraestructura). En materia de gestión descentralizada, deben definirse alternativas respecto de la organización misma del servicio, cuando se ha de otorgar el servicio de salud, cómo y con qué grado de calidad, si el personal depende administrativa y financieramente del ente descentralizado habrá que determinar los criterios de reclutamiento, contratación de personal y fijación de salarios también se deberá decidir sobre la forma de organizar la participación comunitaria. Entre los países Latinoamericanos que han llevado o están llevando a cabo una descentralización en el ámbito de Municipio se encuentran: Bolivia, Brasil, Chile y Colombia.

Es interesante notar que estos países poseen diferentes formas de constitución, así Bolivia, Chile y Colombia son unitarios y Brasil es federal. Al margen de su constitución se reconoce que la provisión descentralizada del servicio de salud puede ser más eficiente dentro de un esquema descentralizado. En el cuadro 1 se presenta un resumen de tales procesos, haciendo énfasis en las modalidades de financiamiento y se advierte que en cuanto a mecanismos de financiamiento, todos estos países se financian a través del Estado, pero los municipios de Chile y Bolivia, además de contar con los aportes del Estado, poseen aportes propios. El mecanismo de traspaso en los cuatro países ha sido ejecutado por Ley, un instrumento que incorporó Colombia y ahora lo está ejecutando Bolivia en sus leyes es la participación de la comunidad como la instancia de toma de decisiones. La incorporación de la participación comunitaria en la toma de decisiones de los municipios ayudará a que se dé, un mayor acercamiento entre la oferta y la demanda, creando así mayores grados de eficiencia. Chile y Brasil poseen estructuras de ingreso municipales muy estratificadas, debido a que cada comuna determina su situación económica. Este hecho puede tener repercusiones negativas en la prestación de servicios, ya que los municipios más pobres tienen menos posibilidades de

elaborar proyectos de manera de poder percibir mayores niveles de ingreso. En cambio Colombia y Bolivia parecen tener mecanismos de financiamiento más flexibles, esto puede registrar importantes avances en la prestación de servicios.

Transferir los recursos humanos tanto como los recursos físicos a los municipios ayudar a trabajar con mayor eficiencia acercándonos así al logro del objetivo de la economía de la salud, tal cual es el gastar mejor para obtener una mejoría en la calidad y provisión de los servicios de salud. Para el caso específico de Bolivia, la descentralización se está dando sólo en el ámbito de recursos físicos, lo cual podría perjudicar a la eficiencia del mercado, sin embargo este efecto se puede aminorar, a través de políticas en el ámbito municipal, ya que los municipios gozan de autonomía, lo cual les da libertad para tomar decisiones en el sector de salud, así como en otros sectores. Más adelante se realiza una presentación más detallada del proceso descentralizador de Bolivia en Salud, pero antes de ingresar a este tema se da una lectura a los principales indicadores de salud en el país.

Cuadro 1.

Modalidades de financiamiento bajo un contexto descentralizado en algunos países de Latinoamérica

Países	Desconcentración hacia unidades administrativas existentes	Descentralización hacia unidades sectoriales	Mecanismos de financiamiento	Mecanismos de traspaso	Situación del personal transferido
Bolivia	Municipios en el ámbito local y prefectura a nivel departamental	Existen 311 municipios. Cada municipio está encargado de la infraestructura, medicamentos y equipamiento	El financiamiento proviene de tres mecanismos: La participación popular, a través de la coparticipación municipal que aporta con un 20%, las recaudaciones por impuestos inmuebles, tasas y patentes. Donde las dos últimas son ingresos propios del municipio.	Traspaso por la ley de participación popular, en infraestructura, medicamentos, insumos, alimentación y control de seguimiento. Los gobiernos municipales gozan de autonomía, por lo tanto no se les puede obligar a destinar un monto mínimo para salud.	El gobierno central no transfiere a los gobiernos municipales, el personal de su dependencia adscrito a la prestación de los servicios técnico-administrativos relacionados con la infraestructura transferida. Se mantiene el pago de personal existente a través del Tesoro General de la Nación.
Brasil	Estados Municipios		Subvención de la administración federal, fijada mediante convenios acordados entre los secretarios estatales y el ministerio de salud, sobre la base de las estimaciones de cada distrito sanitario.	Asignación de competencias por Ley orgánica de salud, que establece el sistema único de salud (19 de septiembre de 1990). La transferencia se hace mediante convenios con los Estados.	Se transfiere el personal a los Estados y municipios, pero continúa siendo remunerado por el gobierno federal, con criterios homogéneos.
Chile	Municipios	26 servicios nacionales de salud. Estructura propia no coincidente con provincia ni región.	El ministerio de salud reembolsa los gastos realizados por las municipalidades. Estas también aportan recursos. Los SNSS se financian con el presupuesto del Estado, que ejecutan en forma autónoma.	Convenio firmado entre el ministerio de salud y las municipalidades. Estas pueden prestar el servicio directamente o a través de una corporación. Creación por Ley de servicios autónomos.	El personal transferido a las municipalidades pierde condición de funcionario público. Se rige según el código laboral. La municipalidad fija los salarios. La SNSS manejan su personal, pero los cargos y sueldos son fijados en el ámbito nacional.
Colombia	Municipios y Departamentos		Financiamiento sobre la base del situado fiscal que es cedido a los departamentos y éstos distribuyen a los municipios. Entre el municipio o departamento y la entidad hospitalaria se firma un contrato de prestación deservicios programadas, según tarifas acordadas previamente.	Traspaso por Ley a los municipios (primer nivel) y a los departamentos (segundo y tercer nivel). Estos no prestan directamente el servicio, sino que lo contratan a través de personas públicas o privadas.	El personal de los hospitales y servicios de salud, de departamentos, intendencias, comisarías y municipios), se incorpora a la carrera administrativa. Reclutamiento por concurso.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de CEPAL, documento NO.41. Serie 44 Cuadro IV-1. 1993.

III. Situación de la Salud en Bolivia

Bolivia presenta los indicadores de salud más precarios con relación al resto de los países de Sudamérica, las causas desde el punto de vista de los servicios de salud, para que se presente dicha situación son principalmente la baja proporción que destina el Gobierno Central para gasto en salud,²⁶ así como una inadecuada asignación de dichos recursos.

Una visión general del estado de salud en nuestro país, se lo puede tener analizando sus principales indicadores socioeconómicos y de salud.

a. Indicadores de Salud

En la actualidad uno de los problemas que presenta Bolivia en el campo de la salud son las altas tasas de mortalidad infantil, mortalidad en niños menores de 5 años y mortalidad materna.²⁷

Cada año mueren en Bolivia 17000²⁸ niños entre (0-1) años, 28000 niños menores de 5 años y 1000 mujeres por complicaciones del embarazo y el parto.²⁹

A pesar de que la tasa de mortalidad infantil presentó una fuerte reducción entre 1971 y 1995, aún mantiene niveles muy elevados. Esta tasa ha disminuido de 151.3 a 73 por mil nacidos vivos, siendo las principales causas de muerte, las enfermedades diarreicas agudas, las infecciones respiratorias agudas (que nacen básicamente de un simple resfriado) y las afecciones perinatales.³⁰

La caída en la tasa de mortalidad infantil se debe en parte a la priorización de la atención primaria en salud, a través de los programas consistentes en campañas de inmunización, y otras para prevenir las Enfermedades Respiratorias Agudas (IRAS) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), como también a través de movilizaciones

²⁶ Bolivia destina en salud, 40-50 dólares al año por habitante.

²⁷ Tasa de mortalidad infantil de menores de cinco años: Es la probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de cinco años expresada por mil nacidos vivos.

La tasa de mortalidad materna: Número de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por 100000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad infantil: Es la probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de un año, expresada por mil nacidos vivos.

²⁸ Fuente propia sobre la base de datos del Censo de Población y Vivienda 1992. INE.

²⁹ Ver Decreto Supremo No.24303. Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. Resolución Ministerial, 1996.

³⁰ Se entiende por enfermedades perinatales todas las relacionadas con bajo peso al nacer, prematurés, sepsis neonatal, síndrome histórico y otros.

populares, siendo la democracia, base de las políticas de salud. Este resultado prueba que con campañas bien dirigidas y continuidad de las políticas en salud, se pueden alcanzar logros significativos en salud pública con relativamente escasos recursos.

Sin embargo, todos estos esfuerzos no fueron suficientes para poner a Bolivia en una posición mejor respecto al resto de los países Sudamericanos, ya que como muestra el cuadro 2, la tasa de mortalidad infantil en Bolivia es 5.6 veces más alta que la de Chile, (el cual posee la tasa más baja), y es 1.4 veces más alta que la de Brasil, (el cual presenta la segunda tasa de mortalidad infantil más alta después de Bolivia).

CUADRO 2

Tasas de Mortalidad Infantil y Materna de Algunos Países Sudamericanos

País	Tasa mortalidad infantil por mil nacidos vivos en menores de 5 años 1960-1980-1994			Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos (0-1) años 1960-1994		Tasa de mortalidad materna por 100000 nacidos vivos 1980-1992
Argentina	68	41	27	57	24	140
Bolivia	252	170	110	152	73	390
Brasil	181	93	61	118	51	200
Chile	138	35	15	107	13	35
Colombia	132	59	19	82	16	200
Ecuador	180	101	57	115	45	170
Perú	236	130	58	143	41	200
Venezuela	70	42	24	53	20	n.d.

Fuente: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia, 1996.

En Bolivia la mortalidad infantil en menores de 5 años durante 1994 fue de 110 por mil nacidos vivos y las principales causas de muerte fueron: las enfermedades diarreicas (37%), las infecciones respiratorias agudas (20%), las afecciones perinatales (16%) y las enfermedades inmuno prevenibles (3%).³¹

En los últimos 14 años, la mortalidad infantil en niños menores de 5 años se redujo de 170 por mil nacidos vivos en 1980 a 110 en 1994, sin embargo continúan siendo tasas inaceptablemente altas, sobre todo si se compara con países desarrollados y aún con el resto de Latinoamérica.

³¹ UNICEF; Progreso de Bolivia, 1995.

Para el año 1994, la tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años era 4 veces más alta que la de Argentina, 7 veces más alta que la de Chile, 1.8 veces más alta que la de Brasil, 6 veces más alta que la de Colombia y 1.9 veces más que la de Ecuador y Perú.

La mortalidad materna en Bolivia es de 390 por 100000 nacidos vivos, donde las principales causas de muerte materna en Bolivia son: hemorragias (43%), abortos (23%) y eclampsia (22%).³² Esta tasa es también la más alta de Sudamérica. Para los años 1980-1992, la mortalidad materna de Bolivia era 2.8 veces más que la de Argentina, 11 veces más que la de Chile (la cual es la menor tasa), 2 veces más que la de Brasil, Perú y Colombia y 2.3 veces más alta que la de Ecuador.

En respuesta a los precarios indicadores de salud y a las reformas sociales en el país, es que se da una Reforma en el sector salud,³³ a través del Decreto supremo No. 24237 de febrero 8 de 1996, el cual tiene como objeto adecuar el Sistema Nacional de Salud a la Ley de Participación Popular y a la Ley de Descentralización Administrativa.³⁴

b. Modelo sanitario Boliviano

Con la Ley de Participación Popular es el gobierno municipal quien queda encargado de supervisar al sistema de salud pública de su jurisdicción, por lo tanto los problemas que dentro del sector salud se presentan deben ser resueltos en este nivel de gobierno. Este traspaso de competencias se da desde el momento en el cual los municipios reciben en propiedad la infraestructura pública referida a las reas de educación, salud, cultura, deportes, caminos vecinales y microriego.

La ley delimita como jurisdicción territorial del gobierno municipal a la sección de provincia, lo que implica establecer gobiernos municipales en todo el territorio nacional y promueve la participación ciudadana de manera muy activa, estableciendo como fuente de financiamiento, para los municipios, la coparticipación tributaria que corresponde al 20% del total de los impuestos nacionales.

Conjuntamente a la ley de Participación Popular, la Ley de Descentralización Administrativa promulgada el 28 de julio de 1995 vino a reforzar lo establecido por la

³² Medicom, 1994.

³³ Anteriormente Bolivia presentó esfuerzos descentralizadores en el sector salud, pero todos fueron muy débiles, por lo que ninguno pudo concretarse, algunos ejemplos se describen en el Anexo1.

primera, determinando que la descentralización administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental consiste en la transferencia y delegación de atribuciones no privativas de éste a la Prefectura, conformada por el Prefecto y por el Consejo Departamental.

Con este nuevo marco legal, se pretende reorganizar un Sistema Nacional de Salud. Al respecto y de manera breve, puede mencionarse que el nuevo modelo sanitario boliviano descentraliza la gestión de salud hasta el nivel de la jurisdicción municipal, institucionaliza la participación popular en todos los niveles de gestión y prestación de los servicios de salud y modifica las estructuras y estilos de gestión,³⁵ determinando la constitución de un sistema público descentralizado y participativo de salud, denominado Sistema Público de Salud (SPS). Este sistema se fundamenta en tres niveles de atención:

- a) El primer nivel de atención se realiza a través de consulta ambulatoria e internación de tránsito, donde los principales establecimientos encargados de otorgar esta atención son los Centros y Postas de Salud
- b) La atención de segundo nivel comprende consultas ambulatorias más complejas y la internación hospitalaria en las cuatro especialidades básicas que son: pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía general y medicina interna.
- c) El tercer nivel comprende complicaciones que se puedan presentar en el segundo nivel además de subespecialidades.

Para lograr una mejor calidad y eficiencia en los servicios de salud se han diseñado tres instrumentos: a) la organización de los servicios de salud, b) la gestión sectorial y c) la gestión compartida con participación popular.

La primera define la prestación de servicios a partir del Centro de Salud, mediante la conformación de una red de servicios³⁴ que posibilitan la gestión sectorial y la gestión compartida con participación popular.

La segunda permite la administración de las políticas y normas técnicas para la prestación de servicios a través de la Secretaría Nacional de Salud (SNS) y las Direcciones Departamentales de Salud (DIDES), definiendo las competencias del nivel central y las delegadas a la Prefectura en el ámbito departamental y municipal.

³⁴ Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud. Reforma del Sector Salud en Bolivia. 1996

³⁵ Ministerio de Desarrollo Humano, SNS-SNPIS. El Modelo Sanitario Boliviano. Fundamentos y Orientaciones para la Gestión Compartida con Participación Popular. 1996.

Y por último la tercera genera una instancia donde el Gobierno Municipal, la Prefectura, la Secretaría Nacional de Salud y el pueblo gestionan la salud, de manera de comprometer recursos para el logro de las metas establecidas en el modelo de atención. En este nivel la instancia de gestión compartida con participación popular correspondiente a una jurisdicción municipal es el Directorio Local de Salud (DILOS)³⁷

De esta forma el modelo sanitario propone el funcionamiento de tres modelos: el de atención, el económico y el de gestión.

Con base en este esquema descentralizado y poniendo énfasis en la parte de financiamiento proveniente de la coparticipación es que se realizó un estudio de caso en el Municipio de Viacha, con la finalidad de determinar la importancia de mejorar la infraestructura, equipamiento y medicamentos que repercutan en una mayor cobertura y calidad en la prestación de los servicios de salud.

Las grandes diferencias en distribución de recursos, en Bolivia se dieron, debido a que las tres principales capitales de departamento, La Paz, Santa Cruz y Cochabamba concentraban la mayoría de los recursos, sin embargo en los últimos años su magnitud de ingresos ha variado. Es a partir de la aplicación de las leyes de participación popular y descentralización administrativa que las desigualdades entre ciudades y el resto del país se revierten.

La Paz ciudad en el año 1990 percibía el 92.41 por ciento de los ingresos, mientras que el resto del departamento sólo percibía el 7.59 por ciento; ya para el año 1996, de manera de lograr una mejor y más equitativa asignación de recursos, la distribución cambia drásticamente, percibiendo La Paz ciudad tan sólo el 34.66 por ciento y el resto del departamento el 62.34 por ciento. Una situación similar ocurre para las ciudades de Santa Cruz y Cochabamba.

En 1994 las ciudades capitales recibieron el 54 por ciento y el resto de las provincias el 46 por ciento. Ya para 1995, las provincias pasan a recibir el 61 por ciento de los recursos y las ciudades capitales el 39 por ciento. Para el año 1996, la coparticipación programada del resto de los departamentos incrementó de 9.5 por ciento en 1990 a 61.2 por ciento para 1996 y es para este año que el resto del país posee 22.4 por ciento más recursos que las capitales de

³⁶ La red de servicios de salud es la organización de los establecimientos de salud por niveles de atención sobre la base de criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutive. Debe contar por lo menos con establecimientos del primer y segundo nivel de atención.

departamento. Es así que se espera que con estos nuevos recursos que poseen los municipios, las diferencias en indicadores sociales y económicos entre las ciudades capitales y el resto del país se igualen.

Los recursos de coparticipación distribuidos bajo el criterio per cápita, en los últimos tres años han sufrido un incremento en 40%, de \$us9.67 en 1993 por habitante a \$us26.71 en 1996.³⁸

Con la Ley de Participación Popular, la inversión del sector salud se destinó básicamente a mejorar la infraestructura del servicio y la dotación de insumos en material quirúrgico y medicamentos en general. Desde 1987 es el sector salud, el que menores niveles ingreso para inversión ha percibido, (Ver gráfico 1).

Gráfico1

Fuente: Ministerio de Desarrollo Humano, La Participación Popular en Cifras 1996

Un dato que llama la atención es el del sector salud, porque es el único sector que en vez de incrementar los niveles de inversión en el período 1995 con respecto a 1994 ha

³⁷ Ver artículo 21 del Decreto Supremo N 24237

³⁸ Ministerio de Desarrollo Humano, la Participación Popular en cifras 1996.

disminuido su participación en 1.62 por ciento. Educación incrementó su participación en 184% más con respecto a 1994, Saneamiento básico también incrementó su participación en 33.63% y urbanismo de igual manera aumentó su participación pero en sólo 15.68%.

La inversión social ha variado positivamente con respecto a la inversión total. Sin embargo, salud sigue siendo el único sector que presenta una disminución en cuanto a la participación de los ingresos para inversión, mostrando una reducción en 0.1%, este hecho puede deberse a la inexistencia de políticas y estrategias en salud en ese momento y a que los municipios no sabían como gastar en este sector, como también a la reciente aplicación del Modelo Sanitario.

IV. Estudio de Caso: “Municipio de Viacha”

a. Características Generales

Para el estudio de la provisión descentralizada de servicios en salud, así como el financiamiento proveniente de recursos de coparticipación tributaria, se tomó el Municipio de Viacha por ser una ciudad intermedia, rural-urbana, cercana a la ciudad de La Paz.

b. Mercado de Atención a la Salud en el Municipio de Viacha

En cuanto al mercado de atención a la salud en el Municipio de Viacha³⁹ se estudian las necesidades, oferta, y la demanda de manera de conocer el funcionamiento del mismo.

Para estudiar las necesidades de la población se tomó como proxy el perfil epidemiológico,⁴⁰ dado que este encierra los criterios técnicos para la provisión del servicio, la oferta se aproximó con encuestas sobre la infraestructura, equipamiento y medicamentos realizadas en los establecimientos de salud⁴¹ pertenecientes a esta sección de provincia, y la demanda se la aproximó a través del empleo de Grupos Focales.

1. Perfil Epidemiológico del Municipio de Viacha (Necesidades)⁴²

El Municipio de Viacha posee una tasa de mortalidad infantil de 77 por mil nacidos vivos, siendo las principales causas de muerte: las enfermedades diarreicas agudas, las enfermedades del aparato respiratorio y afecciones del periodo perinatal.

La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años es de 157 por mil nacidos vivos, siendo las principales causa de muerte las enfermedades diarreicas agudas y las enfermedades del aparato respiratorio.

³⁹ El estudio sólo contempla al mercado de atención a la salud público

⁴⁰ Se entiende por perfil epidemiológico a la descripción de las características demográficas y de morbi-mortalidad de la población.

⁴¹ Las encuestas realizadas para este punto se las obtuvo de estudios realizados por MotherCare, que es una institución de apoyo a la salud y funciona a través de financiamiento del gobierno americano.

⁴² El perfil epidemiológico del Municipio de Viacha, se lo obtuvo a través de una encuesta realizada por el Ministerio de Desarrollo Humano en 1994.

La tasa de mortalidad materna es de 477 por 100000 nacidos vivos, siendo las principales causas de muerte: Eclampsia, Retención de Placenta y Hemorragias.

En general se aprecia que el perfil epidemiológico de Viacha es coincidente con el perfil a nivel Nacional, siendo las dos primeras causas de mortalidad de la población tanto en niños menores de un año como en menores de cinco años, son las enfermedades del aparato respiratorio (IRAS) y las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), (Ver Anexos 2). Estas enfermedades pueden ser solucionadas en el primer nivel de atención a la salud.

Igualmente en el caso de la mortalidad materna se observa una coincidencia con las principales causas de mortalidad en el ámbito nacional, lo cual corrobora la idea de que las políticas dentro del sector salud deben orientarse de manera prioritaria hacia la atención primaria.

Detectadas las necesidades en el nivel primario de salud se esperaría que tanto los Centros de Salud como las Postas Sanitarias cuenten con la infraestructura, equipamiento y medicamentos esenciales para resolver las patologías pertenecientes a este nivel de atención. Por lo tanto en el siguiente punto se presenta una relación de lo que se tiene y de lo que se esperaría como niveles mínimos para garantizar una eficiente prestación de los servicios en el ámbito primario dentro del rea que corresponde al municipio de Viacha.

2. Infraestructura y Equipamiento en Salud (Oferta Física)

La oferta de los servicios de salud fue aproximada tomando en consideración la infraestructura, equipamiento y medicamentos, este tratamiento deja de lado la oferta de recursos humanos, porque la administración de estos últimos aun dentro del actual sistema descentralizado depende de las Prefecturas.

En la actualidad en infraestructura, el Municipio de Viacha cuenta con un Hospital de Apoyo, once Centros de Salud, y ocho Postas Sanitarias.

La presencia de un importante número de postas y centros de salud denotan que la oferta en alguna manera respondería al perfil epidemiológico del Municipio de Viacha, el cual centra sus necesidades en la atención de nivel primario. Sin embargo para tener una mayor aproximación de lo que se requiere en términos de infraestructura, equipamiento y medicamentos, se realizó un levantamiento de lo mínimo necesario en el ámbito técnico en

cada uno de esos rubros, con la finalidad de contrastar esto con lo que efectivamente se cuenta en el municipio.

Un detalle de lo mínimo necesario es el siguiente:

a. A nivel infraestructura

Los estándares básicos para atención del nivel primario de salud establecen que debe contarse con:

1) Área física

Consultorio, sala de espera, sala de parto además de todos los servicios básicos excluyendo el teléfono.

2) Mobiliario

Asientos de espera, escritorio enfermera, escritorio médico, mesa de exploración, estante de medicamentos, mesa ginecología, biombo, gavetera para archivos de expedientes, 2 sillas para el escritorio además de unas diez sillas para la sala de espera.

b. Equipamiento e Insumos, en este lo mínimo necesario es:⁴³

Estetoscopio	Baja lenguas	Tallimetro
Tensiometro	Negatoscopio	Especulo
Estuche Diagnostico	Balanza	Estuche de Cirugía
Termómetros	Cinta métrica	menor
Sondas Nasogastricas de diferente calibre	Alcohol	Equipo de sutura
Sonda Foley	Agua Oxigenada	Vendas
Jeringas Descartables	Yodo	Algodón
Agujas Mariposas de diferentes calibres	Gasas	Hilo de Sutura
		Ligadura de cordón
		Cutbut

⁴³ Estos datos se los obtuvo sobre la base de encuesta realizada al Director del Hospital del Niño.

c. Medicamentos, se requiere como mínimo.

Suero Dextrosa Suero Fisiológico Suero Glucosalino Sales de Rehidratacion Oral	Contrimoxazol Penicilina Sódica Penicilina Procaínica Penicilina Benzatinica Amoxicilina, en Jarabe y Tabletas	Ampicilina, Vial, Jarabe y Tabletas Gentamicina Oxigeno (con Flujometro y Manometro) Ocitoxico Methergin
---	---	---

Con base en el anterior detalle se tomaron los datos de la encuesta realizada por MotherCare,⁴⁴ de tal forma de contrastar lo mínimo requerido con lo que efectivamente se tiene a nivel del municipio. Los resultados obtenidos de dicho estudio muestran que:

Sólo el 20% de los establecimientos de atención primaria cuenta con la infraestructura necesaria. En Equipamiento se cuenta con el 53.4% del total requerido, ninguno de los establecimientos encuestados cuenta con todo el equipamiento necesario. En cuanto a medicamentos se refiere, el 50% de los Centros de Salud y Postas Sanitarias poseen medicamentos en buen estado, el resto son medicamentos pasados de la fecha de vencimiento.

Luego de hacer una revisión acerca de lo que necesita la población del Municipio de Viacha y lo que posee en cuanto a oferta física, se concluye que en infraestructura mobiliaria y física, equipamiento y medicamentos de los Centros de Salud y de las Postas Sanitarias no existe un ajuste a lo mínimo necesario para atender las necesidades del perfil epidemiológico, de allí que los problemas de salud no se resuelven de la manera más eficaz.

Determinadas las necesidades y la oferta física de salud, se pasa a estudiar la demanda de la población para determinar, si la aplicación de la Ley de Participación Popular ha implicado o no un incremento en la cobertura por servicios de salud de la población del Municipio de Viacha y además ver si esta corresponde a las necesidades y a la oferta física. El estudio de la demanda fue realizado con la ayuda de una metodología cualitativa conocida como Grupos Focales.

3. Metodología del Estudio de Campo

La demanda de salud se aproximó a través de un trabajo de campo empleando la metodología de grupos focales (Ver Apéndice).

⁴⁴ Los establecimientos encuestados por MotherCare fueron: el Hospital Ferrocaja, dos centros de salud: Viacha y Corpa y tres puestos de salud: Hilata Centro, Chama y Coniri.

Esta metodología consiste en la reunión de seis a diez personas que conversan libremente sobre algún tema específico, guiadas por un moderador que tiene la función de focalizar los aspectos de mayor interés para una investigación en particular. A través de esta técnica de investigación se recogen las reacciones, pensamientos y sentimientos que generan consenso y surgen espontáneamente en la dinámica del grupo. En general se realiza un mínimo de 2 Grupos Focales por tema, en la presente investigación uno de los grupos correspondió al rea urbana y el otro al área rural.

Los participantes son seleccionados según criterios de clase social, ocupación, sexo, edad, rea u otros de acuerdo al tema a investigarse.

Por lo general se busca heterogeneidad en ocupaciones y edades y homogeneidad en clase social. La selección no se realiza bajo criterios probabilísticos, más bien se trata de localizar personas que cumplan con el perfil exigido y muestran ser participativas.

El propósito de los grupos focales fue identificar la demanda de atenciones de salud en el municipio de Viacha. Se optó por un método cualitativo por que aunque estos no son usualmente utilizados para proveer porcentajes o tasas significativas, pueden en algunos casos proveer información que ayuda a interpretar los indicadores obtenidos de las encuestas.⁴⁵

La población objetivo fueron las madres, en su mayoría eran de estrato bajo, con niveles de educación primaria, en un rango de edad desde los 18 a 55 años. Para la realización del trabajo se tomó a dos comunidades, Viacha y Chama, se seleccionaron a ambas por contar con un mayor número de habitantes en términos relativos respecto a las demás comunidades del Municipio, la accesibilidad en carreteras y las diferencias que poseen en cuanto a número y calidad de los establecimientos y servicios de salud.

3.1 Demanda de Atención de Servicios Públicos de Salud

La demanda de atención de salud se centra principalmente en que la complicación del paciente sea resuelta.⁴⁶ También está el factor de que los usuarios se sientan a gusto en el establecimiento de salud, es decir que sean tratados con "amabilidad".

⁴⁵ Las preferencias no reveladas de parte de participantes de grupos focales, pueden llegar a ser un problema para la obtención de información completa en este tipo de metodología.

⁴⁶ En este aspecto la accesibilidad, calidad, la infraestructura, equipamientos y medicamentos de los servicios forman una parte muy importante para solucionar cualquier complicación que se presente, los tres últimos se los verá en el acápite siguiente.

Con el fin de identificar la valoración comparada entre el sistema tradicional y el institucional, se preguntó a la población dónde prefería tener el parto: en la casa o en el servicio de salud públicos, por su parte, se preguntó a la población si estaban o no de acuerdo con que un parto de bajo riesgo se realice en la casa con la sola asistencia de la partera y los familiares. (Ver apéndice).

Más de la mitad de las entrevistadas (8 de 12), prefieren ir a los establecimientos de salud como instancia adecuada de un parto de alto riesgo, debido a temor por las complicaciones y la valoración de la higiene.

Las madres confirman que una de las limitaciones percibidas para el acceso al servicio de salud, es el mal trato del personal.

Se ha identificado que aquella parte de la comunidad que tiene al hogar y al sistema tradicional como instancia legítima para un parto normal, como también para la atención de complicaciones en general, percibe al sistema tradicional como primera instancia para la atención en complicaciones. En efecto estos entrevistados afirman que si en el hogar se presentan complicaciones acudir a otros familiares o a al Yatiri, Partera, dependiendo de la dificultad de la enfermedad. Sin embargo, las razones ya no son las mismas: si estas personas se refieren al buen trato en el hogar como argumento para enfermarse en este lugar, cuando tienen que hablar de las complicaciones y su preferencia por el sistema tradicional, se refieren principalmente a aspectos del servicio de salud: el costo es "elevado", se tiene "vergüenza" ante el médico o los servicios de salud están lejos. A continuación se mencionan los principales puntos que corroboran lo dicho anteriormente. Comenzaremos con una descripción de las variables que entran en juego para configurar la accesibilidad, luego estudiaremos las variables correspondientes a la comunidad y las que se refieren al propio servicio de salud. Las variables que la comunidad considera para percibir si los centros de salud son o no accesibles son dos: variables ajenas a los servicios de salud y variables propias a los servicios de salud, ver Gráfico 2.

El Gráfico 2 muestra que la accesibilidad está dada por el conjunto de percepciones de los usuarios respecto de determinadas variables (tanto de la comunidad como de los servicios de salud) que son relevantes para ellos. Siempre y cuando el balance sea positivo, entonces se presenta una predisposición al uso de los servicios institucionales, por lo tanto, se puede concluir que existe una accesibilidad favorable.

Gráfico 2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información obtenida de los grupos focales

a. Distancia-Transporte

La mayoría de las entrevistadas en la comunidad, perciben que los Servicios de Salud están a poca distancia de su comunidad. (Ver apéndice). Por otro lado mucha gente sobre todo del área rural deja de asistir a los establecimientos de salud, por la lejanía y el gasto en que tienen que incurrir, el costo de atención y el costo del transporte.

b. Costo de Transporte

En las ciudades, el costo del transporte bordea 1 Bs. mientras que en las comunidades rurales, el transporte está entre los 2 y 2.50 Bs., para movilizarse desde la comunidad hasta los centros de salud.

c. Costo de Atención

El costo de atención en los servicios de salud es percibido en dos niveles distintos: el nivel del costo "normal" de atención, y el costo cuando se presentan "complicaciones".

En las comunidades que demostraron un uso relativamente alto de los servicios de salud, existe la tendencia a percibir el costo de la atención normal del servicio como relativamente adecuado; donde este costo representa el 2.3% de su nivel de ingreso para aquellas familias más pudientes y el 7.5% para las familias más pobres.⁴⁷

Aunque los costos de atención representan en muchos casos una real limitación para la accesibilidad de los servicios,⁴⁸ en varios entrevistados parece ser que esta limitación radica sobre todo en una percepción que sobre dimensiona este factor y que, al mismo tiempo, refuerza una actitud previa poco dispuesta a utilizar estos servicios.

Cuando se presentan complicaciones obstétricas y neonatales, el costo de atención se convierte en una limitación fundamental. Un poco menos de la mitad de los entrevistados que fueron al servicio de salud para resolver complicaciones del parto, no pudo conseguir el dinero suficiente ni para la atención de la complicación ni para los medicamentos. Incluso las personas que sí tenían el dinero suficiente, afirman que una emergencia implica siempre gastos extras para los cuales la familia no está preparada (costo de los medicamentos, costo de estadía del acompañante, etc.).

Una de las razones más mencionadas por parte de las personas que teniendo complicaciones no fueron al servicio de salud, fue su percepción del costo que implica una emergencia. Esta limitación para acceder a la atención del servicio de salud no sólo implica un costo elevado; sino que, al mismo tiempo, quiere decir que en una emergencia, los usuarios por lo general no acceden a sistemas de crédito que faciliten el pago del servicio de salud y de los medicamentos.

⁴⁷ Fuente, elaboración propia sobre la base de datos de la Universidad Mayor de San Andrés, 1993.

⁴⁸ Las familias que tienden a usar menos los servicios de salud, por lo general perciben niveles de ingresos precarios; por lo tanto, generalmente tienen menos disponibilidad económica.

d. Consulta Médica

La línea de tratamiento en los servicios de salud, es otro factor que la comunidad toma muy en cuenta a la hora de evaluar su accesibilidad a los servicios de salud. Sin embargo es difícil saber con certeza que ocurre, pues no se cuenta con datos.

En general se observan sentimientos de desconfianza, vergüenza y temor frente a los procedimientos de revisión ginecológica.

La comunidad cree que tanto las IRAS como Las EDAS son enfermedades leves, que pueden ser tratadas en el hogar e incluso se refieren a estas como algo cotidiano en la vida de sus hijos. Este factor es de suma importancia, pues no consideran las consecuencias que en un principio una simple diarrea o refrió puede causar en un periodo más lejano si es que estas enfermedades no son atendidas a su debido tiempo y de la mejor manera posible.

e. Trato

El trato es entendido como la relación entre los proveedores de salud y las usuarias. En general, existe una baja expectativa para recibir un "buen trato" en el ámbito del sistema institucional.

Cuando las usuarias optan por el sistema institucional, no lo hacen porque esperan ser "bien tratadas en ,l", sino porque esperan que en el servicio de salud resuelvan su problema.

3.1.2 Calidad de los Servicios de Salud

Existen tres elementos que han causado la impresión favorable de la gran mayoría de las entrevistadas y: la limpieza del servicio, la capacidad técnica de los médicos y enfermeras y los horarios de atención.

La capacidad técnica de los médicos y enfermeras tiene una ponderación de satisfacción más alta que la limpieza, puesto que tiene menos respuestas negativas. Este factor es más valorado por las usuarias del servicio de parto, especialmente las que fueron atendidas en hospitales.

La comunidad afirma que es el control prenatal, la vacunación y el control peso talla de los niños es el principal servicio utilizado por la población. El uso de este servicio tiene distintos significados para la población: Las personas entrevistadas identifican limitaciones en su entorno (temor a los procedimientos institucionales de revisión gineco-obstétrica.⁴⁹ Pero al mismo tiempo identifican limitaciones en la oferta institucional (falta de servicios especializados, infraestructura limitada, etc.). A lo anterior se añade otro tipo de limitaciones como los costos, accesibilidad limitada (distancia - transporte) y en las relaciones interpersonales. A continuación veremos en el Gráfico 3 algunas de las preferencias que mostraron las entrevistadas por los servicios de salud.

Gráfico3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información obtenida de los grupos focales

⁴⁹ Por ejemplo cuando se hace la revisión ginecológica o cuando se le pide que la paciente se saque su ropa y se coloque una bata, etc.

Todos los factores anteriores determinan que al sistema tradicional como la alternativa, no sólo para la atención de primer nivel, sino también como primera instancia de resolución de complicaciones. Es así que el sistema institucional se convierte en una segunda instancia, que muchas veces no es utilizada.

A menor afluencia de pacientes, menor el tiempo de espera y mayor la satisfacción de los usuarios. Al parecer el tiempo de espera, más que reflejar la eficiencia en los procedimientos de recepción y en la organización del flujo de pacientes, es un indicador correlativo de la intensidad del uso del servicio. A mayor uso del servicio mayor tiempo de espera.

Al parecer, varios servicios de salud no han desarrollado en su totalidad procesos de atención especializada para complicaciones materno-infantiles. De ahí que los usuarios disminuyan su nivel de satisfacción en la resolución de complicaciones.

Es necesario destacar que los mayores niveles de disatisfacción con la capacidad resolutive se encuentran precisamente en aquellas comunidades urbanas. Un caso ejemplificador es la comunidad de Viacha, en el que la población tiene mayor nivel de instrucción, niveles de ingreso superiores a las comunidades campesinas y al mismo tiempo presenta mayores percepciones críticas sobre la capacidad resolutive de los servicios. Es decir una demanda cualificada de los servicios, plantea a su vez mayores exigencias y niveles de oferta de los mismos.

La comunidad en la hora de evaluar la capacidad resolutive de los servicios materno-infantiles se fija básicamente en los resultados. La comunidad observa también si el servicio de salud ha significado, una mejoría en la salud de la madre o del niño dependiendo del caso. La preservación de la vida de la madre como la del hijo, es lo principal.

La mayoría de las personas entrevistadas en la comunidad perciben que el trato en los servicios materno-infantiles del sistema institucional de salud es bueno.

Podemos concluir que la población del Municipio de Viacha demanda una atención de segundo y hasta tercer nivel, porque no acude cuando la enfermedad es leve sino cuando se presentan complicaciones, (a excepción del prenatal), de todas formas dentro de lo que viene a ser atención primaria, las complicaciones del prenatal, parto y post-parto son las que necesitan de mayor infraestructura, equipamiento y medicamentos.

Los elementos planteados permiten tener una descripción de la situación del mercado de la salud en el municipio de Viacha y se puede concluir que existen deficiencias en este sentido, debido a que los tres mecanismos que operan en ,l no se ajustan, primero porque la oferta física sólo cubre parte de las necesidades de la población, segundo las necesidades que corresponden al nivel primario no concuerdan con las demandas de la población que son para un segundo y tercer nivel y tercero la oferta existente, en su mayor parte corresponde a un primer nivel de atención por lo cual no se da un equilibrio entre oferta y demanda, en este caso la oferta viene a ser menor a la demanda produciendo discriminación de pacientes y da lugar a inequidades.

Una solución a este aspecto vendría del lado de la oferta así como de las demandas. Para que la oferta iguale a las necesidades, se puede redistribuir los ingresos de manera per cápita,⁵⁰ priorizando las necesidades en inversión social en cuanto a atención de primer nivel se refiere y así por lo menos cubrir lo mínimo necesario, a través de recursos de coparticipación.

Para que la demanda iguale a las necesidades y luego estas a la oferta, se plantea una mayor educación en cuanto a prevención de la salud, a través de sistemas de educación y comunicación en las postas y centros de salud. En esta parte veremos como pueden interactuar la oferta y la demanda de manera de lograr mayor cobertura.

c. Asignación de Recursos para Infraestructura de Salud

En el terreno del financiamiento y la asignación de recursos se trabajó con las cifras de Participación Popular y con los Planes Anuales Operativos del Municipio de Viacha, para los años 1994, 1995 y 1996, tratando de identificar los cambios en la composición de los recursos destinados al sector salud.

A partir de la Ley de Descentralización Administrativa, y la Ley de Participación Popular se han creado nuevas reformas económicas, entre ellas la coparticipación Municipal y un nuevo sistema de distribución de los recursos.

1. Ley de Participación Popular

Con la Ley de Participación Popular las Corporaciones Regionales de Desarrollo dejan de percibir el 10% establecido por la Ley 843 y administran regalías departamentales por la explotación de recursos naturales. Se crea el fondo compensatorio departamental para compensar a las regiones más deprimidas y asignar recursos a aquellos departamentos que se encuentran por debajo del promedio nacional de regalías.

Anteriormente a la Ley de Participación Popular, la coparticipación se efectuaba a sólo una veintena de Gobiernos Municipales, ésta más las transferencias otorgadas por el Tesoro General de la Nación (TGN) y la coparticipación del impuesto a la renta presunta de propiedad de bienes (IRPPB), eran las principales fuentes de financiamiento interno de los Gobiernos Municipales, es entonces que con la Ley de Participación Popular, se crean 311 Municipios equivalentes a las secciones de provincia y cambia la estructura de financiamiento.

1.1. Distribución de los Ingresos Municipales

Los ingresos nacionales por renta aduanera y renta interna adquieren significativo interés para los presupuestos municipales, ya que a partir de la promulgación de la Ley de Participación Popular, la coparticipación de los Municipios se incrementa del 10 al 20 por ciento de los ingresos nacionales.

De este monto el 85 por ciento debe estar destinado a inversión municipal y con el restante 15% se debe cubrir los gastos corrientes o de funcionamiento del Gobierno Municipal. A esto se suma la transferencia a dominio tributario municipal del cien por cien de los impuestos a la propiedad de bienes muebles e inmuebles y a las transacciones de bienes.

Es en diciembre de 1995 que se promulga el Decreto Supremo 24182 como norma orientadora para la inversión pública municipal, señalando los porcentajes que deben destinar los Gobiernos Municipales para el sector social (35) por ciento y el apoyo a la producción (25) por ciento, para ser elegidos por los Fondos de Inversión y Desarrollo y las Prefecturas en el régimen descentralizado para apoyar su financiamiento. El Gobierno Central a través de sus

⁵⁰ Para poner en práctica el sistema per cápita es necesario construir una canasta básica, para más detalles relacionados con este tema, ver Espinoza, Lourdes, 1995.

entidades de financiamiento y las prefecturas orientarán la inversión principal hacia esos sectores prioritarios.

A continuación se presenta un análisis de la evolución en cifras del financiamiento, inversión social y destino de los recursos de coparticipación, en Bolivia y específicamente en el Municipio de Viacha después y antes de la aplicación de la ley de Participación Popular y la ley de Descentralización Administrativa.

1.2 Ingresos de Coparticipación para los Municipios

Para el año 1993 las principales fuentes de ingreso de los Municipios eran la coparticipación Municipal, la cual representaba el 69.36 por ciento del total de los ingresos, para los próximos años estos han representando el 73.88 por ciento, cifra que se mantiene casi constante durante los dos próximos años. Es en 1995 debido a la Ley 1606, que el impuesto a la renta presunta de propiedad de bienes cambia por el impuesto a la propiedad de bienes, y mantiene las otras dos fuentes de ingresos sin variante. En 1996, los gobiernos municipales cuentan con sólo dos fuentes de ingresos, la coparticipación municipal con el 20 por ciento y el impuesto a la propiedad de bienes, se elimina las transferencias del (TGN).

1.3 Recursos de Inversión para el Municipio de Viacha

Para el caso específico de Viacha, salud y seguridad social recibieron 6.62 veces menos ingresos para destinar a inversión que el sector que mayor inversión percibe, educación, (Ver cuadro 3).

CUADRO 3

Inversión per capita Programada 1995
(En dólares)

Sector	Inversión per cápita
Energía	2.92
Saneamiento Básico	3.48
Salud y Seguridad Social	1.20
Educación	7.94

Fuente: Ministerio de Desarrollo Humano, La Participación Popular en Cifras 1996

CUADRO 4
Cuadro Comparativo de Coparticipación en el Municipio de Viacha
Periodo (1990-1996)
 (En miles de dólares)

Años	Coparticipación
1990	71
1991	81
1992	99
1993	6
1994	530
1995 ^a	1202
1996 ^a	1327

Fuente: Ministerio de Desarrollo Humano, La Participación Popular en Cifras 1996

^a Coparticipación programada.

Haciendo una comparación de las fuentes de financiamiento municipales entre 1994 y 1995, se puede observar que en 1995, la cantidad de ingresos correspondientes a Participación Popular para el municipio de Viacha se incrementaron en 128%. Los recursos Municipales se han incrementado en un año en 261.23%, este sustancial incremento se debió a un aumento en las fuentes de financiamiento interno, tanto de participación popular, así como de recursos propios y otros recursos.. La coparticipación municipal en el período 1990 a 1992, sufre un incremento del 39.4%, es en 1993 que ésta cae drásticamente en un 93.3%, desde 1994 gracias a la Ley de Participación Popular se puede observar un fuerte incremento en un 150.4%. (Ver cuadro 4)

2. Asignación de Recursos en el Municipio de Viacha

El total de ingresos que percibe el municipio de Viacha proviene del financiamiento interno, parece ser que este municipio tiene bastantes restricciones para acceder a financiamiento externo.

A pesar de no contar con estos recursos, este municipio en los últimos dos años y medio ha realizado 175 obras en inversión social. De las cuales 26 corresponden al sector salud.

Salud gastó 214947 dólares⁵¹ en la realización de dichas obras, lo que representa el 3.68% del total de ingresos que percibe el municipio de Viacha, este pequeño porcentaje, se debe a que la población del Municipio de Viacha está dando más importancia a otros sectores

sociales, como ser educación y cultura, saneamiento básico y urbanismo y vivienda. Para determinar cuales fueron las obras y el costo de cada una de estas, se trabajó con los planes anuales operativos del municipio, dichos planes se los presenta seguidamente.

El análisis realizado líneas arriba confirma que los recursos de coparticipación han sufrido una mejora en el campo de la salud, después de la aplicación de la Ley de Participación Popular, ahora lo que se desea demostrar es si la población del Municipio de Viacha ha percibido dicha mejora en el área de infraestructura, equipamiento y medicamentos y consecuentemente podría mejorar la cobertura en atención a la salud. Para ello nos basaremos nuevamente en la información recogida a través de los Grupos Focales.

3. Cambios en la Percepción de la población del municipio de Viacha En Infraestructura, Equipamiento y Medicamentos, después de la Aplicación de la Ley de Participación Popular

De manera de conocer las percepciones de la población acerca de los establecimientos de salud, se les preguntó como calificarían a los principales centros que ellas mencionaron durante la entrevista en cuanto a la infraestructura, equipamiento, medicamentos y atención en general.

Una de las conclusiones más importantes que se obtuvo de esta pregunta, es que el Centro que más concurrencia tiene, cuenta con menor equipamiento, mayor infraestructura en comparación a otros Centros, no atiende las 24 horas, sin embargo cuenta con la mayor cantidad de medicamentos y es el más caro.

Por otro lado es el más cercano y para ellas el que soluciona sus problemas en términos médicos. Algunas de las entrevistadas que antes asistían a este Centro y actualmente no lo hacen, es porque tuvieron una mala experiencia con medicamentos pasados, otro factor para que la asistencia sea menor a este es la excesiva demanda, a la gente no le gusta hacer colas y peor en un lugar donde no hay sala de espera.

El auxiliar médico así como la infraestructura, equipamiento y medicamentos de los Centros de Salud, de las Postas Sanitarias no son del agrado de la población. Esto debido a que la población prefiere ser atendida en su casa y que el médico vaya a casa del usuario a atender al enfermo.

⁵¹ Ver Planes Anuales Operativos del Municipio de Viacha, años 1994, 1995 y 1996. Ministerio de Hacienda.

Sin embargo el trato del personal hacia los usuarios, no es la variable que determina la demanda la asistencia o no de los usuarios a los servicios de salud.

Por lo general, los usuarios, de comunidades rurales de servicios materno-neonatales, perciben que los médicos tienen una elevada capacidad resolutive de complicaciones obstétricas y neonatales. Esta convicción se basa en dos razonamientos principales:

Los médicos saben; tienen los conocimientos suficientes y necesarios como para resolver complicaciones que se puedan presentar en el proceso de gestación.

Los médicos cuentan con la infraestructura, equipo y medicamentos que les permiten resolver adecuadamente las complicaciones. Pero las parteras ofrecen atención a toda hora y visita a domicilio, por lo cual muchas veces estas son más fácil es de acceder.

La consideración sobre la capacidad resolutive de los proveedores de salud influye también en los procesos de accesibilidad diferenciada a Centros de Salud y Hospitales de Apoyo. En efecto, varias entrevistadas, perciben que los médicos de la provincia están recién practicando y, por tanto, su capacidad resolutive no es muy confiable; por ello, la opción a ser considerada no son los centros más cercanos, sino otros centros u hospitales más distantes que sí son percibidos con la "eficacia necesaria". El segundo grupo de aspectos que cuenta con una impresión relativamente favorable está constituido por la ubicación del servicio, el tiempo de permanencia en el servicio y la comodidad de la sala de espera. La ubicación confirma la relativa demanda de los servicios de salud seleccionados. Es importante destacar que la comodidad de la sala de espera, es el factor que cuenta con más respuestas negativas, si a esta contestación añadimos el segundo factor con más respuestas negativas, privacidad,⁵² encontramos que los mayores niveles de insatisfacción de las usuarias entrevistadas apuntan a las deficiencias de infraestructura y a un trato deficiente. Esta insatisfacción tiende a incrementarse en usuarias de Centros de Salud rurales.

Varias de las personas de la comunidad que fueron entrevistadas, creen que las complicaciones del embarazo, pueden ser atendidas en el marco del sistema tradicional, por ello el uso del sistema institucional para estas complicaciones tiende a ser menor.

Finalmente, otro factor que es considerado por la comunidad a tiempo de evaluar los servicios de salud es la capacidad resolutive institucional. El médico podrá obtener mayor capacidad resolutive si cuenta con mayor infraestructura, equipamiento y medicamentos y por lo tanto la

gente tendrá una mayor predisposición a asistir a los establecimientos de salud institucionalizados. Esta parte viene a confirmar lo establecido en el primer capítulo, que mayores recursos para infraestructura, equipamiento y medicamentos en salud podrían incrementar la cobertura.

Estas expectativas se fundan en las creencias que los Servicios de Salud han cambiado desde la Participación Popular, es decir estas entrevistadas creen que desde la implantación de esta ley hace dos años, se manifestaron cambios positivos frente a los cuales es válido sentirse optimistas.

Al mismo tiempo se espera una mayor provisión de infraestructura, equipamiento y medicamentos en el servicio de salud, ayudar a que los indicadores de salud de la población mejoren. Las entrevistadas de Chama también han percibido dicha mejora, a pesar de que en este cantón no se presentó ninguna inversión en salud, sin embargo ven que ha existido una mejora, porque ellas así como sus familiares asisten al hospital y a los centros de salud de Viacha.

La gente no sólo percibe mejoras en cuanto a infraestructura, equipamiento y medicamentos, sino que también perciben que los recursos humanos han mejorado, este hecho puede deberse que en un ambiente con mejores condiciones en cuanto a infraestructura y equipos viene a ser atrayente al personal médico, es decir ya cuentan con los recursos mínimos necesarios para aplicar su trabajo. Se espera que la demanda de atención a la salud por servicios públicos se incremente en mayor grado, por la aplicación del Seguro de Maternidad y Niñez. Cabe recalcar que cuando se hizo este estudio de caso, dicho seguro no había sido implementado.

Los consultorios están bien iluminados, son limpios pero no son lo suficientemente grandes y tampoco son atractivos. Todos cuentan con camillas, empero más de la mitad son fríos, no cuentan con biombo, ni con un lugar específico para que la paciente se quite la ropa, tampoco se observó las condiciones de privacidad para evitar interrupciones de otros proveedores o de otros pacientes durante la consulta (especialmente los Centros de Salud).

En general se percibe que los Hospitales tienen mayor capacidad resolutive que los Centros, y que los Hospitales de la ciudad tienen mayor capacidad resolutive que los Hospitales de provincia.

⁵² El concepto de privacidad fue abordado a partir de dos connotaciones: la infraestructura adecuada para que la consulta se

V. Conclusiones

Luego de realizada la presente investigación, las conclusiones a las que se llegan son las siguientes:

La Economía de la Salud surge como una respuesta a los problemas de financiamiento y asignación de recursos destinados al sector salud en la mayoría de los países Latinoamericanos.

El objetivo que con esta se pretende alcanzar es el de lograr una mejor asignación de los recursos así como de reducir la incertidumbre que garantice el cubrir las necesidades de la población con óptimos niveles de calidad.

Ingresar en este nuevo terreno lleva al estudio del mercado de la salud, donde se reconocen la interacción de tres fuerzas: oferta, demanda y necesidades las cuales no siempre son coincidentes y que conducen a que este mercado opere bajo fallas de información, tales como la selección adversa, riesgo moral y en algunos casos presencia de monopolios y externalidades.

Paralelamente al mercado de la salud, el estudio del financiamiento y asignación de recursos al sector es prioritario, pues garantiza una buena prestación de servicios que es tan importante como asegurar un flujo adecuado de recursos.

Una de las alternativas planteadas para alcanzar una mejora en el funcionamiento del mercado de atención a la salud es la descentralización de estos servicios. A través de la descentralización se pretende alcanzar mayor autonomía financiera y administrativa en las unidades locales del sistema, siendo apropiada para proveer los servicios de manera directa a los clientes y para instituir precios para los medicamentos y el cuidado preventivo.

La descentralización favorece la eficiencia, sin embargo algunos de sus costos se presentan en el terreno de la equidad, de allí que el rol del gobierno es importante con el fin de mantener la definición de prioridades así como garantizar el acceso a este servicio a la totalidad de la población.

En el caso boliviano la promulgación de las leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa, llevaron a que dentro del sector salud se realice una provisión descentralizada de los servicios, donde el municipio es el encargado de realizar la

realice en privado y el respeto necesario de manera que la usuaria sienta que es tratada en un ambiente de privacidad.

prestación del servicio con el apoyo financiero de los recursos de coparticipación que equivalen al 20% del total de impuestos nacionales.

Esta transferencia de recursos debe destinarse en un 85% a inversión y un 15% a gastos corrientes.

Bajo este marco la aplicación concreta de lo establecido por la Economía de la Salud al municipio de Viacha permiten concluir que:

En el mercado de atenciones de salud público de Viacha se presentan fallas de mercado, no existe una coincidencia entre oferta, demanda y necesidades, esto sale de comprobar que el Perfil epidemiológico del Municipio de Viacha pertenece al primer nivel de atención, la demanda se concentra en un segundo y hasta un tercer nivel de atención y la oferta física no cubre las necesidades mínimas en atención primaria. Es decir en el ámbito de mercado no existe equilibrio en este, ni coincidencias entre sus agentes, lo cual evita una correcta planificación de la asignación de los recursos. Por otro lado, se advierte la presencia de monopolios y la generación de externalidades a través de las campañas de vacunación.

Los datos obtenidos del grupo focal muestran que la población del Municipio de Viacha esta asumiendo el cambio producido por la aplicación de las nuevas reformas como ser la Ley de Descentralización Administrativa y la Ley de Participación Popular.

Las personas perciben una mejora en el sector público de la salud, y por ello están más predispuestas a asistir a los establecimientos de salud institucionalizados, lo cual hace pensar que en un futuro se presentaría un incremento en la demanda por atenciones de salud.

Con todo lo anterior se demuestra que si no se logra una reasignación de los recursos de coparticipación no solo a infraestructura sino también hacia mejoras en equipos y medicamentos, entonces los objetivos de mayor cobertura no ser n alcanzados.

El análisis realizado a través de las Cifras de Participación Popular y los Planes Anuales Operativos muestran que hasta el momento el sector salud no es el prioritario dentro de este municipio, una posible razón para esto es lo reciente del Modelo Sanitario, así como el que las personas no reconocen plenamente las necesidades que en cuanto a salud poseen.

Es importante por lo tanto no solo asegurar mayor financiamiento sino adicionalmente tener un mayor conocimiento no solo de los indicadores de salud (perfil epidemiológico), sino del mercado de salud en general. Esto permitir identificar las fallas existentes así como sugerir las posibles políticas que puedan llegar a aplicarse.

Si bien este trabajo se concentra en una oferta física, el rol de los recursos humanos es también muy importante, ya que este último puede generar mayores niveles de eficiencia, así como alcanzar mayores coberturas en la medida en que las mejoras se den en cuanto a la solución de las enfermedades y el mejor trato al paciente.

Este tema y el papel que juega la educación en cuanto a la medicina preventiva pueden ser objetos de un trabajo futuro de investigación

VI. Bibliografía

Aghón, Gabriel y Casas Carlos. (1994). Descentralización Fiscal en América Latina una Comparación Preliminar. Proyecto CEPAL/GTZ.

Artells Juan. s/f. "Aplicación del Análisis Coste-Beneficio en la Planificación de los Servicios Sanitarios. Eficiencia y Equidad en la Atención Perinatal"

Arredondo, Hernández, Cruz. (1992). Incorporación del análisis económico al sector salud en países latinoamericanos. Segunda parte, Campos de Aplicación, Cuad. Méd. Soc., XXXIV, 1, 1993 / 33-43.

Asociación de Economía de la Salud (AES). (1993). Tendencias Económicas de los Sistemas de Salud. Buenos Aires, Argentina

Azero Ramón, Mollinedo Fernando, Szmukler Alicia y coordinador Rolando Morales. (1995). Desarrollo Humano en las Montañas. Informe del desarrollo humano en la ciudad de La Paz:

"A Survey of Health Care" (1991), The Economist, 6 de Julio de 1991.

Barro, J. Robert (1991). "Economic Growth in a Cross Section of Countries", Quarterly Journal of Economics 407-443.

Bengoia Rafael. (1992). Seminario de Innovaciones de los Sistemas de Salud, una Perspectiva Internacional.

Berlinski, Samuel. s/f. "Dos definiciones económicas de salud, dos aproximaciones a su demanda y dos conclusiones diferentes de política económica".

Bertrand, Jane T. Workshop on Data Collection Priorities for Population and Health Information in Developing Countries. Septiembre de 1994.

Birf. (1993). El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo, una Agenda para la Reforma.

Bobadilla, J.L. (1995). Principios de evaluación económica de los programas de salud.

Boisier Sergio. (1987). "Los procesos de descentralización y desarrollo regional en el escenario actual de América Latina". Revista de la CEPAL 37. Abril de 1987. Santiago Chile.

Instituto Nacional de Estadística INE. (1992). Censo Provincial.

CEPAL, OMS. (1994). Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Washington D.C., marzo 1994.

CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe: (1993). Serie Política Fiscal 44. Descentralización Fiscal: Marco Conceptual. Santiago Chile 1993.

-----, (1996). Revista No. 58 de abril de 1996.

Culyer, (1979), en Artells, Juan. s/f Aplicación del Análisis Coste-Beneficio en la Planificación de los Servicios Sanitarios,

Dabdoud, Carlos .(1993). Hacia un Sistema de Salud Integrado y Descentralizado; La Paz, ILDIS

Diamond, Ian. Data Collection Priorities for Evaluation and Monitoring. Paper prepared for National Academy of Sciences Meeting on Data Priorities, Washington, 1995.

Decreto Supremo No. 24237. Artículo 11

Drumond M.F. y Stoddart G.L. s/f.. Principios de Evaluación Económica de los Programas de Salud.

Espinoza, Lourdes. (1995). Tesis para la obtención de grado de Magíster en Economía con mención en Políticas Sociales. Asignación de Recursos en Salud para Bolivia, Sistema Per Cápita Ilades, Georgetown University.

Ferranti, David. (1985). El pago por servicios de salud en los países en desarrollo. Foro Mundial de la Salud. Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. 1985. Vol. 6. No. 2. OMS Ginebra.

Ferrara, Floreal. A; Acebal Eduardo; Paganini José. (1976). Medicina de la Comunidad, Buenos Aires, Argentina

Forstman TJ. (1994). “El gobierno trata de manejar el sistema de salud”. The New York Times. Publicado en Excélsior. 4 Abril 1994.

Fiedler, John. L. s/f. Financiamiento del sector salud.

Fundación Mexicana para la Salud, documento No. 12. (1994). Hacia la Reforma del Sistema de Salud: Una Propuesta Estratégica”.

Fundación Mexicana para la Salud, documento No. 13. (1994).”Bases doctrinarias de la reforma en salud”.

Gaceta Oficial de Bolivia (1995). Ley de Descentralización Administrativa. 28 Julio de 1995. Año XXXV NO. 1894. La Paz-Bolivia.

UNIDAD DE PROFUNDIZACIÓN DE LA DEMOCRACIA (UPRODE), Dirección de Difusión de las Reformas del Estado (1994), Ley de Participación Popular, Reglamento de Ley de Participación Popular, y Ley de Reforma a la Constitución Política del Estado. 1994.

Gerter, Paul y Van der Gaag Jaques. The Willingness to Pay for Medical Care. Johns Hopkins University-Press. U.S.A. 1990.

Horst, Greber y Baldivia José. (1995). Estudios de Milenio 3. La descentralización y los Cambios en el Sector de la Salud en Bolivia.

ILDIS. (1993). Hacia un Sistema de Salud Descentralizado.

----- . (1995). Diálogos sobre la Salud. Crisis de Paradigmas en los Procesos de Reforma a la Salud.

----- . (1994). Descentralización de la Salud, Antecedentes y Perspectivas.

K. Lee, Mills Anne. (1983). La economía de la Salud y su contribución a la Planificación de la Salud.

Knodel, Jhon. Qualitative Research Techniques for the Collection of Population and Health Information: Some Comments and Suggestions. Remarks prepared for The National Research Council Workshop on Data Collection Priorities for Population and Health Information in Developing Countries. Washington, D.C. 1995.

Kreps, David. (1990). A Course in Microeconomic Theory. EE.UU.

Laurell, Ana Cristina. s/f. La lógica de la privatización en salud.

Laurell, Ana Cristina. s/f. Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina.

Lucas Jr., Robert E. (1988). "On the Mechanics of Economic Development" Journal of Monetary Economics. North Holland.

Médecini, César Andrés y Vistrain, Santoyo Rocío. (1993). Economía de la Salud en América Latina y el Caribe, Una agenda para la orientación. México, D.F. :1993.

Mesa Lago Carmelo. (1989). Financiamiento de la Atención a la Salud en América Latina y el Caribe, con Focalización en el Seguro Social. Banco Mundial. Washington, D.C. 1989.

Mills Anne and Gibson Lucy. s/f. Health Economics for developing countries.

Ministerio de Desarrollo Humano. (1994). Aplicación de las estrategias de salud para todos en el año 2000.

----- (1996). La Participación Popular en Cifras.

Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud. (1996). Reforma del Sector Salud en Bolivia. 1996

Ministerio de Desarrollo Humano, SNS-SNPIS. (1996). El Modelo Sanitario Boliviano. Fundamentos y Orientaciones para la Gestión Compartida con Participación Popular.

----- (1994). Estadísticas de la Salud.

----- (1994). Análisis, Jerarquización de Problemas y Programación de Actividades del área de Salud de Viacha del Distrito Santiago de Machaca.

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. (1989). Bolivia: Situación de Salud y sus Tendencias.

Morales, Juan Antonio. (1993)."Macroeconomic Adjustment and its Impacts on the Health Sector in Bolivia". Macroeconomic Environment and Health. The world Health Organization (WHO). Geneva.

----- (1994). Impacto Social de la Ayuda Externa.

----- (1994). Ajuste Macroeconómico y Reformas Estructurales en Bolivia, 1985-1994

Morales, Rolando. (1995). "Disquisiciones sobre la economía de la salud", Proyecto Iniciativa para la Reforma de la Salud (AID), ILDIS, La Paz Bolivia.

----- (1995). Políticas de Acción en Salud.

Mother-Care, et al. (1996). Estudio Cualitativo en Comunidades y Servicios de Salud de Cinco Distritos de Salud en la Paz y Cochabamba. Septiembre 1996.

Musgrove, Philip. (1985). Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina". Cuadernos de Economía Año 22. No. 66. pp. 293 305, Agosto 1985.

Organización Panamericana de la Salud, Resolución XV, Documento CD-33/14.

Organización Panamericana de la salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal): (1994). Serie de documentos reproducidos No. 41. (1994). Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. Washington, D.C., Marzo 1994.

Ortún, Rubio Vicente. (1995). Análisis de los mercados y del marco regulatorio del sector salud". Equidad, Eficiencia y calidad: El Desafío de los Mercados de Salud. Buenos-Aires, 1996.

Oxford University Press. s/f. The Economics of Health in Developing Countries a critical review.

Paganini, José María. Los desafíos de los servicios de salud en la década de los 90.

Programa de Naciones Unidas (PNUD). (1990) Desarrollo Humano 1990, Washington. D.C.

Romer, Paul M.(1990). Human Capital and Growth: "Theory and Evidence", Carnegie-Rochester Conferences Series on Public Policy 32, pp 251-286, North Holland.

Rovira Juan. Seminario Internacional sobre Economía y Financiamiento de la Salud (CIESS, OMS, OPS).

Stiglitz Joseph. (1996). Economics of the Public Sector. Second Edition. Princeton University.

Smith Brian Abel. s/f. La Crisis económica Mundial. Segunda parte, Desequilibrio de los Recursos Humanos en el Sector Salud.

Suárez Rubén, et al. (1994). Gasto Nacional y Financiamiento del Sector Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la década de los noventa.

Tejada, David. (1996). Revista Perspectiva No. 1. ABIES.

UNICEF (1995). El Progreso de Bolivia. Hacia las Metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. La Paz-Bolivia.

----- (1996). Estado Mundial de la Infancia. Nueva York. EE.UU.

Universidad de York. La Economía de la salud y su Contribución a la Planificación de la salud. Capítulo 1. Adaptado de Center for Health Economics.

Universidad Mayor de San Andrés, et al. (1993). Estudio del Perfil de la Salud de la Población de Viacha.

Urquiola, Miguel. (1994). Accesibilidad Económica de la Población Boliviana a los Servicios de Salud, OPS, ILDIS.

Veronelli, Juan C, (1984), Los Proyectos de Transformación de los Sistemas Nacionales de los Servicios de Salud en América Latina. Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud. OPS/OMS, México.

WHO Health Economics. (1995). Identifications in Health Economics in Developing Countries. Mayo 1995. WHO-TFHE-95.3

Winkler, R. Donald. s/f. Documentos para discusión del Banco Mundial 235S. Diseño y Administración de Transferencias Intergubernamentales. Descentralización Fiscal en América Latina.

World Bank (1994). Colombia: Toward Increased Efficiency and Equity in the health sector. Can decentralization help?

----- (1993). Development Report. Investing in Health. Washington. D.C. 1993.

----- (1993). World Development Report, Investing in Health, Washington. D.C.

----- (1992). Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study. Washington, D.C., U.S.A. 1992.

VI. APÉNDICE

Los Grupos Focales.- El grupo focal (Focus Group Discussion) (FGD) es probablemente la técnica más común y más usada actualmente en investigaciones de poblaciones para coleccionar datos cualitativos. La idea central de la técnica es generar una discusión en temas preseleccionados del interés del investigador entre un pequeño grupo de individuos representativos de una población determinada en términos de características relevantes al tema de investigación. La discusión se centra en un estrecho set de temas.

El moderador siguiendo una guía preparada introduce los conceptos a ser discutidos, hace preguntas abiertas de manera de llevar la discusión hacia un determinado rumbo, hace hablar e interactuar a los participantes unos con otros y guía la discusión hacia una misma línea. Un tomador de notas también está presente.

La discusión es generalmente grabada para luego ser transcrita de manera de contar con los datos para el análisis. Los grupos focales típicamente se concentran en actitudes, opiniones y se generaliza la descripción del comportamiento.

Generalmente se realiza un mínimo de 2 Grupos Focales por tema y por segmento, para contrastar la información obtenida.

Un grupo focal intenta ser más que un grupo que se lo entrevista en un simple formato de preguntas.

Existe muchas maneras en las cuales los datos cualitativos generados por el FGD puede complementar al estudio cuando se trata de investigaciones sobre la población y la salud. Con el FGD se puede obtener mayor información que con el típico cuestionario de una encuesta. Una crítica a la técnica es que los participantes se centran en algunos niveles de discusión y no simplemente a contestar al moderador y responder a preguntas directas

Los datos cualitativos de los grupos focales por supuesto que tienen sus propias limitaciones y riesgos como también los tienen las encuestas. El pequeño número del total de participantes y su elección de estos viene a ser inapropiada para obtener datos cuantitativos. Más aun la calidad y la validez de los datos generados por el grupo focal son más dependientes de la personalidad y habilidad del moderador que en el caso de datos obtenidos por una encuesta

Sin embargo este método también posee varias ventajas entre ellas:

Una ventaja del método, es aquella que desde el momento que los comentarios de uno de los participantes puede estimular a otros a participar. Comentarios iniciales o revelaciones por aquellas personas más audaces hace que los demás participantes comiencen a hablar de una manera más franca.

Otra ventaja de los grupos focales es que proveen un completo entendimiento acerca de lo que son preguntas más restringidas, es decir la contestación no se limita a un si o a un no, va más allá.

Además que los datos que produce (al estar grabados y transcritos), retienen la complejidad de la discusión en un tópico intacto incluyendo la línea exacta de la pregunta.

Además los grupos focales pueden ser usados en coleccionar información cualitativa, después de que las encuestas hayan sido realizadas, con el objeto de corroborar los hallazgos o explorar de manera más profunda la relación sugerida por el análisis cuantitativo.

Los Grupos Focales también pueden ayudar a identificar y comprender el comportamiento y creencias que son necesarias conocerlas para poder realizar cambios de manera de poder implementar reformas, planes en salud de manera exitosa

Pero sus ventajas van más allá, debido a que sirve para recolectar datos cualitativos de manera más práctica, permite recolectar información de varias comunidades en el mismo estudio, también facilitan el análisis comparativo entre comunidades, ciudades e incluso países en el caso de un estudio internacional.

Sin embargo el valor más importante de los datos cualitativos es la contribución que ellos pueden hacer para tener un entendimiento total de los temas a ser estudiados, y esto debido a que el grupo focal permite contar con preguntas más elaboradas que con una típica encuesta, el grupo focal puede proveer más indicios a la investigación contribuyendo significativamente a la explicación. El tipo de explicación a la que contribuyen estos datos es con lineamientos intuitivos en contraste con los modelos estadísticos más rigurosos.

Respuestas de Grupos Focales

"De que sirve que haya doctores buenos, si las enfermeras y porteros nos hacen escapar". (Madre 28 años, 2 hijos)

"Siempre se evita para ir al médico, una va cuando ya se siente muy mal". (Madre 28 años, 2 hijos)

"A pie vamos la mayoría a los centros de salud, ya que en Viacha sólo hay una ambulancia y se la usa para los casos más graves"
(Madre 24 años, 3 hijos.)

"La atención en los centros es barata, porque sólo es Bs. 2.50 y luego las siguientes atenciones (2 más), son gratuitas"
(Madre, 31 años, 4 hijos)

"La gente pobre sabe que tienen que cancelar y a veces por la distancia no van y cuando es muy grave recién van, pero estos prefieren ir hacia abajo (es decir a La Paz), porque aquí el médico atiende días no más". (Madre 28 años, 2 hijos).

"Antes esperábamos la cola, cuando estaba lleno ya no te entregaban fichas y si no se alcanzaban las fichas, tenías que regresarte en la tarde o al día siguiente, ahora los llevo a la caja cuando se enferman".
(Madre, 48 años, 7 hijos)

"Cuesta lo mismo ir a otro lugar y yo fui porque me quedaba más cerca".
(Madre 21 años, 2 hijos)

"Doctor yo no soy de aquí, no tengo dinero. Si estas asegurada decía mi suegra tienen que darte, de cualquier manera me han sacado dinero"
(Madre, 41 años, 4 hijos)

"Cuando yo baje a La Paz para tener mi primer parto, pagué Bs. 50 ó Bs. 60 y tenía miedo, porque no sabía cuanto iba a pagar aquí"
(Ama de casa, 28 años, 2 hijos)

"Prefiero que me atienda el médico a la partera, porque me atendía bien, me bañaban, me daba medicamentos"
(Madre 21 años 2 hijos)

"He ido al centro de salud y me ha tratado un poco mal la doctora, me ha reñido, de ahí he ido a otro médico"
(Madre 40 años, 4 hijo)

"Mis hijos no se enferman de nada, solo resfrío y diarreas les da nada más. Por el frío o algo que les cayo mal".
(Madre 46 años, 5 hijos)

"Tenía miedo ir al médico prefería tener mi hijo en mi casa, pero cuando ya era más de nueve meses, mi mamá se ha preocupado y con ella he ido donde un médico".
(Madre 20 años, 1 hija)

"En la casa hay más comodidad, por eso prefiero tener mis hijos en mi casa, porque en la casa te cuidas más".
(Madre 35 años, 3 hijos)

"Es un centro con calefacción, los doctores son muy buenos, es cerca y hay bastantes medicamentos,".
(Varias de las entrevistadas)

"Daba miedo ir al Hospital Ferrocaja, antes era vacío parecía un cementerio, por eso yo prefería que me atiendan en mi casa".
(Madre 39 años, 5 hijos)

"Las parteras sólo saben frotar la barriga y nada más. Hay veces que hacen morir a la mujer y al niño. No hay caso de confiar. En cambio, el médico sabe, puede salvarnos. Coloca inyecciones y salva a la mujer; ha estudiado para eso, en cambio la partera no".
(Madre 29 años, 2 hijos)

Mi prenatal lo hice en el Centro de Salud Viacha, pero ahora ha mejorado mucho, tiene más medicamentos y se ha ampliado.
(Madre 24 años, 3 hijos)

Yo fui más o menos hace un año al Centro de Salud Viacha y me atendieron regular, ahora en este centro hay ginecólogo, hay más equipos y remedios, hay de todo antes sólo había médico general y era pequeñito, ahora hay de todo.
(Madre 48 años, 7 hijos)

Estoy feliz con las nuevas mejoras del Hospital Ferrocaja, porque hay médicos de emergencia, dicen que ya están operando ahí, tienen nuevo material, ya hacen cesáreas, el laboratorio ha mejorado, uno ya tiene donde acudir en caso de emergencias.
(Madre 21 años, 2 hijos)

"Prefería ir al hospital de La Paz, porque no había muy buenos comentarios de que la atención en el hospital ferroviario fuera muy buena"
(Madre 46 años, 5 hijos)

Mi prenatal lo hice en el Centro de Salud Viacha, pero ahora ha mejorado mucho, tiene más medicamentos y se ha ampliado.
(Madre 24 años, 3 hijos)

Yo fui más o menos hace un año al Centro de Salud Viacha y me atendieron regular, ahora en este centro hay ginecólogo, hay más equipos y remedios, hay de todo antes sólo había médico general y era pequeñito, ahora hay de todo. (Madre 48 años, 7 hijos)

ANEXO 1

Antecedentes Históricos de los Esfuerzos Descentralizadores en Salud

Los países de Latinoamérica y el Caribe en los últimos años reconocieron que una causa fundamental de la ineficiencia de los sistemas nacionales de salud radica en la excesiva centralización.

Los esfuerzos descentralizadores del sector salud en Bolivia fueron muy débiles por lo que ni uno pudo concretarse. Algunos ejemplos se describen a continuación:

En 1980 un proyecto de prestación de servicios de salud en el área rural financiado por USAID definió un esquema regionalizado, pero fue interrumpido.

En 1983 se organizó el Plan Integral de Actividades en áreas de Salud (PIAAS), basado en la estrategia de atención primaria y orientado a la regionalización. Surgieron así las áreas de salud como unidades mínimas de servicios territoriales para atender a poblaciones definidas.⁵³

En 1986 se trabajó en el proyecto de Desarrollo de los servicios de salud donde se propone un plan para desarrollar los servicios de salud descentralizados.

En 1987 se elaboraron las bases políticas y jurídicas de los distritos de salud, los mismos que se orientaron a la búsqueda de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) propugnados por la OMS/OPS.

El sistema Local de salud fue lo que predominó en los últimos años. La descentralización hizo posible las existencias de los (SILOS).⁵⁴

1989 a 1993 las acciones en salud estuvieron encaminadas hacia un Sistema de Salud Integrado y Descentralizado.

1994 a 1996 con la ley de Descentralización Administrativa y la ley de Participación Popular es que se establece una descentralización municipal en salud.

Tasa de mortalidad infantil de menores de cinco años: Es la probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de cinco años expresada por mil nacidos vivos.

Tasa de mortalidad infantil: Es la probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de un año, expresada por mil nacidos vivos.

Esperanza de vida al nacer: Entendida como el promedio de años de vida de un recién nacido según la probabilidad de muerte prevaleciente en el momento del nacimiento.

Tasa de mortalidad materna: Número de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por 100000 nacidos vivos.

⁵³ Dabdoud, Carlos. (1993) Hacia un Sistema de Salud Integrado y Descentralizado. La Paz, ILDIS

⁵⁴ Un ejemplo sería la existencia de un hospital cabeza y una red asistencial, es decir, hospitales de menor complejidad, centros de salud, etc.

ANEXO 2

**Tasa de mortalidad por IRAs y general por mil habitantes en niños menores de cinco años de Viacha.
Años 1986-1990**

Años	Población	IRAs	Tasa	Número de otras causas	Total	Tasa
1986	1736	25	14.4	57	82	47.2
1987	1819	21	11.5	66	87	47.8
1988	1905	19	9.9	30	75	39.4
1989	1994	21	10.5	33	54	27.1
1990	2088	26	12.4	49	75	35.9

Fuente: Estudio del perfil de salud de Viacha. UMSA. MPSSP. OMS/OPS y UNICEF. 1993. P g.49.

**Tasas de mortalidad por EDAs y Deshidratación por mil habitantes en niños menores de cinco años de Viacha.
Años 1986-1990.**

Años	Población	EDAs	Tasa	Deshidrata- ción	Tasa	Total	Tasa
1986	1736	18	10.4	5	2.9	23	13.2
1987	1819	14	7.7	4	2.2	18	9.9
1988	1905	19	10.0	7	3.7	26	13.6
1989	1994	9	4.5	3	1.5	12	6.0
1990	2088	19	9.1	2	1.0	21	10.1

Fuente: Estudio del perfil de salud de Viacha. UMSA. MPSSP. OMS/OPS y UNICEF. 1993. P g.46.

**Número de muertes producidas por IRAs en la población infantil de Viacha según edad de fallecimiento.
Años 1986-1990**

Edad	1986	1987	1988	1989	1990	Promedio por mes
< a 7 días	3	0	1	1	1	
7-31 días	4	7	7	4	3	6.20
1-11 meses	14	10	7	11	17	1.07
1-4 años	4	4	4	5	5	0.09
Totales	25	21	19	21	26	0.37

Fuente: Estudio del perfil de salud de Viacha. UMSA. MPSSP. OMS/OPS y UNICEF. 1993. P g.49.

**Número de muertes producidas por EDAs en la población infantil de Viacha años según edad de fallecimiento.
Años 1986-1990.**

Edad	1986	1987	1988	1989	1990	Promedio por mes
< a 7 días	2	1	1	0	0	
7-31 días	4	1	1	1	2	2.60
1-11 meses	9	8	10	5	12	0.80
1-4 años	8	8	14	6	7	0.18
Totales	23	18	26	12	21	0.33

Fuente: Estudio del perfil de salud de Viacha. UMSA. MPSSP. OMS/OPS y UNICEF. 1993. P g.47.