PN-ABZ-749

92596

LATIN AMERICA AND CARIBBEAN HEALTH AND NUTRITION SUSTAINABILITY:

Technical Support for Policy, Financing and Management

1129 20th Street, NW
Suite 801
Washington, DC 20036
(202) 466-3318
FAX (202) 466-3328

ESTUDIO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

John Holley, M.B.A., M.S.P.H.

Agosto de 1995

This contract is implemented by:

International Science and Technology Institute, Inc. (ISTI)

Community Systems Foundation (CSF)

Development Group, Inc. (DGI)

University Research Corporation (URC)

URC is the prime contractor under Contract No. LAC-0657-C-00-0051-00 with the U.S. Agency for International Development.

A

PN-ABZ-749

ESTUDIO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

John Holley, M.B.A., M.S.P.H.

Agosto de 1995

B

PN-ABZ-749

ESTUDIO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

TERRITORIO DE CAPINOTA, BOLIVIA

INFORME FINAL

Agosto de 1995

John Holley, M.B.A., M.S.P.H.

Preparado para el Territorio de Capinota, Bolivia, la Secretaría Nacional de Salud de Bolivia, y USAID/Bolivia por el contrato no. LAC-0657-C-00-0051-00 Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe
University Research Corporation/International Science and Technology Institute
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814

ESTUDIO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

TERRITORIO DE CAPINOTA

CONTENIDO

Resumen ejecutivo i

I. Introducción 1

A. Objetivos 2

B. Metodología de este estudio 3

C. El equipo 4

II. El contexto 9

A. Características físicogeográficas 9

B. Aspectos demográficos 15

C. Aspectos culturales y sociales 18

D. Aspectos económicos 19

E. Situación de salud 25

F. Estructura de los servicios de salud 31

G. Satisfacción de la población 31

H. Infraestructura administrativa 31

III. El funcionamiento de los servicios de salud en función de la Ley de Participación Popular 33

A. Estructura administrativa de los servicios de salud 34

1)

B. Finanzas 41

C. Expansión de los servicios 54

1. Servicios de atención primaria 54
2. Servicios hospitalarios 55

D. Personal de salud 61

E. Planificación 68

F. Supervisión 69

G. Sistemas de apoyo 70

1. Sistema de información 70
2. Sistema logístico 72

H. Fondo rotativo de medicamentos 74

IV. Taller de Concertación Interinstitucional 75

Anexos

I. Personas entrevistados
II. Retrato financiero del Territorio
III. Personal del Territorio
IV. Guía preliminar - Estadísticas vitales
V. Participantes del Taller de Concertación Interinstitucional
VI. Estimación de Medicamentos para Capinota
VII. Protocolo para estimar los recursos operativos
VIII. Protocolo para investigación de personal
IX. Protocolo para estimación de medicamentos
X. Protocolo para evaluación de inversiones
XI. Bibliografía

RESUMEN EJECUTIVO

Históricamente, la gran mayoría de los servicios de salud, o sea, el sector público, ha sido la responsabilidad de la Secretaría Nacional de Salud (SNS). Con la Ley de Participación (LPP), la responsabilidad se comparte directamente con las municipalidades y la población mediante las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), pero todavía no existe una definición precisa de cuáles son las funciones asignadas a cada participante en el sistema. A la vez, los servicios existentes son deficientes en términos de cobertura y calidad. Entonces, la estructura de transición implica también el desafío de ampliar y mejorar los servicios.

Para facilitar este proceso en el Territorio de Capinota como modelo, USAID contrató al Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (LAC HNS) para que se encargara de este estudio. Se formó un equipo multidisciplinario e interinstitucional y se comenzó el trabajo en agosto de 1994.

El objetivo principal del estudio era llevar a cabo un análisis global del Territorio de Capinota, a fin de identificar los puntos clave con respecto a la organización y gestión de los servicios de salud, tomando en cuenta la Ley de Participación Popular. Además, se pretendió utilizar al Territorio de Capinota como un modelo para guiar a otras municipalidades que se encuentren en la misma situación.

Este mismo estudio contribuyó al desarrollo de un modelo institucional por grupos que trabajan con la Secretaría Nacional de Salud. Posteriormente, el modelo que se elaboró fue aplicado en la práctica al Territorio de Capinota y comenzó el proceso de ejecución. Se decidió que el punto de partida debería ser la creación de Directorios de Salud a nivel de UBAGES (Unidad Básica de Gestión de Salud) y Territorio. Así, los protagonistas más importantes pueden considerar los otros puntos en el desarrollo del sistema.

Se hizo un 'retrato' de los recursos operativos que entran al Territorio. Fue interesante observar que solo ascendían al equivalente de Bs.16,72 por habitante, mientras que se recomienda por lo menos el doble. De los recursos para el funcionamiento de los servicios, el Gobierno Central aportaba sólo un 34%, o sea, Bs.5,72 per cápita. Esto llama la atención puesto que al nivel nacional, el presupuesto de la Secretaría de Salud equivale a alrededor de Bs.47 per cápita.

Los otros recursos de funcionamiento representan una combinación de varias fuentes, particularmente de Proyectos internacionales y ONG. Los ingresos locales representaban solo un 3% con poca esperanza de aumentar excepto en el caso de medicamentos. Sospechamos que esta distribución de recursos es típica, y demuestra claramente la necesidad de formar sistemas integrados para aprovechar los recursos, objetivos y limitaciones de todos los participantes.

Se estima que los servicios de salud en Capinota sirven solamente a un 10% de la población. Entonces, uno de los desafíos es aumentar la demanda. La falta de infraestructura contribuye

a la poca demanda al reducir la accesibilidad. También otro obstáculo importante es el mismo personal, particularmente el personal médico. Con la excepción del Jefe Territorial, todos los médicos de la SRS están en su año de servicio social, y apenas comiencen a atender bien a la población y ser aceptados por ellos, son reemplazados por otros. En el mediano plazo, la SRS tendrá que permitir que queden por más tiempo si desean aumentar la demanda y la calidad de la atención.

Los fondos de coparticipación pueden utilizarse principalmente para 'inversiones', lo que estimula el desarrollo de infraestructura. Debido a esa limitación, Capinota como muchos otros Territorios, contempla la construcción de varios nuevos Puestos de Salud; y la expansión de su hospital territorial. Esta expansión se justifica en términos de cobertura y calidad de servicios, pero no está claro de dónde provendrán los recursos para su funcionamiento. Por eso, se debería considerar cuidadosamente la factibilidad de cualquiera expansión, y buscar las alternativas más factibles y rentables. Esta observación corresponde particularmente a la construcción de hospitales mientras gran parte de la población queda sin los servicios básicos de atención primaria, y los problemas más críticos están relacionados con las madres y los niños como en el caso de Capinota.

Aunque la Ley de Participación solo permite que un 10% de los fondos de coparticipación se utilicen para gastos operacionales, la interpretación parece ser flexible. Se consideran los gastos de mantenimiento, capacitación y también los fondos rotativos de medicamentos como 'inversiones'.

Esto último podría ser importante puesto que una de la deficiencia más críticas ha sido la falta de medicamentos. PROSANA acaba de donar fondos para establecer fondos rotativos de medicamentos en el hospital y algunos Puestos de Salud, y se demostró que existe una gran demanda y capacidad de pagar. Si por medio de la SRS y otras organizaciones se consigue el personal necesario, y por medio de fondos rotativos de medicamentos se cubre el otro recurso de funcionamiento importante, faltan relativamente pocos recursos para completar las necesidades.

Hay muchos otros detalles, pero el mensaje clave es que todos los protagonistas en el campo de salud tendrán que trabajar conjuntamente mediante los Directorios si esperan mejorar la cobertura y la calidad de servicios. Se comenzó este proceso por medio de un Taller de Concertación Interinstitucional en Cochabamba el 16 y 17 de marzo.

Vale mencionar que se incluyen en este estudio los protocolos para llevar a cabo estudios similares en otros lados.

G

ESTUDIO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

TERRITORIO DE CAPINOTA

I. INTRODUCCIÓN

Históricamente, la gran mayoría de los servicios de salud, o sea, el sector público, ha sido la responsabilidad de la Secretaría Nacional de Salud (SNS). Con la Ley de Participación (LPP), la responsabilidad se comparte con las municipalidades y la población directamente mediante las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), pero todavía no existe una definición precisa de cuales son las funciones asignadas a cada participante en el sistema. Las municipalidades no necesariamente están preparadas técnica ni administrativamente para aceptar la responsabilidad total de la gestión de los servicios. Ni se espera eso: por lo menos durante un período de transición, el personal y la capacidad técnica sigue siendo el dominio de la SNS.

Los servicios de salud tienen que competir por los recursos escasos con los otros servicios sociales. Además, ciertas restricciones inherentes de la misma LPP crean competencia entre la creación de la infraestructura física y el funcionamiento de los servicios. Así, las municipalidades están obligadas a utilizar sus recursos en la manera más rentable posible mientras podría ser políticamente más conveniente actuar de otra forma.

Los servicios existentes son deficientes en términos de cobertura a la población y calidad de los servicios. Existen poblaciones geográfica y culturalmente no atendidas. Y existen deficiencias en el alcance y la calidad de los servicios ofrecidos.

El escenario se complica aún más: la ejecución de la LPP implica un incremento de autoridad local, y con ello, la necesidad de reconocer y coordinar aún más los otros actores en el campo de salud: el sector privado de salud, empresarios, gremios, ONG, las ITB, la Iglesia Católica, etc. Hasta ahora, cada uno participaba independientemente de los otros. Esto no puede continuar.

Entonces, el desafío es crear sistemas locales de salud que respondan aún mejor que lo actual a las necesidades de la población; hacerlo en una manera rentable y equilibrada en términos de expansión de la infraestructura y el funcionamiento, y dentro del contexto total de la municipalidad; y hacerlo armónicamente entre todos los protagonistas, cada uno contribuyendo lo que pueda para que el sistema funcione en una manera completamente integrada.

Entonces, fue en este contexto que la USAID ofreció financiar una investigación sobre la municipalización de los servicios de salud. Contrató al Proyecto de Sostenibilidad en Salud y

Nutrición para América Latina y el Caribe (LAC HNS) para que se encargara del estudio. En coordinación con el Dr. Rolando Aguirre de la Secretaría Nacional de Salud, el Dr. Alvaro Muñoz del Proyecto CCH y el Arq. Rafael Indaburu de USAID, se escogió al Territorio de Capinota como el lugar del estudio. Se formó un equipo multidisciplinario e interinstitucional y se comenzó el trabajo en agosto de 1994.

Los objetivos del estudio

El objetivo principal del estudio era llevar a cabo un análisis global del Territorio de Capinota, a fin de identificar los puntos clave con respecto a la organización y la gestión de los servicios de salud, tomando en cuenta la Ley de Participación Popular. A los puntos clave, se pretende ofrecer alternativas y recomendaciones para administrar los servicios dentro del contexto nuevo, incluyendo el mejoramiento de los mismos servicios.

El propósito del estudio no era simplemente ofrecer a una municipalidad una cantidad de asistencia técnica, sino utilizar esa municipalidad como un estudio de caso. Pretendemos utilizar a la municipalidad de Capinota como un modelo para ayudar a guiar a muchas otras municipalidades en su búsqueda de soluciones dentro de un contexto similar. En este sentido, esperamos que muchas de las observaciones y soluciones que emanan del estudio se puedan aplicar en otras municipalidades; y aún más, presentar una metodología e instrumentos de investigación que otras municipalidades puedan utilizar para seguir con su propia reorganización.

Reconocemos que será imposible solucionar todos los problemas de salud en Capinota en forma inmediata, entonces nos enfocamos en los aspectos que consideramos más críticos en el corto y mediano plazo. Tampoco será posible llegar a una definición definitiva respecto a la Ley de Participación Popular ni a los papeles de cada participante. No obstante, intentamos avanzar la causa en estos respectos.

En el curso del estudio, decidimos limitar el enfoque en algunos sentidos para que quedara manejable. Esas limitaciones incluyen lo siguiente:

1. Aceptar como punto de partida las políticas nacionales ya definidas. Esto significa, por ejemplo, no tratar de recomendar cambios en las leyes, sino operacionalizar las mismas.

2. Enfocarse exclusivamente en los servicios curativos y preventivos de salud. Esto significa hacer caso omiso a los problemas de agua y saneamiento, los programas de zooinosis, los mataderos, etc. aunque estén relacionados.

3. Presentar un análisis global, dejando la ejecución de detalles a etapas posteriores. En este sentido, si se logra establecer una estructura administrativa, los directorios podrían considerar los puntos clave en términos del desarrollo del sistema.

Vale mencionar que otro estudio similar está programado, también con financiamiento de la USAID. Organizado por Iniciativas con asesoría técnica de LAC HNS, aprovechará la metodología desarrollada en el presente estudio. Se enfocará en otra municipalidad que podría servir como modelo.

Es importante señalar que debido a la rapidez de los cambios en los sistemas nacionales tanto como los locales, los datos y la situación existente en los primeros días del estudio han sido modificados con el transcurso del tiempo. Un proceso de cambio tan complejo como éste no se detiene para esperar la publicación de un estudio. Por eso, existen cambios en la realidad que no están reconocidos en este estudio.

Por qué se escogió a Capinota

Es lógico preguntarse por qué se escogió a Capinota como el primer ejemplo. Las razones son múltiples:

1. Es una municipalidad fundamentalmente rural y más o menos 'típica': demuestra varias de las características positivas y negativas de muchas otras municipalidades. Su tamaño también es representativo, y en términos del Territorio, está vinculado con tres o cuatro otras municipalidades pequeñas, otro desafío común para la descentralización de los servicios de salud.[1]

2. Existe la posibilidad de apoyo posterior para desarrollar los detalles por medio del proyecto CCH, y su apoyo para realizar la investigación fue clave.

3. También, estábamos impresionados por el hecho de que el desarrollo a largo plazo tendrá el apoyo de un buen Jefe de Distrito por parte de la Secretaría.[2]

4. El Alcalde de Capinota y el Consejo Municipal expresaron mucho interés positivo en la actividad.

5. Y finalmente, vale mencionar que la agencia que aporta la mayoría de los fondos para esta actividad es la USAID, la misma agencia que financia el CCH, y así apoya los dos proyectos simultáneamente.

---

[1] Es importante señalar que la provincia de Santievañez no está incluida en el estudio debido a su falta de vinculaciones históricas con Capinota.

[2] El Dr. José Antonio Hinojosa quien se retiró en marzo de 1995.

El equipo de investigación

Para poder llevar a cabo una investigación de tantos componentes en un campo donde muchas organizaciones se interesan, se requería un equipo no solo multidisciplinario y altamente calificado, sino también con representación de varias organizaciones. Durante el estudio, muchas personas participaron y contribuyeron al esfuerzo. El núcleo del equipo era:

Proyecto LAC HNS:

John Holley, Experto en Gerencia y Finanzas, Jefe del Equipo
Margarita Binns, Experta en Administración
Dr. Thomas Bossert, Experto en Descentralización
Lic. José Martínez, Asesor en Finanzas
Dr. Steven Gouné, Asesor en Finanzas
Srta. Patricia Soria, Secretaria

Iniciativas:

Dr. Rolando Morales, Experto en Finanzas
Dra. Marilyn Aparicio, Experta Sistemas de Salud
Dr. Hugo Loaiza, Director de Iniciativas

Proyecto de Salud Infantil y Comunitaria (CCH):

Dra. Silvia Zapata, Coordinadora del Distrito Capinota
Dr. Hernán Bermúdez, Coordinador del Distrito de Capinota
Enf. Piedad Villegas, Educadora del Distrito de Capinota

Secretaría de Salud:

Dr. Emilio Pardo de la División de Organización de Servicios y Medicamentos Esenciales
Dr. José Antonio Hinojosa, el Jefe del Distrito de Capinota

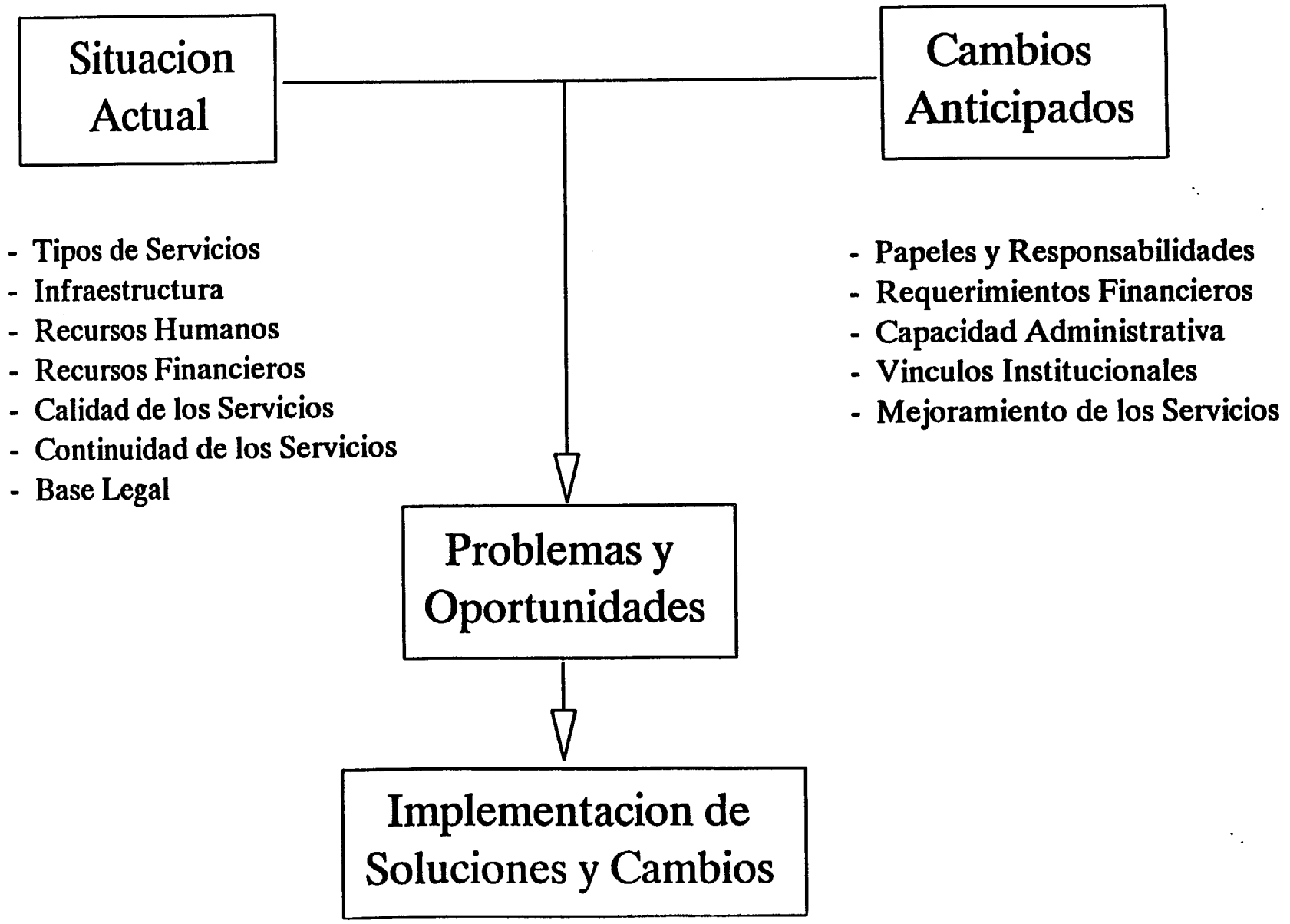
Oficina Panamericana de Salud (OPS):

Dr. Rigoberto Centeno, Experto en Descentralización de Servicios de Salud

Así, se incorporaron personas expertas en áreas específicas, personas que conocían bien al Distrito y representantes de varias de las organizaciones involucradas en la prestación de los servicios de salud en Capinota.

Figura 1:

El Proceso de Desarrollo de los Servicios de Salud Municipales



Fue apoyado ampliamente por el Dr. Hugo Loaiza de Iniciativas y por varios miembros de CCH/Cochabamba en términos de secretaría y logística.

A pesar de ser bastante grande, formado por varias organizaciones, descubrimos que el equipo se complementó muy bien y que funcionó bastante bien como equipo.

Metodología del estudio

Los términos de referencia para el estudio fueron analizados con autoridades de la USAID y la SNS. Después, en julio de 1994, el encargado del estudio se reunió con el Alcalde y los miembros de la Junta Directiva, el Jefe del Distrito (SNS) y la supervisora del Distrito del CCH. Las autoridades de la Municipalidad confirmaron su interés por el estudio.

La *Figura 1* describe en términos generales el proceso que quisiéramos iniciar. El proceso comienza con la identificación de los parámetros y las características del sistema actual; y anticipa los cambios implícitos en la ejecución de la Ley de Participación Popular. Dentro de este contexto, identificamos problemas, factores limitantes y oportunidades. Este estudio no pretende completar esa etapa, sino darle bastante ímpetu. Finalmente, por medio de la ejecución de la estructura administrativa en el Territorio, se pueden solucionar problemas y poner en práctica cambios para beneficiar a la población.

Tomando en cuenta este proceso de desarrollo, la estructura del estudio se parece al proceso descrito en la *Figura 2*. Tratamos de describir la situación actual en todos sus aspectos, y así llegar a la conceptualización de modelos para guiar el desarrollo de cada componente. La comparación del modelo con lo existente, facilitará la determinación de los pasos requeridos para reorganizar y mejorar el sistema de salud.

El siguiente paso fue que Jefe del Distrito y la Supervisora del CCH, y el encargado del estudio identificaron una serie de temas importantes que afectan el desarrollo y la prestación de los servicios de salud en el Distrito. Sobre la base de aquellos temas, se organizó el estudio en componentes.

El equipo completo se reunió en las oficinas de CCH/Cochabamba en septiembre de 1994 para discutir el alcance del estudio y la división del trabajo, desarrollar los protocolos necesarios, comenzar la recolección de los datos y comenzar el análisis de la situación en Capinota. Durante una semana, el equipo visitó la municipalidad, entrevistó varias personas involucradas y se analizaron muchos de los asuntos conjuntamente para llegar a conclusiones como equipo.

La siguiente semana, varios miembros del equipo se quedaron en Cochabamba y Capinota para continuar el desarrollo del estudio. Durante esa semana, visitaron todas las municipalidades del distrito, y hablaron con la mayoría de las personas involucradas en la prestación y gestión de los servicios de salud.

Figura 2:

Investigaciones para el Desarrollo de Sistemas Municipales de Salud*

ACTUAL

Cuales son los probemas principales de salud?
Que tal la cobertura?
Que infraestructura existente?
Que personal existe? Cuales capacidades tienen? Donde trabajan?
Que mejoramientos en los sistemas gerenciales y administrativas se requieren para que los servicios funcionen mas efectiva , eficaz, y equitativamente?
Que requieren los servicios actuales de salud para que funcionen como sistema integral de salud?

MODELO

-Aspectos Legales
-Aspectos Institucionales
-Sistemas Gerenciales
  Supervision
  Informacion
  Personal
  Logistica
  Mantenimiento
-Manejo Financiero
  Contabilidad
  Control Financiero
  Compras/Lictaciones
  Ingresos Propios
-Manejo de Medicamentos
-Sistema de Referencia
  Interna/Externa
-Servicios Auxiliares
  Laboratorio y Rayos X
-Vinculos con Otros
  Municipalidad
  Comunidad
  SNS, SRS, y Distritos
  Agencias Donantes, ONG's
  Sector Privado y Otros

REQUERIDO

Que requiere el sistema para poder llegar al modelo?
-Base Legal
-Organizacion
-Normas y Procedimientos
-Sistemas Gerenciales y Administrativos
-Recursos
  Presupuesto
  Recursos Humanos
  Vehiculos
  Sistemas de Computacion
  Equipos y Materiales
-Sistemas Financieros
-Servicios Nuevos
-Capacitacion
  Gerencial/Administrativa
  Informatica
  Mantenimiento
-Oficina/Muebles

* Incluye el Hospital Distrital, y los Centros y Puestos de Salud.

Posteriormente, cada persona se encargó de desarrollar ciertos aspectos del estudio. Se presentaron borradores de cada componente, y se planificó un taller para diciembre con las autoridades de la municipalidad de Capinota y otras personas involucradas. El taller fue postergado hasta marzo de 1995, lo que permitió perfeccionar y ampliar los componentes.

Mientras tanto, varios miembros del equipo visitaron Capinota, Cochabamba y La Paz, recogiendo información, aclarando puntos de vista y políticas y perfeccionando las ideas presentadas. En el proceso, hablamos con la mayoría de los protagonistas con interés en el desarrollo de los servicios de salud como modelo en Bolivia. Parece que la misma investigación contribuyó al desarrollo de algunos de los modelos adaptados por la SNS. Una lista parcial de personas contactadas se encuentra en el Anexo 1.

En marzo, se reunieron todos los representantes más importantes del sector salud de Capinota, incluyendo el Subsecretario de la SNS, para analizar la Ley de Participación y sus implicaciones; el desarrollo de los servicios en el Territorio; y la formación de vínculos formales para manejar los servicios en el futuro. Los resultados de este taller se analizan con más detalle en la sección V.

II. EL CONTEXTO[1]

A. Características físicogeográficas

El Distrito de Desarrollo Rural del Valle Bajo se encuentra ubicado al Sudoeste del departamento de Cochabamba y abarca una superficie aproximada de 3.500 Km^2., que representa el 4,7% del territorio departamental. Fisiográficamente, pertenece a un paisaje montañoso con serranías paralelas y elongadas, formando planicies y lomeríos con reducidos y angostos valles.

Políticamente, el Territorio está conformado por parte de las provincias de Capinota y Arque.

Recursos naturales

Características hídricas

Hidrográficamente, el Distrito forma parte del sistema de Cuencas del Río Caine Grande, el mismo que conforma las Cuencas Rocha, Maylancu, Tapacarí, Arque y el Caine; siendo sus ríos afluentes más importantes el Rocha, Maylancu, Viloma, Tapacarí, Arque, Sopo, Huanca Mayu, Taracachi, Sayari y el Caine.

En su mayoría los ríos son de curso intermitente, sin embargo, arrastran grandes volúmenes de sedimentos en suspensión poniendo en peligro centros poblados y tierras de cultivo ubicados en las riberas de los ríos; por otra parte, principalmente el río Arque arrastra residuos de minerales que contaminan tierras de cultivo.

Los ríos hacen casi imposible el acceso a muchas comunidades desde Capinota durante 3 a 4 meses por año.

Suelos

Los suelos en el Distrito del Valle Alto se caracterizan por ser pedregosos, de poca profundidad y textura media a pesada en las colinas y altas mesetas onduladas, en sus zonas de valles angostos hay exceso de aluvión y coluvión arcilloso. Dadas sus características topográficas de pendientes fuertes, escasa, cobertura vegetal, drenaje desfavorable y mal manejo de suelos y tierras agrícolas, estos suelos están siendo sometidos a un fuerte proceso de deterioro y erosión, con efectos de carácter irreversible.

Vegetación

La cobertura vegetal del Distrito se agrupa en dos formaciones diferentes, una de valles y otra

---

[1]Las secciones II A-D fueron escritas por el Dr. José Antonio Hinojosa y la Dra. Silvia Zapata.

DISTRITO VII CAPINOTA
SECRETARIA REGIONAL COCHABAMBA

PROV.QUILLACOLLO

PROVINCIA TAPACARI

DEPTO.ORURO

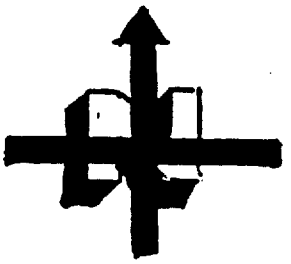
PROV.E.AR

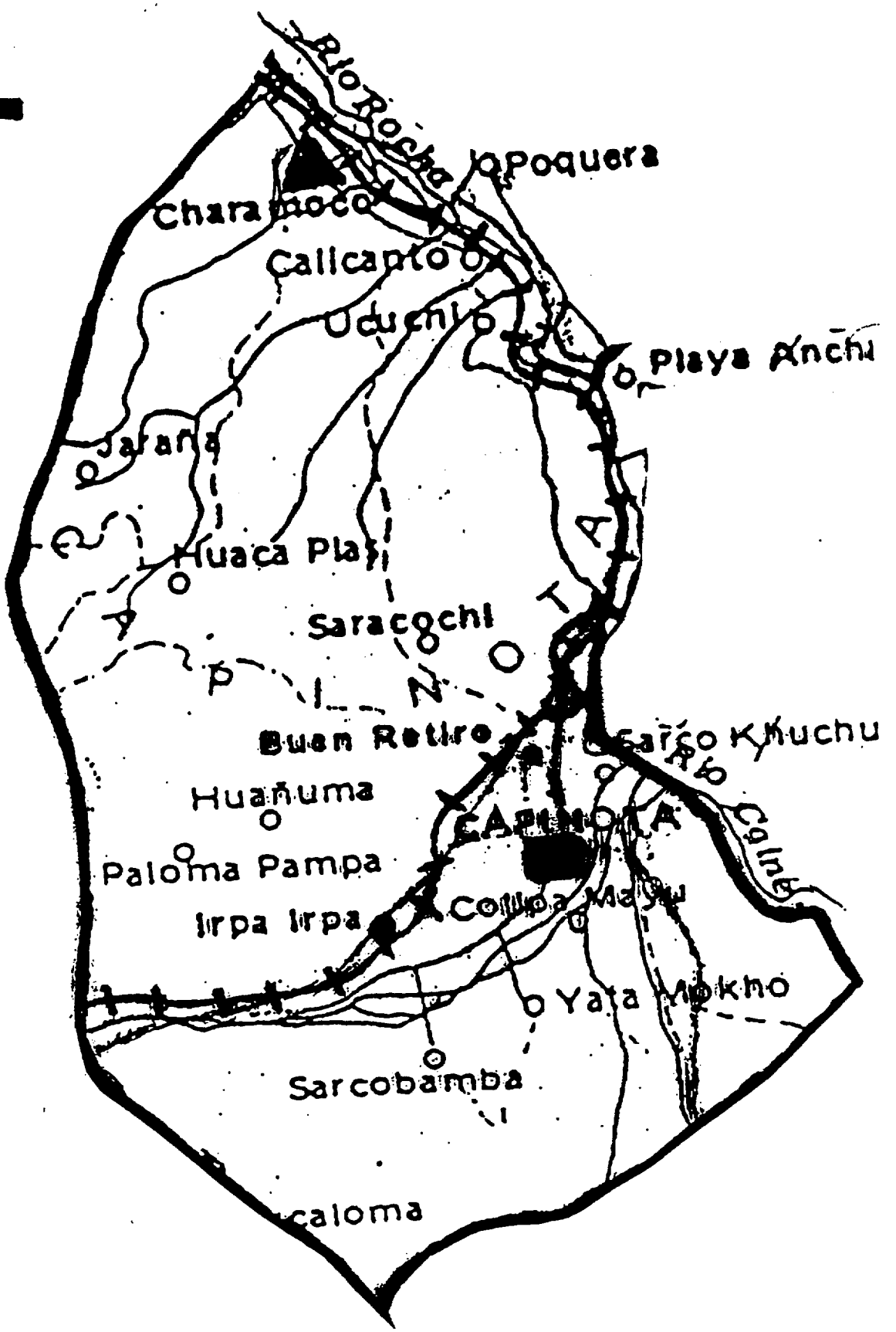
DEPTO.POTOSI

PROVINCIA BOLIVAR

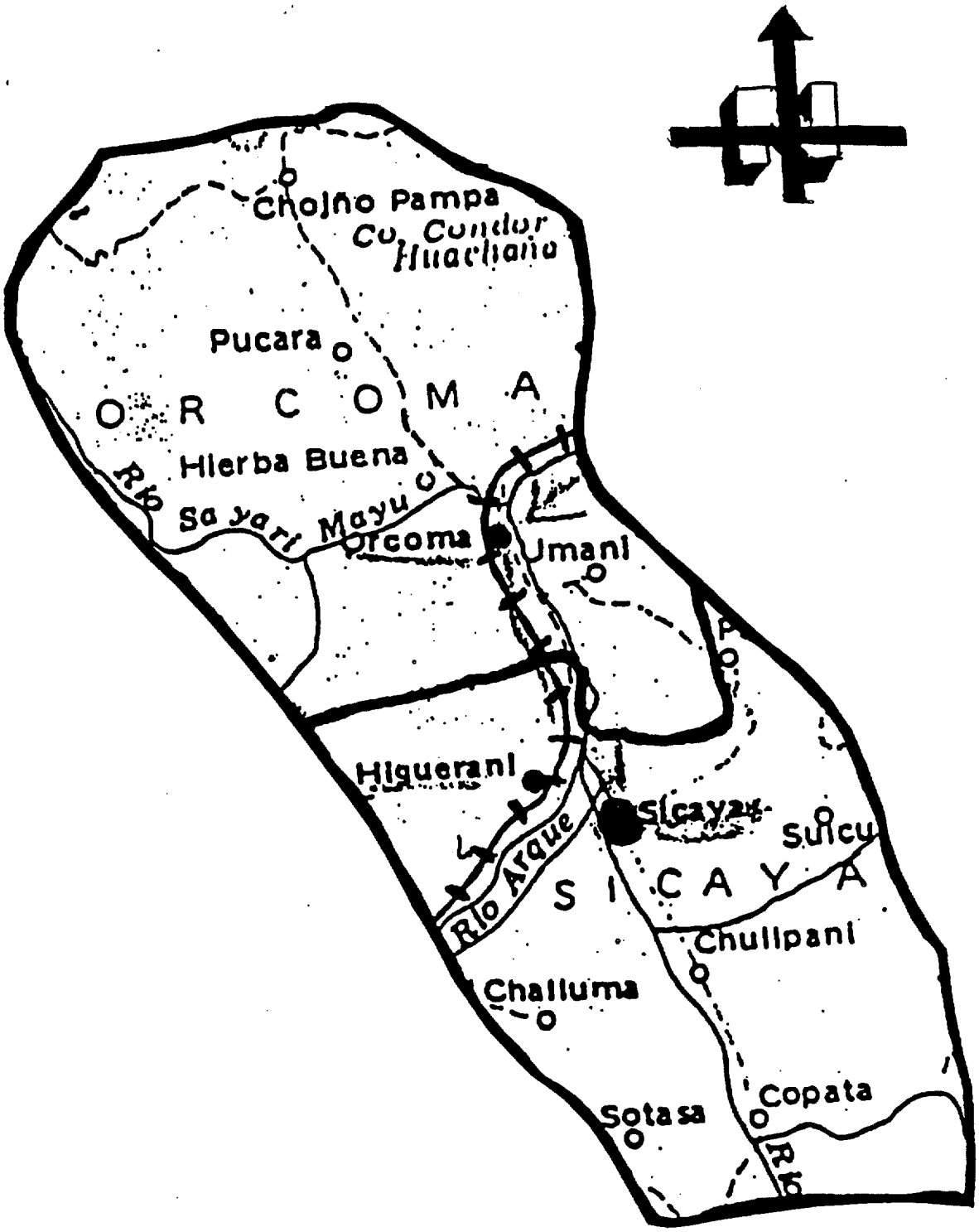
DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA

AREA CAPINOTA

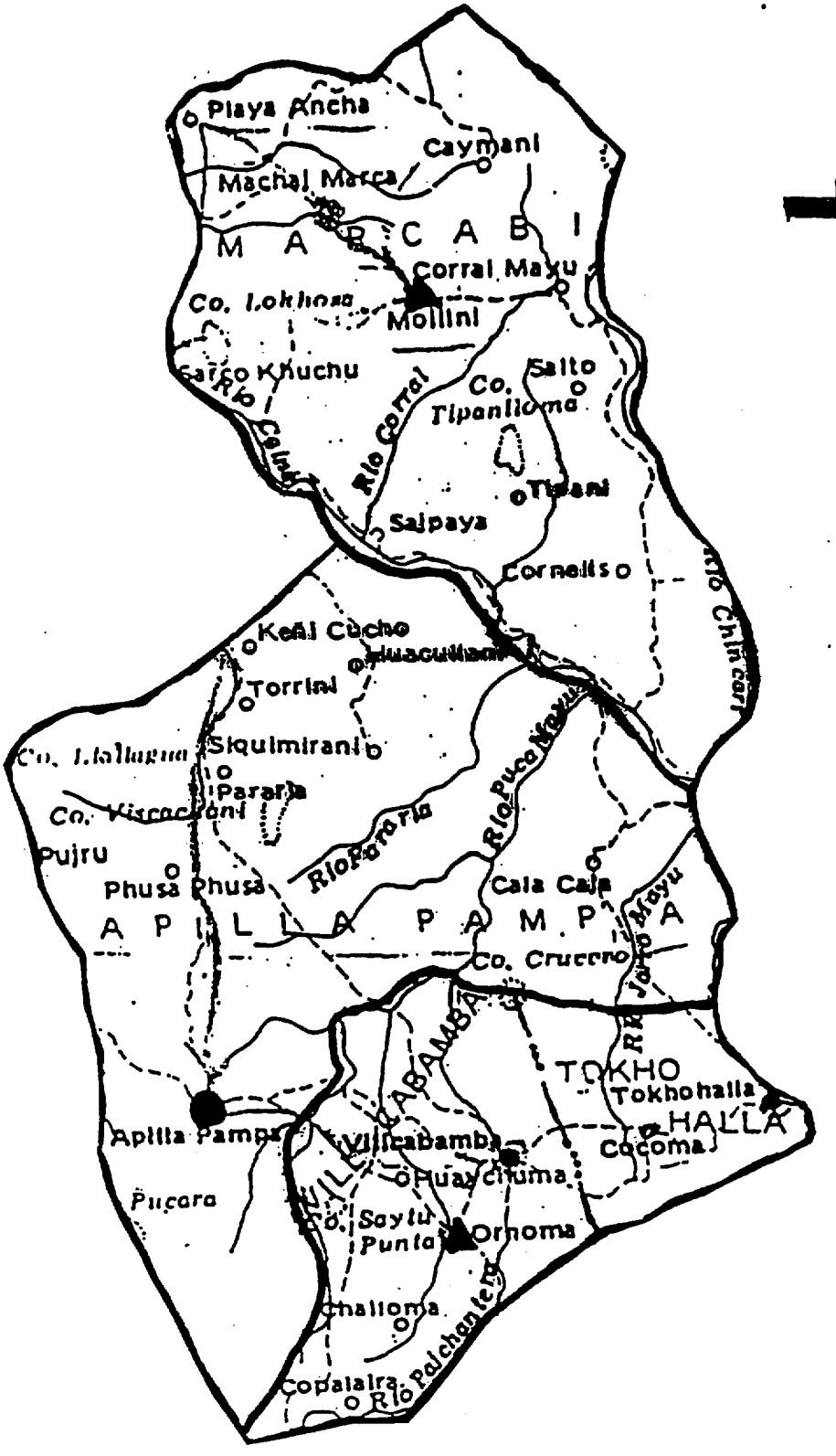




AREA SICAYA


Cholno Pampa
Co Condor
Huachana
Pucara
O R C O M A
Hierba Buena
Rio
Sayari Mayu
Orcoma
Umani
Higuerani
Sicaya
Sulcu
Rio Arque
S I C A Y A
Chullpani
Challuma
Copata
Sotasa
Rio

AREA APILLAPAMPA



de punas, la primera se caracteriza por presentar una cobertura vegetal donde predomina la vegetación arbustiva de tipo montañoso foliado y bosques de eucaliptos, molles, sauces en agrupaciones aisladas pero frondosas. En las punas la cobertura vegetal arbustiva es xorofítica de tipo montañoso bajo, con áreas de pastoreo naturales constituidas principalmente por paja brava y matorrales foliados.

B. Aspectos demográficos

De acuerdo con los datos preliminares del Censo de población y vivienda de 1992, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas, en el Distrito de Desarrollo de Valle Bajo se tiene una población aproximada de 43.000 habitantes, con una densidad demográfica de 26,54 habs./Km^2.

El Distrito presenta una tasa de crecimiento intercensal de 1,6%., la que resulta ser menor a la tasa de crecimiento departamental.

Considerando los parámetros adoptados por el INE, el centro poblado Capinota con 3.387 habitantes se constituye en el único centro urbano del Distrito y representa el 4,32% de la población total del mismo. En general, la distribución especial de la población se caracteriza por ser excesivamente dispersa y carente de núcleos poblados importantes, determinando que la mayor parte de la población tenga dificultades de acceso a los servicios básicos como salud, educación, asistencia técnica, crediticia, etc.

En el Territorio los centros poblados están ubicados en función a la estructura fisiográfica y a la infraestructura vial, es así que los principales núcleos poblacionales se encuentran asentados en la zona de los valles, debido a las limitaciones climatológicas, de suelo y topográficas que caracterizan la zona de puna.

Poblaciones que años atrás tuvieron gran importancia dentro del comercio entre valles y altiplano se encuentran actualmente en peligro de desaparición por el efecto devastador de las torrenteras.

En cuanto a la estructura poblacional por sexo se observa el predominio del sexo femenino en el Distrito, alcanzando las mujeres el 51,09% del total poblacional y sólo el 48,91% el sexo masculino.

En relación al empleo de mano de obra se tiene una alta tasa de subempleo estacional, la misma que es aún más alta en la zona de Puna, generando migraciones estacionales a la ciudad y otras provincias del departamento.

La *Gráfica 1* demuestra la distribución poblacional por grupos etáreos. Así, se puede apreciar que alrededor de un 44% de la población del Territorio tiene menos de 15 años de edad.

CUADRO No. 1

POBLACIÓN DEL DISTRITO DE DESARROLLO
DEL VALLE BAJO POR CANTONES
(Año 1992)

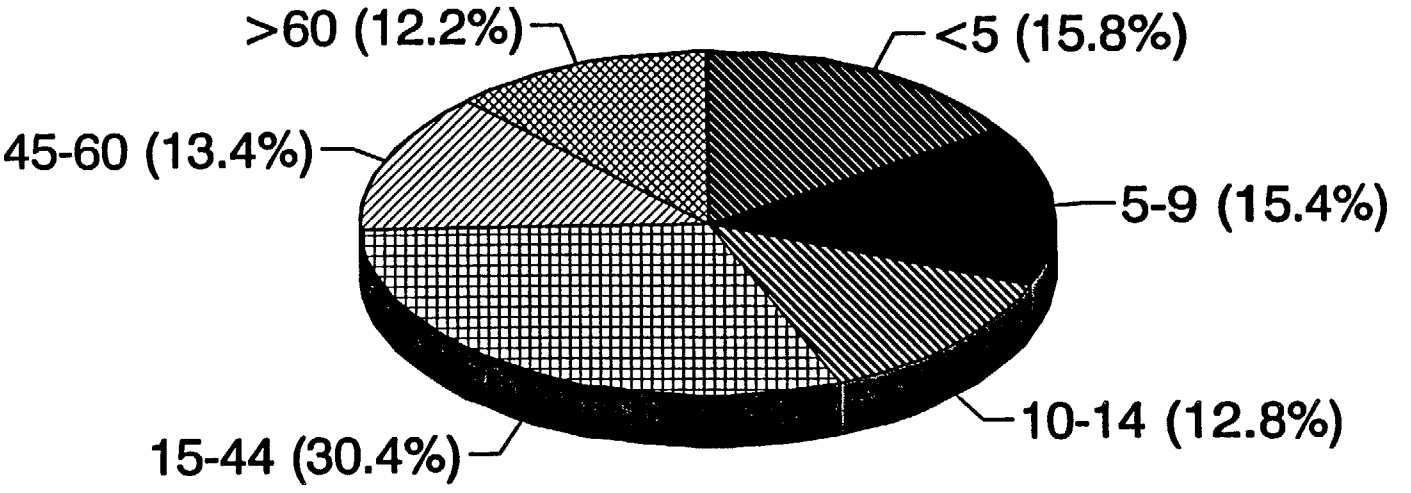
CANTÓN	POBLACIÓN		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
CAPINOTA	12.005	12.394	24.399
Orcoma	451	405	856
Capinota	7.441	7.567	15.008
Marcabi	937	1.032	1.969
Sicaya	734	768	1.502
Apillapampa	949	1.016	1.965
Villcabamba	596	656	1.252
Tocohalla	313	354	667
Charamoco	584	596	1.180
ARQUE	8.904	9.370	18.274
Ventilla	2.740	2.844	5.584
Tacopaya	1.784	1.884	3.668
Changolla	1.024	1.131	2.155
Colcha	1.281	1.372	2.653
Arque	2.075	2.139	4.214
TOTAL	20.909	10.664	42.673

FUENTE.- Elaboración propia en base a resultados provisionales del Censo de Población y Vivienda de 1992 INE

Un análisis comparativo de la población entre 1976 y 1992 permite establecer que provincias como Tapacarí y Arque registraron un marcado de crecimiento de su población a diferencia de la provincia Capinota y en especial del centro poblado Capinota, que tuvieron un crecimiento considerable.

Grafica 1:

Distribución Poblacional-Grupos Etáreos
Territorio de Capinota



Fuente: Plan Operativo Gestion 1995, Distrito VII Capinota

CUADRO No. 2

POBLACIÓN EN LOS CENSOS DE 1976 Y 1992 DEL DISTRITO

DEL VALLE BAJO Y TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL

PROVINCIAS	AÑOS		TASA DE CREC. (%)
	1976	1992	
ARQUE	23.473	18.274	(1.66)
CAPINOTA	16.816	*24.399	2.51
TOTAL	40.289	42.673	

*INCLUYE SANTIVAÑES

FUENTE:.- Elaboración propia en base a resultados provisionales del Censo de Población y Vivienda de 1992 INE.

C. Aspectos culturales y sociales[2]

Sin entrar en mucho detalle, hay varios aspectos culturales que afectan notablemente la demanda, organización y prestación de servicios de salud. El aislamiento de la provincia de Arque con su población mayormente indígena mantiene muchos de sus costumbres tradicionales.

La población, acostumbrada a las enfermedades comunes y perpetuas las ignora en gran medida, o acuden a los practicantes tradicionales. La medicina moderna no es accesible geográfica ni culturalmente.

En parte, un gran sentido de privacidad contribuye a los problemas de salud. Por ejemplo, la gran mayoría de los partos están asistidos solamente por los maridos, sin ayuda ni preparación. Esto es crítico considerando que los jefes de familia llegan a 1,3 años de escolaridad, mientras que sus esposas a 0,3 años de escolaridad.

El censo de 1992 ha determinado que 2/3 partes de la población de Arque, mayor de 15 años de edad, es analfabeta. El analfabetismo funcional entre las mujeres llega al 90%; entre los hombres, a casi la mitad.

---

[2] Para una mayor apreciación de este aspecto, particularmente en Arque, consulte los estudios de PROSANA que tratan sobre la medicina tradicional, actitudes con respecto a la planificación familiar, etc.

El 21% de las niñas entre 8 y 15 años de edad no asiste a la escuela; en los varones, este porcentaje es de 15,1%.

En forma concomitante al analfabetismo y la escolaridad en español, la mitad de la población de Arque desconoce este idioma. Entre las mujeres, este porcentaje llega al 85,7%.

Todos estas observaciones son también válidas para Capinota, pero en menor grado debido a la mayor influencia de la vida occidental.

D. Aspectos económicos

Subsector agrícola

La economía del Distrito del Valle Bajo se basa en la actividad agrícola, caracterizada por la utilización de tecnología tradicional, a excepción de reducidas áreas como Parotani y Capinota, donde se practica la agricultura intensiva, con cultivos de hortalizas y frutas.

Los principales cultivos de la zona son la papa, maíz blando, trigo, alfalfa, cebada, zanahoria, cebolla, avena, vid, durazno y otros. La producción de este Territorio abastece no sólo a los mercados regionales, sino también a la ciudad de Oruro y otros centros del occidente del país.

Entre los principales problemas que limitan la explotación agrícola en el Distrito, está la reducida extensión de terrenos agrícolas, a la que se suma la persistente pérdida de tierras de cultivo por efecto de riadas y deslizamiento y por otra parte la contaminación a través de las aguas del río Arque, que al bajar de las inmediaciones de las minas Berenguela, Tujsuma y otras arrastran residuos minerales que provocan la toxicidad de los suelos.

Subsector pecuario

La actividad pecuaria se basa en la crianza de ganado ovino y caprino en las punas y ganado lechero en la zona de valles; se tiene también la crianza de aves de corral, aunque de muy poca significación.

En la zona de puna la crianza de ganado se constituye en un medio para generar ingresos adicionales para la familia campesina y, además, es una fuente de materia prima para la confección de prendas de vestir.

La explotación de ganado lechero se efectúa en la faja de valles comprendidos entre Parotani y Capinota, existiendo varios módulos lecheros que comercializan su producción láctea a la Planta Industrializadora de Leche (PIL).

Subsector forestal

Si bien las condiciones físicas del Distrito posibilitan la forestación en gran parte de su territorio, sólo se ha forestado el área ubicada alrededor de la línea férrea que cruza el Distrito, siendo todos los bosques existentes naturales.

CUADRO No. 3

CAMINOS DEL DISTRITO DE DESARROLLO

VALLE BAJO

TRAMOS DE CAMINOS	DISTANCIA Km.	CONDICIONES EN QUE SE ENCUENTRAN
- Cochabamba - Parotani	10	Asfaltado
- Parotani - Irpa Irpa	25	Ripiado
- Capinota - Apillapampa-Villcabamba-Hatun K'asa - Arampampa.	75	Ripiado
- Apillapampa-Santiago-Sacani.	45	Ripiado
- Km. 87 - Tapacari	30	Ripiado
- Km. 101 - Tacopaya	26	Ripiado
- Irpa Irpa-Playa Ancha Tariza-Poquera.	16	De tierra
- Bolivar - Tacopaya	28+5	Ripiado
- Sicaya-Sopo Chico-Ovejeria.	25	Por lecho de río
- Parotani-Tapacarí	35	Por lecho de río
- Capinota-Higuerani-Arque.	31	Por lecho de río

Dentro el convenio CORDECO-JICA se tiene programada la entrega de estos caminos en agosto de 1993

Se estima concluir este camino en 1994.

Cuadro 4:

ACCESIBILIDAD DE LA POBLACION A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGUN EL TIEMPO*

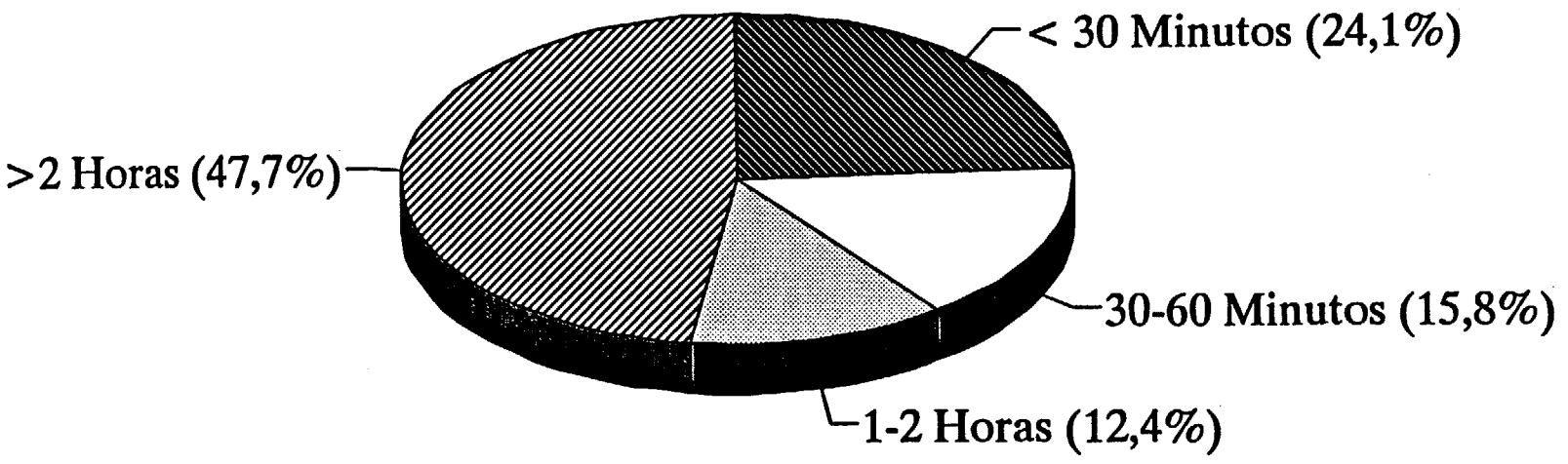
AREA	< 30 MINUTOS		30 - 60 MINUTOS		1 - 2 HORAS		> 2 HORAS		TOTAL	
	# Habitantes	% del Total	# Habitantes	% del Total	# Habitantes	% del Total	# Habitantes	% del Total	# Habitantes	% del Total
CAPINOTA	5.516	54,5%	2.208	21,8%	957	9,5%	1.441	14,2%	10.122	100,0%
SICAYA	70	2,9%	40	1,6%	370	15,1%	1.975	80,4%	2.455	100,0%
APILLAPAMPA	1.150	33,6%	1.400	40,9%	470	13,7%	400	11,7%	3.420	100,0%
ARQUE	255	11,5%	375	16,8%	600	27,0%	996	44,7%	2.226	100,0%
TACOPAYA	225	7,3%	690	22,4%	1.323	43,0%	837	27,2%	3.075	100,0%
VENTENILLA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3.700	100,0%	3.700	100,0%
AQUERANA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1.500	100,0%	1.500	100,0%
TOTRAPAMPA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3.420	100,0%	3.420	100,0%
TOTAL	7.216,00	24,1%	4.713	15,8%	3.720	12,4%	14.269	47,7%	29.918	100,0%

* Datos incompletos, pero cubren la mayoria. No se incluye ovejeria.

Grafica 2:

Acceso a los Servicios de Salud Territorio de Capinota

(A Pie)



Sector de la industria manufacturera

Dentro el Distrito de Desarrollo del Valle Bajo se encuentra emplazada la Cooperativa Boliviana de Cemento (COBOCE), en la localidad de Irpa Irpa. Aprovechando los

yacimientos de piedra caliza existentes en la zona se tienen diversas industrias pequeñas de fabricación de cal y yeso, cuya producción se orienta al mercado regional, a Oruro y Santa Cruz.

Dentro del Convenio CORDECO-JICA se ha implementado al Centro de Producción de Semillas de Hortalizas en la zona de Playa Ancha, el mismo que se dedica a la producción de semilla mejorada de hortalizas como zanahoria, cebolla, tomate pepino y otras, con 37 agricultores de la provincia Capinota.

Dentro de la actividad artesanal, la zona de puna del Distrito tradicionalmente se ha dedicado al tejido de aguayos, cobijas, ponchos, prendas, de vestir y otros.

Sector Minero

El Distrito de Valle Bajo es rico en minerales metálicos y no metálicos, explotados principalmente por empresas mineras medianas y chicas. Los principales minerales existentes en la zona son el hierro, estaño, antimonio y mercurio. Entre las minas más importantes está Berenquela, Tujsuma y Cerro Grande.

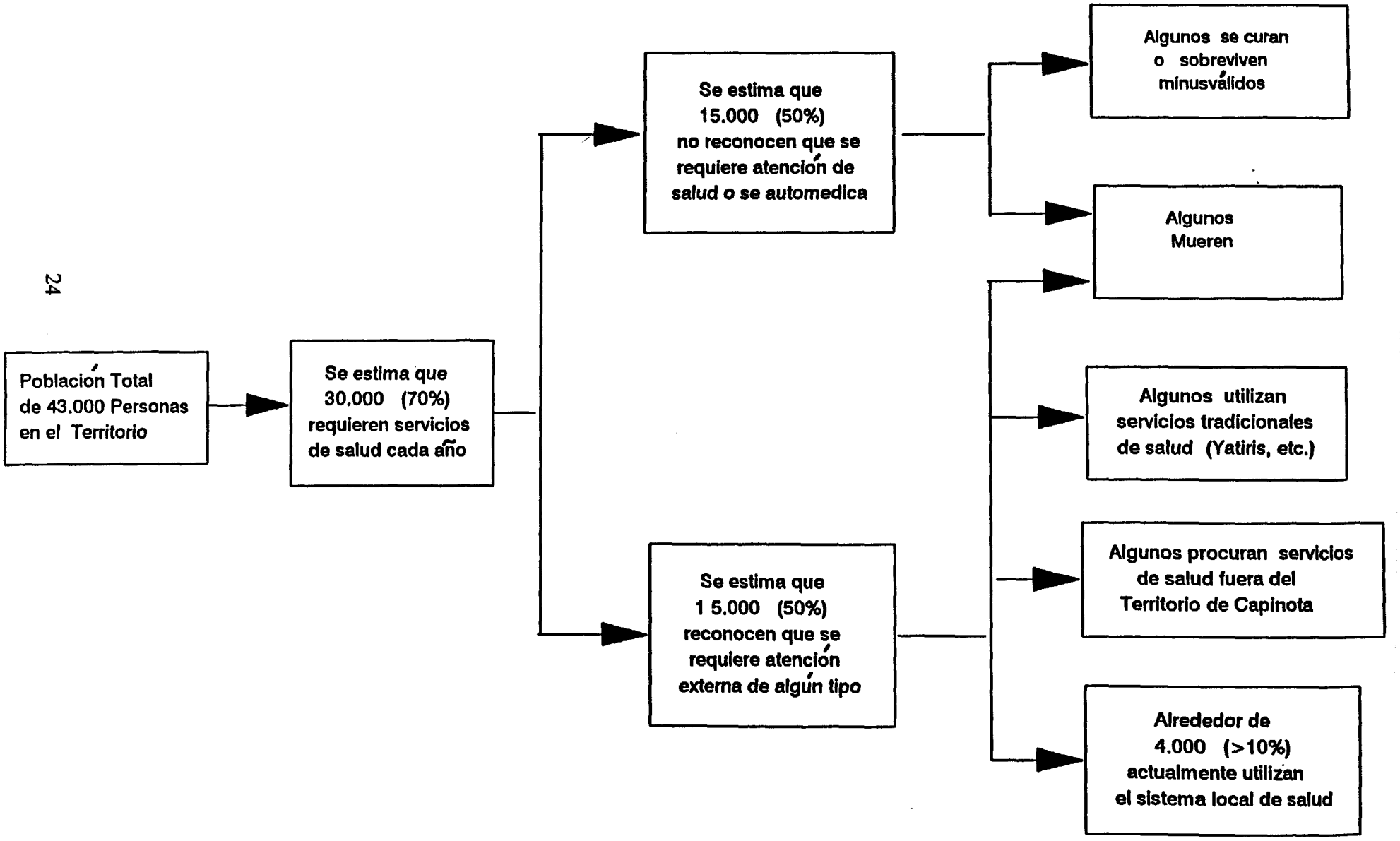
Entre los minerales no metálicos el Distrito cuenta fundamentalmente con calizas, las mismas que dependiendo de su grado de maduración tienen diversos destinos. La existencia de estos minerales ha determinado la implementación de la fábrica de cemento COBOCE en la zona, así como de una serie de industrias pequeñas de yeso y cal.

Infraestructura vial/Accesibilidad

En lo que respecta a infraestructura vial, el Territorio se comunica con la ciudad de Cochabamba a través de la carretera asfaltada Cochabamba-Oruro. El Centro Territorial Capinota se conecta con dicha carretera asfaltada a través de un camino ripiado de plataforma estable que garantiza el tráfico vehicular permanente durante todo el año. Otro camino importante del Distrito es el de Capinota-Apillapampa-Villcabamba-Arampampa, que comunica al departamento de Cochabamba con el norte de Potosí.

En general, el Territorio carece de una adecuada infraestructura vial que permita garantizar una permanente transitabilidad entre comunidades a fin de lograr una oportuna comercialización de los productos agropecuarios de la zona. En el *Cuadro 3* se muestra una relación de los principales caminos que cuenta el Territorio.

Figura 3: El Sistema de Salud de Capinota en Perspectiva



El acceso a los servicios está muy limitado por la falta de vías de transporte, agravada por la ausencia de servicios, particularmente en las áreas rurales. En el *Cuadro 4* estima el tiempo necesario para llegar al establecimiento de salud más cercano. En la *Gráfica 2* se demuestra que casi la mitad de la población requiere más de dos horas para llegar a los servicios. Con el establecimiento de nuevos Puestos de Salud, este tiempo podría reducirse considerablemente.

En relación con la infraestructura ferroviaria, se tiene la vía férrea que conecta Cochabamba con Oruro y pasa por los principales centros poblados del Distrito como Parotani, Charamoco, Buen Retiro, Irpa Irpa, Chagolla, Tacopaya, Ventilla, Vanderani y otros, este medio de comunicación permite solucionar en gran medida la carencia de caminos permanentes en el Distrito.

Medios de comunicación

En el distrito se cuenta con servicios de telefonía, telegrafía, correo y radioemisoras. El servicio telefónico es a través del sistema de discado directo para la población de Capinota. Radio Capinota constituye la principal emisora del distrito y cumple la función de difundir mensajes para los habitantes del Distrito.

Suministros de energía eléctrica

Las poblaciones de Capinota Irpa-Irpa y Parotani tienen dotación de fluido eléctrico proveniente de las plantas hidroeléctricas de Corani y Santa Isabel.

Poblaciones menores como Arque, Challa, Sicaya, Tapacarí y otras se proveen de energía a través de sistemas termoeléctricos caracterizados por su alto costo de mantenimiento y el difícil aprovisionamiento de combustible para su funcionamiento, lo que permite una distribución discontinua, principalmente para ocasiones especiales.

Suministros de agua potable

En gran parte de los centros poblados del distrito se cuenta con el suministro de agua potable permanente, sin embargo este servicio se caracteriza por no gozar de tomas de agua e instalaciones higiénicas, por lo cual el consumo de agua es insalubre. Esta situación determinó que el distrito del Valle Bajo se constituya en zona roja para enfermedades pandémicas como el cólera.

E. La situación actual de salud

No se conocen con precisión las tasas de morbilidad y mortalidad en el territorio. Existen varias razones para ello, pero se puede enfatizar dos:

1. Hay un subregistro de las estadísticas vitales, particularmente de las defunciones que no forman parte del sistema de información de salud.

2. Se estima que las estadísticas de morbilidad reflejan menos del 10% de la población, sólo los que acceden al sistema de salud.

En la *Gráfica 2* se explica esta conclusión. Se trata al Territorio como una entidad, entonces por razones geográficas, la gran mayoría de las 4.000 personas que reciben atención son de Capinota y sus alrededores. Los pueblos de Arque y Tacopaya prácticamente están olvidados. Además, debido a la carencia de servicios hospitalarios, las estadísticas no incluyen a las personas que requieren hospitalización.

No obstante, hay algunos indicadores que reflejan el estado de salud de la población:

- Según el censo de 1992, la mortalidad infantil es extremadamente alta. En Capinota, antes de cumplir un año de edad, mueren alrededor de 375 niños de cada 1.000 nacimientos; en Arque, la cifra asciende a 450. Una encuesta realizada por PROSANA sugiere valores mucho más altos.

  Además, la gran mayoría de muertes ocurren en el primer mes de vida.

- Las causas principales de visita a la consulta externa del Hospital de Capinota son infecciones respiratorias agudas (IRA) (24,5%); enfermedades diarreicas (18%); y tuberculosis (3,4%).

  Estudios previos demuestran que las diarreas son tan comunes que la población no les presta atención, excepto en casos extremos, y probablemente es demasiado tarde.

- Durante 1994, en el Hospital de Capinota, se controlaron 310 embarazos con un promedio de 2,4 controles. Aplicando las tasas de fecundidad de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1994[3], y suponiendo 50% urbanos y 50% rurales, se estima que nacieron alrededor de 760 niños en Capinota durante el año pasado,[4] lo que sugiere que alrededor de 40% recibieron alguna atención antenatal. Vea el Cuadro 5.

---

[3] Publicado por el Instituto Nacional de Estadística, octubre de 1994.

[4] Esta cifra difiere notablemente del número de nacimientos indicado en el Plan Operativo de Capinota de 231, lo cual consideramos que es el resultado de un subregistro.

Cuadro 5:

Número Estimado de Nacimientos por Año

Grupos Etáreos	Nacimientos Anuales por 1.000 Mujeres (Rural)*	Nacimientos Anuales por 1.000 Mujeres (Urbana)*	Capinota		Arque	
			Población Feminina	Número Estimado de Nacimientos Anuales**	Población Feminina Arque	Número Cuadro 5: Nacimientos Anuales#
15-19	120	80	1,028	103	792	98
20-24	275	210	756	183	664	138
25-29	290	190	739	177	619	133
30-34	255	147	668	134	572	97
35-39	200	97	739	110	545	81
40-44	90	45	639	43	459	26
45-49	35	3	613	12	422	9
Total			5,182	762	4,073	582

* Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1994 (INS).
** Asumiendo 50% urbana, 50% rural.
# Asumiendo 100% rural.

Solamente 97 de los partos fueron atendidos por el personal de salud. Esto representa alrededor de un 13% del total.

Se hizo seguimiento de puérperas en solamente 50 casos.

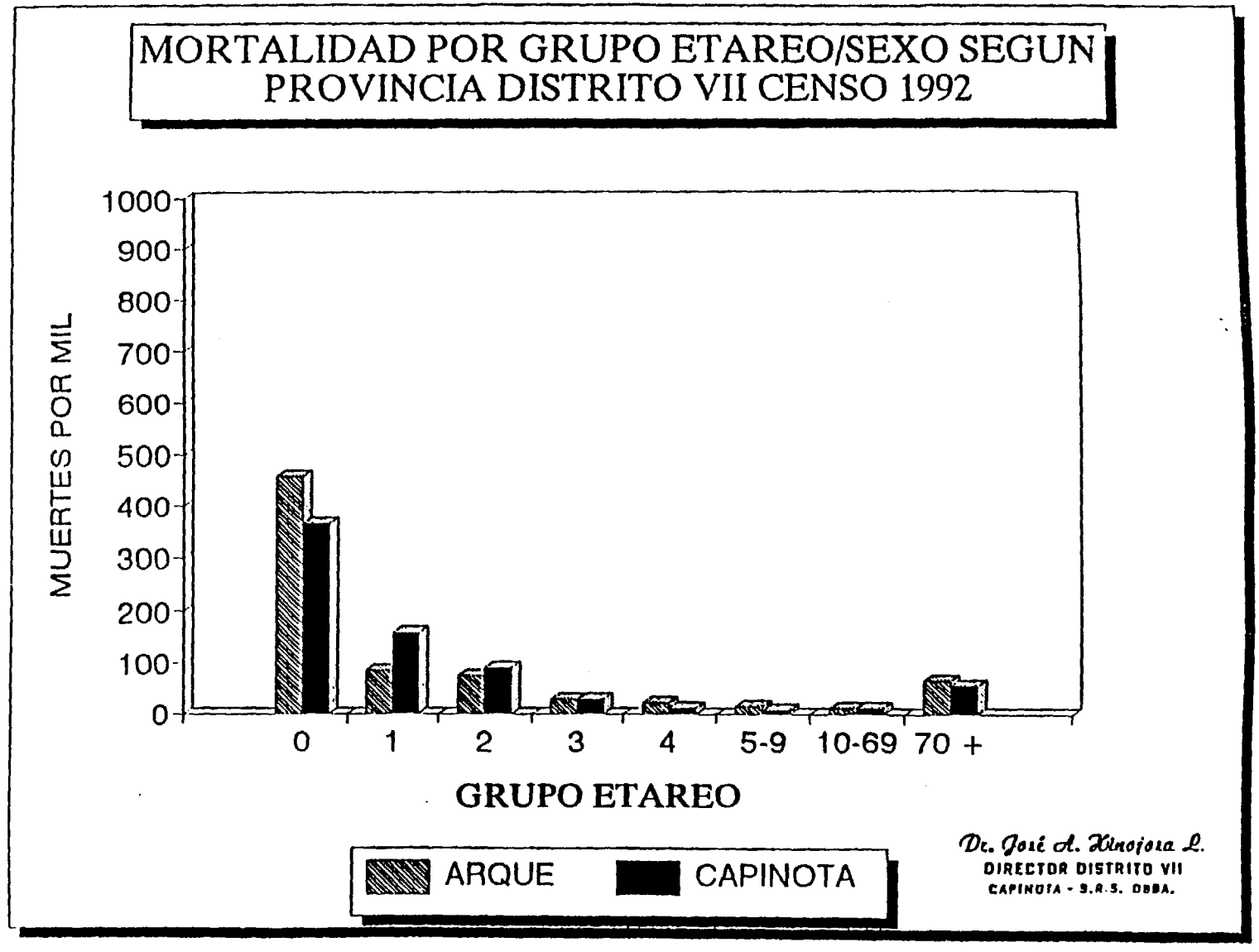
- En Arque, según las tasas de la Encuesta de Demografía y Salud, debería haber alrededor de 600 nacimientos por año. Casi todos se producen en el domicilio sin atención de personal capacitado. Los controles prenatales casi no existen y la tasa de mortalidad infantil puede alcanzar a hasta 600 por cada 1000 nacimientos.

- De los niños con menos de 2 años atendidos por el sistema de salud, se estima que un 40% sufre de desnutrición. Esta cifra asciende a 60% para niños entre 2 y 4 años.

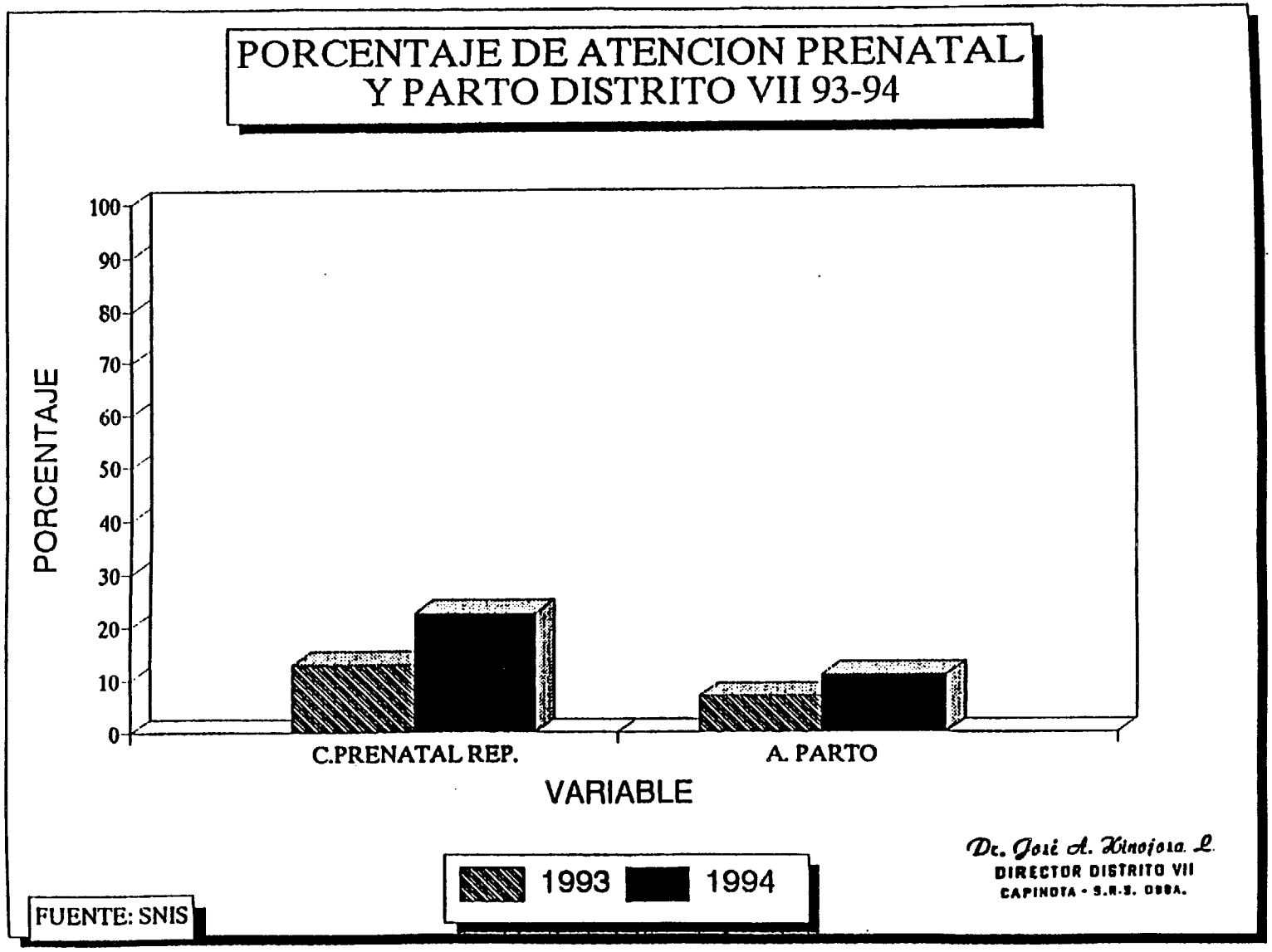
  Encuestas previas demuestran que las tasas en Arque son aún peor.

- Dado las características geográficas, con pocas excepciones, el Hospital de

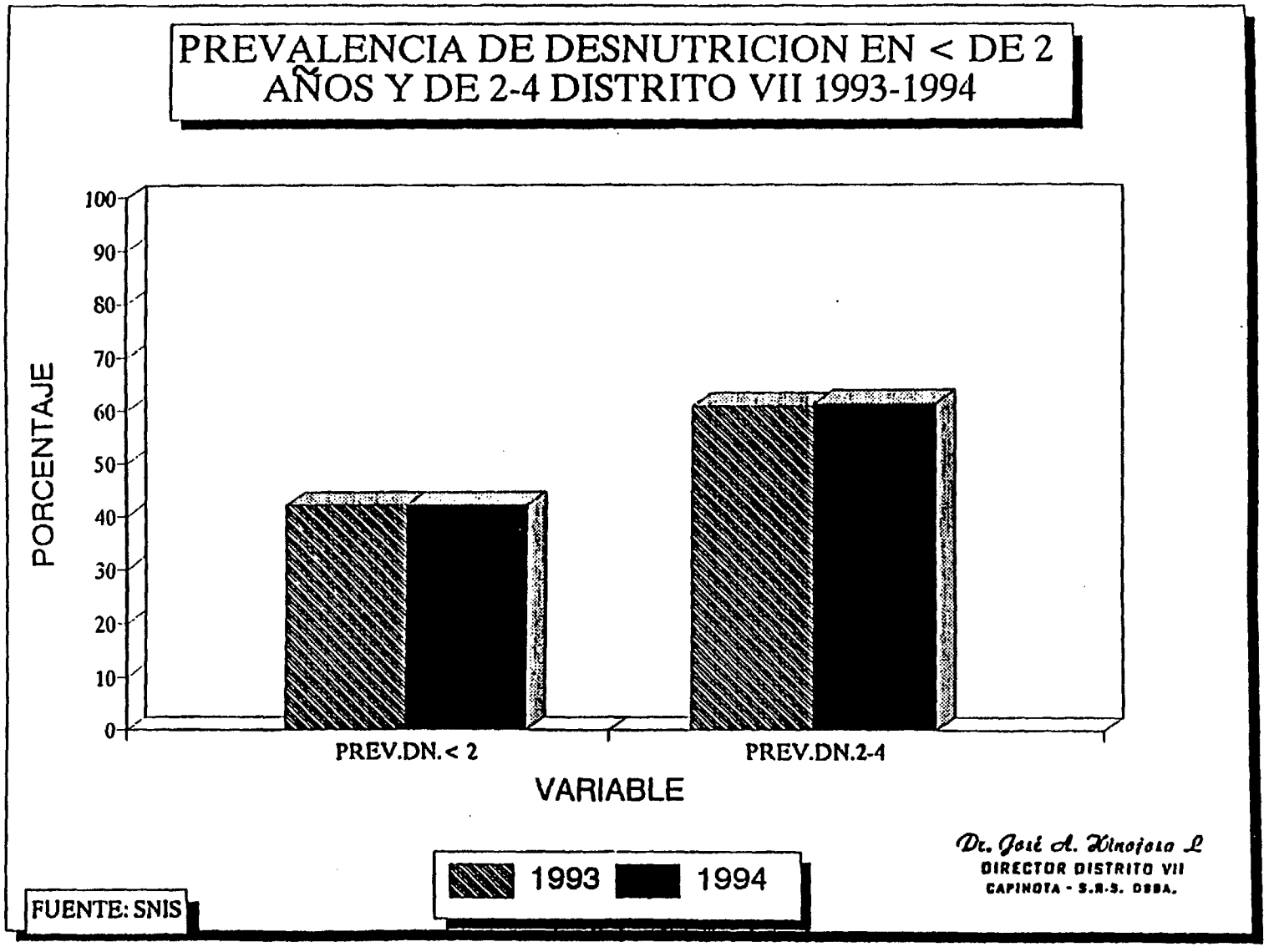
Cuadro 6:


MORTALIDAD POR GRUPO ETAREO/SEXO SEGUN
PROVINCIA DISTRITO VII CENSO 1992
MUERTES POR MIL
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
0
1
2
3
4
5-9
10-69
70 +
GRUPO ETAREO
ARQUE
CAPINOTA
Dr. José A. Hinojosa L.
DIRECTOR DISTRITO VII
CAPINOTA - S.R.S. DBBA.

Cuadro 7:


PORCENTAJE DE ATENCION PRENATAL
Y PARTO DISTRITO VII 93-94
PORCENTAJE
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
C.PRENATAL REP.
A. PARTO
VARIABLE
1993
1994
FUENTE: SNIS
Dr. José A. Hinojosa L.
DIRECTOR DISTRITO VII
CAPINOTA - S.R.S. OBBA.

Cuadro 8:


PREVALENCIA DE DESNUTRICION EN < DE 2 AÑOS Y DE 2-4 DISTRITO VII 1993-1994
PORCENTAJE
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
PREV.DN.< 2
PREV.DN.2-4
VARIABLE
1993
1994
FUENTE: SNIS
Dr. José A. Hinojosa L
DIRECTOR DISTRITO VII
CAPINOTA - S.R.S. DEBA.

Capinota sirve solamente a la población local de Capinota misma.

En resumen, los problemas de salud más críticos incluyen atención prenatal, parto, y puerperio para proteger a las madres y reducir la tasa extremadamente alta de mortalidad infantil; y los problemas asociados con diarreas e infecciones respiratorias. Todos los problemas de salud se agudizan debido a la falta de nutrición adecuada.

F. Los servicios de salud

Es importante considerar en detalle todas las características de los servicios de salud. Para evitar una duplicación, le recomendamos al lector consultar los varios componentes de la Sección III de este estudio donde se analiza el estado actual de cada componente conjuntamente con opciones para el futuro.

G. Satisfacción del paciente

Contemplamos dentro de este estudio llevar a cabo una pequeña encuesta referente a la satisfacción de pacientes, pero no se realizó.

No obstante, el hecho de que menos de un 10% de la población aprovecha los servicios de salud sugiere que los servicios no tienen una imagen de calidad excelente desde la perspectiva del paciente. Hay muchas barreras y obstáculos, y no es difícil identificar y eliminar algunos. Encuestas de este tipo serán aún más importantes cuando se logre atraer más pacientes a los servicios.

H. Infraestructura administrativa

La municipalidad de Capinota tiene una estructura básica para poder manejar los asuntos de la municipalidad. El Anexo 3 describe en detalle las 14 personas que trabajan formalmente. El liderazgo por parte del alcalde es fuerte, activo, y dirigido hacia el sector social.

Además Capinota tiene un Consejo Municipal activo, y un Comité Cívico. Estas dos organizaciones tiene mucho interés en el campo de salud, puesto que el presidente del Consejo Municipal es también el encargado de una ONG que participa en salud; y el presidente del Comité Cívico es un médico privado que era el Director del Distrito de Salud.

En términos de salud, el Proyecto CCH ha fortalecido la capacidad administrativa del Territorio. Se estableció una oficina con computadora y una asistente administrativa.

Es importante notar que en Capinota no existe ni una OTB, ni la motivación por parte de las autoridades de estimular su formación.

Las otras municipalidades del Territorio tienen buen liderazgo, pero una ausencia completa de

Las otras municipalidades del Territorio tienen buen liderazgo, pero una ausencia completa de infraestructura administrativa.

Santivañez tiene una capacidad administrativa y 14 OTB establecidos, pero no tiene interés en unirse a Capinota por la falta de vinculación física y su enlace histórico con otro Territorio.

III. El funcionamiento de los servicios de salud en el contexto de la Ley de Participación Popular

Para adaptar las estructuras y los procedimientos para conformar a la LPP, y simultáneamente fomentar un proceso de mejoramiento del sistema de salud, se tiene que comprender una serie de asuntos que representan las características clave del sistema y sus interrelaciones. En esta sección del informe, nos concentramos en varios de aquellos componentes los que consideramos los más críticos para el éxito del sistema de prestación de servicios accesibles y de alta calidad.

No es suficiente enfocarse en un solo componente por lo importante que sea: un sistema de salud es como un organismo vivo y las decisiones con respecto a una parte necesariamente tienen sus implicaciones para todos los demás. La mala organización y gestión agudizan las malas políticas de personal, las cuales resultan en mala calidad del servicio, que contribuye a la baja demanda, lo que reduce la rentabilidad de las intervenciones y reduce los fondos generados por el servicio, requiriendo aún más recursos financieros de otras fuentes. Por eso, es importante tener un concepto general de todo para poder apreciar el efecto de los cambios en los otros.

En esta sección describimos los puntos clave de los enfoques administrativos más importantes para Capinota en este momento. En la mayoría de los casos, no hay respuestas fáciles, y son asuntos que requieren mucha consideración por parte de todas las personas involucradas para llegar a un consenso. Por eso, el objetivo de esta presentación no es recomendar cambios específicos, sino proveer suficiente información para que los actores principales puedan comenzar un diálogo hacia las reformas necesarias.[1] Las decisiones requerirán información más detallada en algunos casos.

Al final de algunas secciones se encuentra una serie de preguntas para estimular el diálogo entre los varios participantes. Se podrían utilizar como punto de partida en grupos, con los Directorios, o para ampliar el conocimiento y la aplicación de la materia a nivel individual.

Una excepción a la ausencia de recomendaciones es la estructura administrativa del sistema. Consideramos la creación de una estructura funcional como el primer paso en establecer el sistema nuevo. Si una vez funciona la estructura, los encargados del sistema pueden enfocar en los otros aspectos uno tras otro. Para adelantar la creación de una estructura, presentamos en términos generales una recomendación lo que creemos podría servir como un modelo.[2]

---

[1] Gran parte de este material ya fue presentado y analizado en un Taller de Concertación Interinstitucional en Salud al que asistieron unos 50 representantes, la gran mayoría de participantes en el campo de salud pública en Capinota.

[2] Es interesante destacar que las discusiones preliminares con respecto a una futura estructura en Capinota contribuyó a la formulación del modelo de la SNS, en base al cual formulamos nuestra recomendación.

A. La estructura administrativa del sistema de salud

La Ley de Participación Popular incrementa la autoridad de las municipalidades para la gestión del sistema de salud, que había sido hasta el momento responsabilidad total de la SNS. El reto al diseñar un modelo de administración es aprovechar al máximo los aspectos positivos de las dos instituciones, y establecer mecanismos que permitan un adecuado funcionamiento de los servicios dentro de un marco de armonía y colaboración entre los participantes.

Para resolver esta dicotomía de intereses y funciones, y establecer una estructura administrativa efectiva, participativa, e integrada, proponemos el organigrama de la Figura [4]. Donde se establece un equilibrio de poder entre las dos principales organizaciones, a la vez que se incrementa la participación de la comunidad en los servicios de salud, mediante la administración de los mismos por un "Directorio de la UBAGES de Salud.

Esta propuesta está basada en el nuevo modelo sanitario desarrollado por varios grupos que trabajan en colaboración bajo la dirección del SNS. Se tenía que adaptarlo ligeramente para evitar duplicación de funciones, y aclarar el orden jerárquico. A continuación se describe en más detalle cómo podría funcionar esta organización.

Directorio de la UBAGES de Salud

Este Directorio funciona como una junta directiva independiente de las instituciones principales, pero tanto la Secretaría Nacional de Salud como el Municipio tienen una importante representación. A su vez estas Instituciones son responsables de la ejecución y supervisión de sus funciones. El Directorio tiene el deber de informarles, buscar su participación, pero no está obligado a seguir sus políticas.[3]

Las funciones principales del Directorio de la UBAGE de Salud podrían incluir:[4]

1. Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, incluyendo:

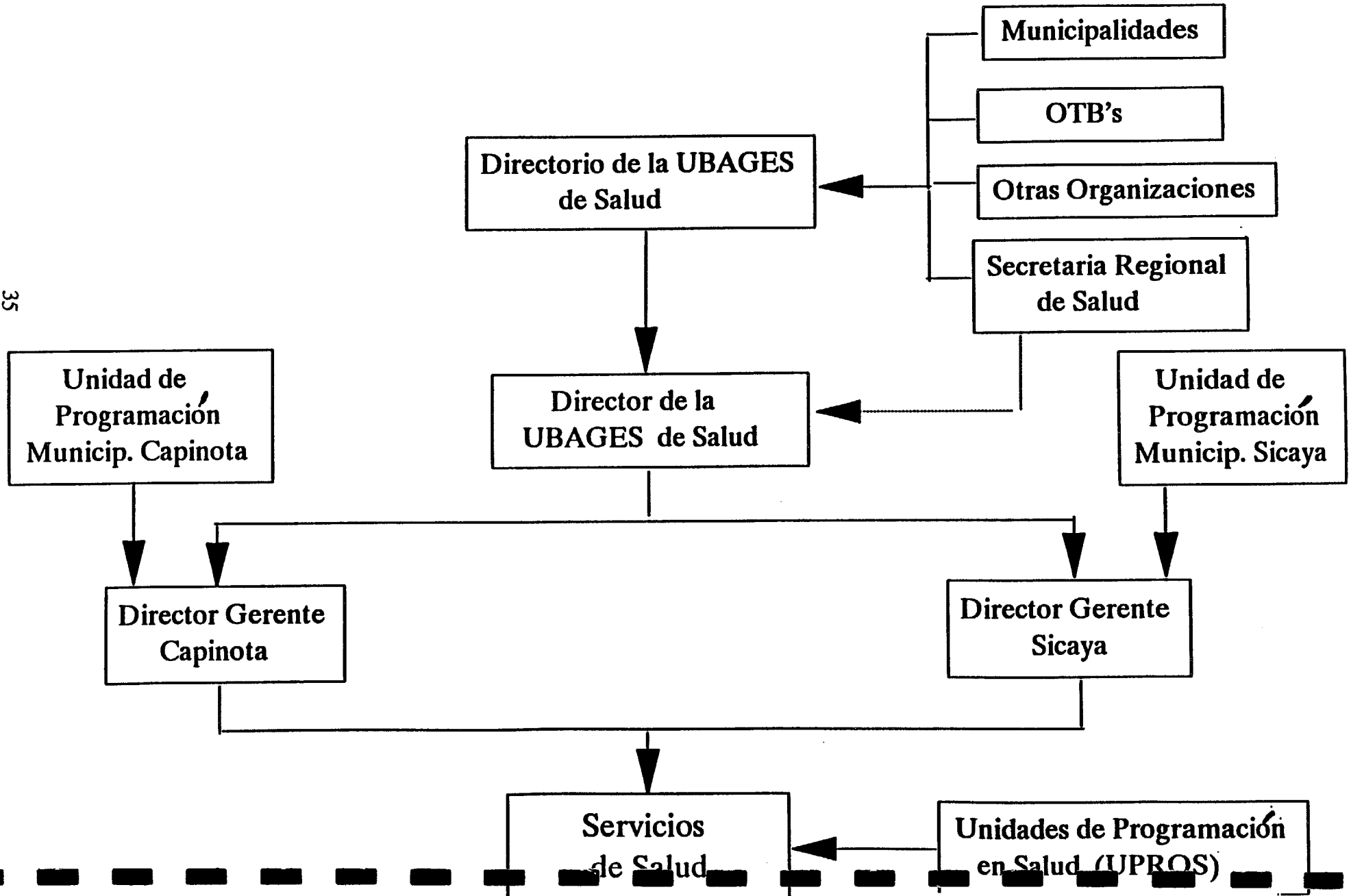
   - El plan único territorial de salud
   - El presupuesto operativo anual
   - El programa técnico anual de mantenimiento y recuperación de infraestructura
   - El programa estratégico de inversiones en salud

[3] En la práctica, existirán ocasiones en que la organización responsable de la ejecución de una actividad puede incidir en el éxito considerablemente.

[4] Basado en el modelo desarrollado por la SNS, pero abreviado para incluir solamente lo que consideramos las funciones más importantes.

Figura 4:

Estructura Gerencial Propuesta para los Servicios de Salud de Capinota



2. Coordinar la participación de instituciones específicas dentro del sistema de salud.

3. Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente a su jurisdicción.

4. Coordinar y supervisar la evaluación de los servicios de salud.

5. Promover la salud dentro de la comunidad.

6. Estimular la participación comunitaria, en los términos señalados por la Ley 1551, y en las disposiciones que se adopten en función de ésta.

7. Supervisar y controlar las recaudaciones de los recursos locales que tienen destino específico para salud.

8. Establecer, en coordinación con las entidades educativas, los campos y tiempos de práctica que deben proveerse en los planes de formación a fin de garantizar la calidad de los servicios que se presten.

9. Controlar, en coordinación con las entidades del sector o de otros sectores que incidan en la salud, los factores de riesgo referentes al estado de salud - enfermedad de la población.

10. Cumplir las normas técnicas dictadas por la Secretaría Nacional de Salud para la construcción de obras civiles, dotación básica y mantenimiento integral de los establecimientos de primero y segundo nivel de atención en salud.

11. Cumplir las normas de orden sanitario previstas en la legislación vigente.

12. Desarrollar labores de inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud, e informar a las autoridades competentes sobre la inobservancia de las normas de obligatorio cumplimiento.

La composición del directorio de la UBAGE de salud

La composición del DISUBSA es objeto de mucha discusión. En primera instancia, por ley, la Municipalidad, la SNS y las OTB forman el núcleo del directorio, pero no se excluye la participación de otras entidades.

Otros posibles miembros del Directorio de la UBAGE de Salud incluyen:

- La Iglesia Católica
- ONG
- Maestros
- El sector privado/Cámara de Comercio
- Sindicatos

Dada la representatividad de diversos grupos que tienen las OTB se recomienda una fuerte participación de las mismas en el Directorio de Salud.

En la probabilidad de que no existiera un adecuado estímulo para la formación de OTB, por parte de la autoridades municipales, esta responsabilidad podría ser incorporada a las funciones del Distrito y de las Areas de Salud.

Una configuración de la representación podría ser:

-	Municipalidad	2 Votos
-	SNS	2 Votos
-	OTB	2 Votos
-	Otras Organizaciones	1 Voto
	Total	7 Votos

Las otras organizaciones pueden escoger entre ellos, un representante que desempeñara estas funciones por el lapso de un año.

Las reuniones se llevarían a cabo cada mes, a puertas abiertas al público. El quórum mínimo requerido sería de 4 votos. El Directorio debería tener personería jurídica.

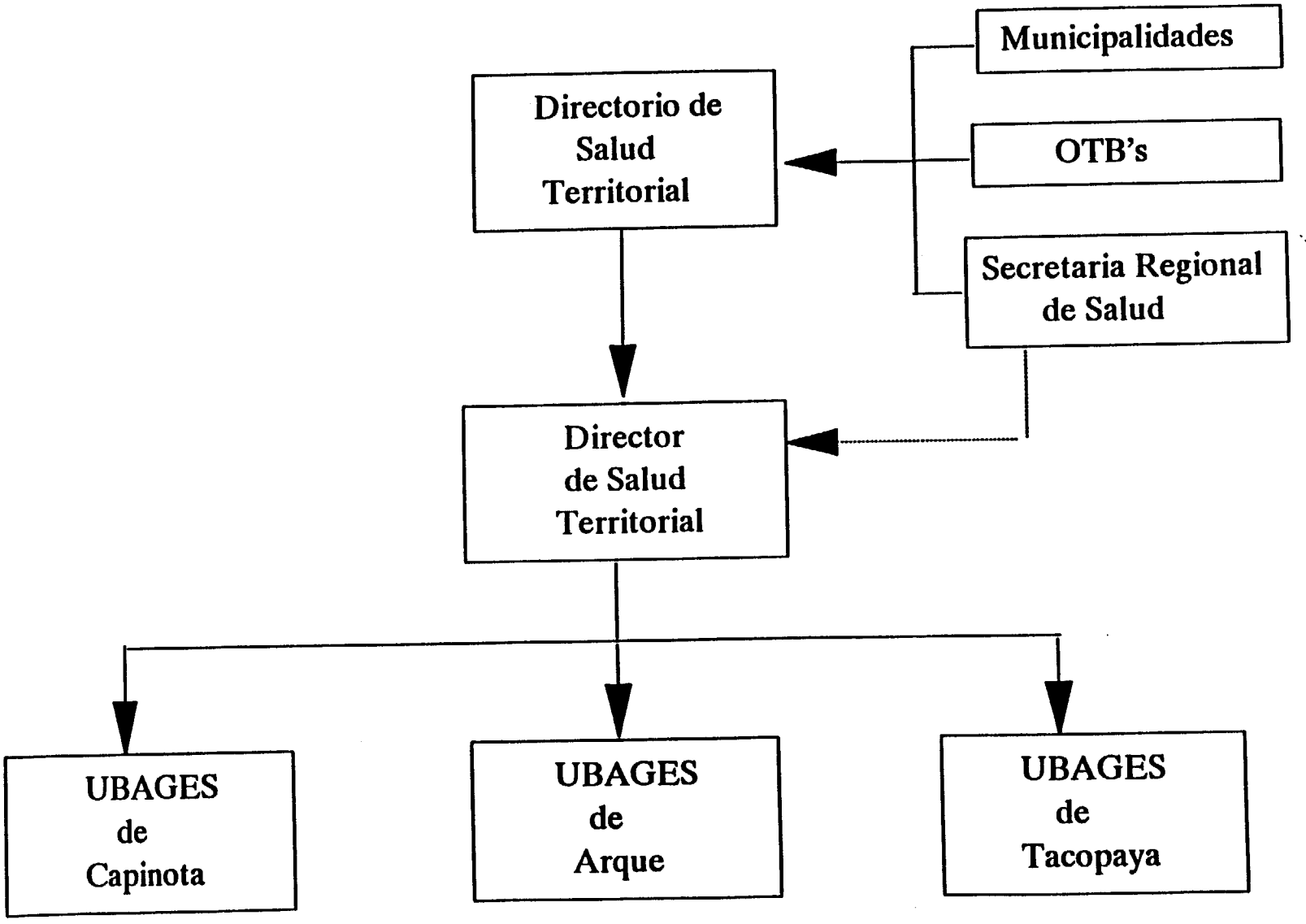
Se podría ampliar el Directorio para incorporar a otras organizaciones, pero probablemente es mejor no complicar su funcionamiento demasiado.

Además, algunas municipalidades, tal vez la mayoría, incluyendo Sicaya, Arque y Tacopaya, no tienen la infraestructura suficiente para iniciar el funcionamiento de un Directorio completo. Después de visitar las municipalidades pequeñas, concluimos que el Directorio debería tener un mínimo de tres personas, todas con igualdad de voto: un representante de la municipalidad, probablemente el alcalde; el funcionario local de salud; y otro miembro de la comunidad, elegido por la comunidad. Se cree que la visión y los planteamientos de los alcaldes pueden desviar las acciones de las normas técnicas, y si el representante de la S.N.S no es médico, el poder quedaría desigual a favor de la municipalidad, lo que en última instancia podría causar roces. Observamos que en estos casos, los representantes de la iglesia podrían jugar un papel de intermediador hasta tanto la comunidad organice su OTB.

La municipalidad y la S.N.S no deben desconocer la autoridad de las funciones otorgadas por el Directorio (dentro de las normas nacionales y la disponibilidad de recursos.). Internamente, mantienen su propio red de supervisión.

Figura 5:

Estructura Gerencial Propuesta para el Directorio de Salud Territorial



El Director de la UBAGE de Salud

El Director de la UBAGE de Salud sería el ejecutivo operacional para la Subregión de Salud. Es responsable de llevar a cabo las políticas e instrucciones del Directorio y la Secretaría Regional de Salud, y apoyar y supervisar su UBAGE. En la práctica, el Director Territorial de Salud podrían desempeñar esta función.

Los Directores administrativos

Son los médicos directamente responsables para la prestación de salud en su UBAGES. Son supervisados por el Director de la UBAGES de Salud.

Unidades de Programación

Puesto que cada municipio tiene sus propias prioridades respecto a la salud, será necesario una Unidad de Programación para cada UBAGES. Tiene la responsabilidad de formular los planes de desarrollo y el presupuesto para la UBAGES. Tendrá la representación mínima de las tres entidades principales: el Director Gerente (SNS), un representante de la municipalidad; y un representante de las OTB locales. No se excluye la representación de otras personas o entidades.

El Directorio Territorial de Salud

Finalmente, puesto que el Territorio de Salud pueda comprender más de un municipio (El Territorio Capinota tiene 4), recomendamos la creación de un Directorio Territorial de Salud. Algunos recursos, particularmente los recursos territoriales como el equipo de supervisión, son de propiedad del Territorio y no de las municipalidades en forma individual. Para poder monitorear el uso de estos recursos desde el punto de vista territorial, su funcionamiento sería objeto a evaluación por parte del Directorio Territorial. En otras palabras, el Directorio Territorial se crearía para establecer un cuerpo para coordinar y equilibrar recursos.

Este Directorio se reuniría una vez cada tres meses con representantes de todas las municipalidades. No tendría autoridad directa sobre los servicios, pero actuaría como un foro a nivel de Territorio para recomendar acciones.

Una configuración de la representación podría ser:

-	Municipalidad de Capinota	1 Voto
-	Otras municipalidades del Territorio	1 Voto
-	La SNS (Regional y Local)	2 Votos
-	Las OTB de la Subregión	2 Votos
-	Otras organizaciones	1 Voto
	Total:	7 Votos

La representación de los municipios pequeños podría ser delegado anualmente a uno de ellos.

Las varias OTB de la subregión tendrían que escoger su representación anualmente entre ellos.

Las otras organizaciones podrían escoger entre ellos un representante para prestar servicios durante un año.

Director del Salud Territorial

El Director del Territorio de Salud sería responsable para el funcionamiento de los servicios de salud dentro del Territorio, y respondería al Directorio de Salud Territorial. En la práctica en Capinota, recomendamos como medida de rentabilidad que también desempeñe las funciones del Director de las varias UBAGES del Territorio.

PUNTOS A CONSIDERAR

1. ¿Están de acuerdo con el propuesto esquema estructural? Si no, ¿como se debería modificar?

2. ¿Están de acuerdo con las funciones propuestas para los Directorios de Salud? ¿Hay otras que se deberían incluir?

3. ¿Están de acuerdo con la composición propuesta de los Directorios? Si no, ¿Qué sugerencias tienen para su organización?

4. ¿Cual serían los siguientes pasos para finalizar y/o poner en marcha los Directorios? ¿Quién se encarga de manejar su formulación? ¿Cual sería el calendario?

B. Financiamiento de los servicios de salud

Particularmente con la introducción de la Ley de Participación Popular, la provisión de recursos públicos al sector salud está repartida entre varias entidades, incluyendo:

- La Secretaría Nacional de Salud que canaliza fondos del Tesoro General de la Nación (T.G.N) Dedicados principalmente al pago del personal que trabaja en el sector; un número limitado de medicamentos esenciales para programas específicos; vacunas; y apoyo a las funciones de supervisión, capacitación, normatización, y otras funciones globales.

- Otras Instituciones dependientes del Gobierno Central, como el Fondo de Inversión Social, FIS. Recursos que son destinados principalmente a la construcción de centros y puestos de salud.

- Fondos de coparticipación distribuídos por el Gobierno Central a las municipalidades.

- Fondos municipales, incluyendo impuestos locales.

- Aportes en términos de recursos de personal, materiales, y otros gastos de la cooperación internacional, incluyendo las ONG.

- Recursos generados localmente en relación con la prestación de servicios de salud.

Se realizó un intento de estimación de los recursos del Territorio, para el funcionamiento de los servicios de salud pública, durante 1994 (remítase a los cuadros en el Anexo II). Los datos, no son exactos por la dificultad de obtener información precisa de una gran variedad de fuentes, pero se aproximan a la realidad. La Gráfica [3] demuestra la distribución de aportes entre las organizaciones. Esta distribución representa el pasado año, y no necesariamente refleja a 1995. Es importante recordar que esta distribución no incluye gastos de inversión, los cuales fueron considerables particularmente por parte de CCH y PROSANA.

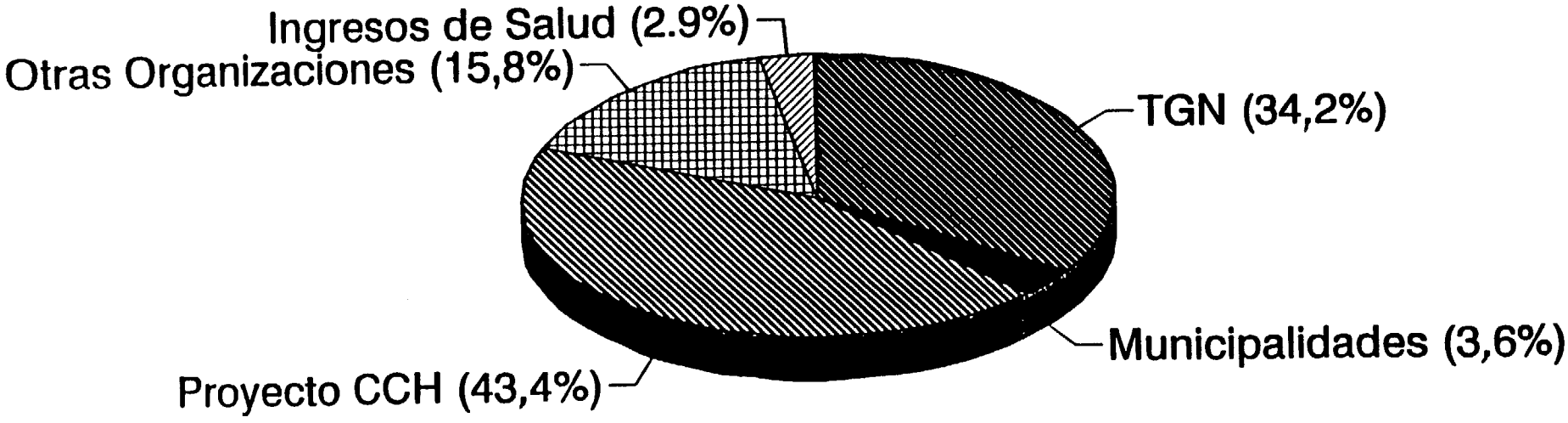
La Gráfica [4], refleja el aporte per cápita de cada una de las fuentes, en gastos de funcionamiento. De un gasto total de Bs.16,72 per cápita para todo el Distrito, el Gobierno Central aportó el equivalente de Bs.5,72; CCH, Bs.7,26; las municipalidades, Bs.0,61; los ingresos propios, Bs.0,49; y las otras organizaciones (menos COBOCE)[1], Bs.2,64. Es probable que este último en realidad sea más alto, pero los salarios están estimados al nivel de la Secretaría de Salud para demostrar el costo de reemplazar aquellos recursos.

---

[1] En todo este análisis, se ignora COBOCE puesto que tiene gastos en salud relativamente elevados para una población limitada, y así su inclusión distorcionaría el análisis.

Aportes de Recursos para Funcionamiento Distrito de Capinota - 1994*

Grafica 3:

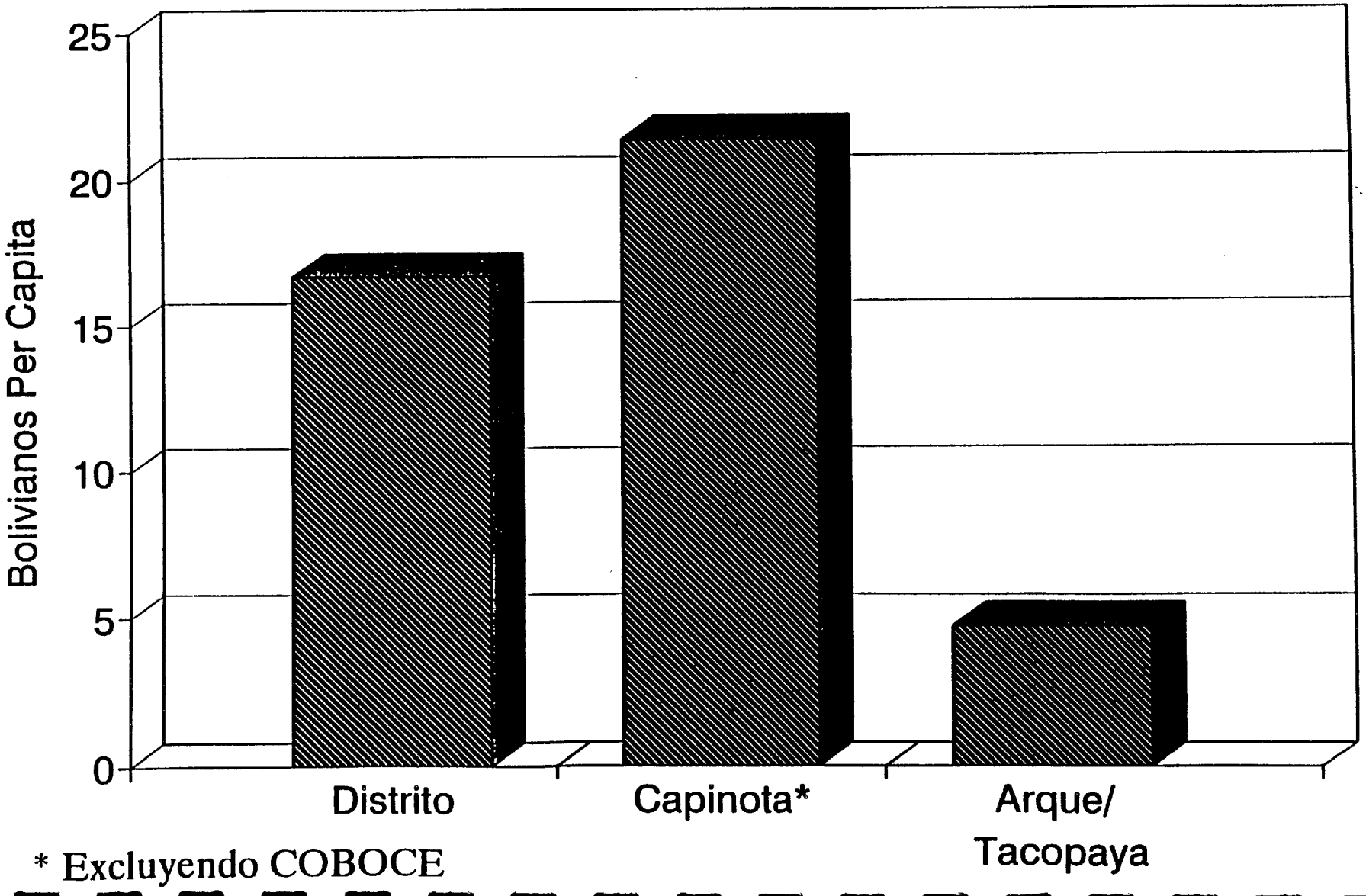


* Excluyendo COBOCE

Grafica 4:

Recursos Per Capita para Funcionamiento Servicios de Salud

Distrito de Capinota - 1994



* Excluyendo COBOCE

Existe una desigualdad en la distribución de recursos, demostrados claramente en la Gráfica [4].[2] Capinota recibió per cápita 4,5 veces lo que recibió Arque/Tacopaya. La Ley de Participación Popular pretende aumentar la cantidad de dinero disponible para salud en las provincias más pobres.

Durante 1994, el Gobierno Central gastó $11 per cápita en salud a nivel nacional. En el Distrito de Capinota, la cifra fue apenas $1,21, sin incluir el apoyo de las oficinas centrales y regionales. La S.N.S está estudiando una redistribución de recursos humanos, en principio para favorecer los Territorios relativamente pobres y rurales.

Los Servicios existentes son considerados inadecuados en términos de tipos de servicios ofrecidos, extensión de cobertura y calidad de servicios. Sin un incremento de los recursos existentes para gastos de funcionamiento, el nivel de servicios permanecerá igual o será peor que el año pasado.

¿Cuántos recursos adicionales se requieren? Eso depende del tipo de servicios que se quiera ofrecer, su calidad y la extensión de la cobertura. Es instructivo que el Banco Mundial haya estimado el costo de un paquete de servicios básicos de atención primaria en $7,74 para los países con bajos ingresos de Africa.[3] Esto no incluye servicios hospitalarios, y representa más del doble de la cantidad de recursos que están entrando en Capinota para salud pública.

Si se establece un servicio de cirugía menor, los costos operativos fácilmente podrían aumentar a Bs. 80.000 por año.[4] Estimamos que un equipo móvil para rotar entre los cinco Puestos de Salud actualmente cerrados, podría costar alrededor de Bs. 40.000 al año sin el vehículo. Un Puesto de Salud podría costar alrededor de Bs. 10.000 por año, con una auxiliar de enfermería más medicamentos y materiales.

Para poner esto en perspectiva, un incremento de Bs. 100.000 en el Territorio representa un incremento de un 14% sobre lo actual, o sea, alrededor de Bs. 4 por habitante ($0,85).

La Ley de Participación Popular

La Ley de Participación Popular (LPP) estable una transferencia de cerca de 80 millones de dólares a los 305 municipios recientemente establecidos, en forma proporcional al número de habitantes. El monto de la transferencia por habitante es Bs. 47,49, es decir, unos 10 dólares.

---

[2] Los gastos de supervisión fueron prorrateados en base a la población (57% para Capinota, 43% para Arque/Tacopaya).

[3] *Development in Practice - Better health in Africa - Experience and Lessons Learned*, The World Bank, Washington, D.C., 1994, pp.6.

[4] Considerando un médico especialista, una enfermera, dos auxiliares de enfermería y muchos materiales adicionales.

Estos fondos deberían destinarse a prestar apoyo a los servicios del sector público, incluyendo, educación, salud, caminos, deportes, microrriego, etc. Es decisión municipal de como distribuir dichos fondos.

La LPP establece que solo se puede utilizar hasta un 10% de estos fondos para gastos operacionales. Lo que quiere decir que un 90% de los fondos de coparticipación se destinan a las "inversiones". En base a estos antecedentes, cada municipio formuló un Plan Operativo para ejecutar este presupuesto[5], cada uno destinó determinadas sumas para la construcción de puestos de salud. Sin embargo, sin recursos adicionales a los existentes los gastos en infraestructura no serían beneficiosos, si es que no se cuenta con personal o medicamentos para su funcionamiento.

El resultado de este Reglamento es que fomenta las inversiones, mientras hace caso omiso, en gran parte, a los recursos necesarios para el funcionamiento de los servicios. Como se analizará en más detalle en la Sección IIID, existe un gran posibilidad de que en los próximos años se construyan muchas 'obras' que no se utilizarán por falta de recursos de operación.

Reconociendo este peligro, las autoridades de la LPP se muestran un poco flexibles respecto a la interpretación de la definición de inversión. La LPP misma indica que mantenimiento y capacitación son gastos legítimos de inversión. También, se considerarán fondos rotativos de medicamentos como inversiones. Adicionalmente, se está discutiendo si los contratos de administración constituyen 'inversiones'.

El Reglamento se basa en un deseo de evitar que los fondos de coparticipación se utilicen para aumentar la burocracia local, lo que nos parece un objetivo admirable. No obstante, la contratación de personal técnico compuesto por médicos o profesores no debería considerarse como un incremento a la burocracia sino un gasto legítimo para poner en marcha y aprovechar las 'inversiones'. Por ende,

Recomendamos: **que el Gobierno Central modifique su Reglamento de la Ley de Participación Popular para permitir que hasta un 50% de los gastos se destinen a los gastos directos de funcionamiento de los servicios sociales. Se podría continuar con el límite de 10% para la administración de los fondos.**

Mientras tanto es importante para las municipalidades aprovechar al máximo de los fondos de coparticipación, equilibrando la construcción de obras con el dinero de funcionamiento. Esto significa un manejo de finanzas relativamente sofisticado, financiando gastos de funcionamiento hasta donde puedan por medio de los fondos de coparticipación, complementados de fondos sus otras fuentes de ingresos, a la vez, utilizando los fondos de coparticipación para reemplazar las inversiones que iban a hacer con otros fondos.

---

[5] Con la asistencia de CORDECO en los casos de Sicaya, Arque, y Tacopaya. CORDECO también asesoró a Capinota, pero su plan fue rechazado.

Ingresos generados localmente

Una de las razones por las que el Reglamento de la Ley de Participación Popular no incluye gastos de funcionamiento es proque prevé que los gastos operativos, incurridos por las municipalidades al prestar y administrar los servicios, se pagarán con los ingresos locales de salud. El año pasado los ingresos del Distrito fueron Bs. 21.000, representando apenas un 3% de los recursos actuales de funcionamiento en el Territorio. Casi todo fue recaudado en el Hospital Capinota, donde ingresan actualmente un promedio de Bs. 1.860 por mes. En contraste, Arque percibió solamente Bs. 63 durante todo el segundo semestre de 1994.

Hay muchos factores que afectan la capacidad de percibir ingresos. Entre ellos:

- La capacidad del paciente de pagar.
- La necesidad de prestar servicios a pesar de la falta de pago.
- El valor del servicio percibido por el cliente
- La necesidad de estimular programas específicos por no cobrar. Ellos incluyen inmunizaciones, atención ante y postnatal, clínicas, niño sano, IRA, TRO, TBC y otros.
- La tarifa para el servicio podría relacionarse con el costo.
- La necesidad de percibir ingresos podría influir sobre las políticas.
- La capacidad de administrar los fondos podría influir sobre sus montos.
- Las tarifas históricas y las tarifas de la competencia, si la hubiera.
- Las políticas y los procedimientos de exoneración pueden influir tremendamente los ingresos y la demanda de servicios.
- Las tarifas pueden influir el flujo de pacientes, poniendo una barrera para algunos e influyendo el flujo entre los niveles.
- El uso final de los ingresos: los pacientes prefieren ver que sus pagos se utilizan para mejorar sus propios servicios.

Entonces, el objetivo es maximizar los ingresos sin obstaculizar la demanda de servicios de salud. Incrementar la demanda es importante para extender la cobertura, rendir mejor a los recursos disponibles, e incrementar los ingresos en algún grado.

El cuadro [9] estima la demanda actual para servicios de salud dentro de los servicios de la SNS[6]. De acuerdo con las políticas y prácticas actuales de tarifas y exoneraciones, se puede esperar aproximadamente la misma cantidad de ingresos que se percibe actualmente, presentados en el cuadro [10].[7]

Al introducir varias políticas y actividades, se podría incrementar la demanda de servicios. Tales políticas incluyen mejor cobertura por extensión de la red y visitas comunitarias; y un

---

[6] Se excluyen los servicios de otras organizaciones que trabajan en el Territorio.

[7] Las estimaciones están basadas en los informes presentados para 1994, pero varían un poco porque los no siempre se desglosaron.

CUADRO 9:

Estimación de Demanda - Territorio de Capinota
Basado en Datos Historicos de 1994

Por Mes:

Lugar	Consulta Externa < 5 Años	Consulta Externa > 5 Años	Consulta Externa Total	Partos
Hospital de Capinota (70%)	75	226	301	9
Visitas Comunitarias (15%)	16	48	65	2
Resto del Territorio (15%)	16	48	65	2
Total	108	323	430	13

Por Año:

Lugar	Consulta Externa < 5 Anos	Consulta Externa > 5 Anos	Consulta Externa Total	Partos
Hospital de Capinota (70%)	903	2,709	3,612	108
Visitas Comunitarias (15%)	194	581	774	24
Resto del Territorio (15%)	194	581	774	24
Total	1,290	3,870	5,160	156

CUADRO 10:

Estimación de Ingresos - Distrito Capinota
Basado en Datos Historicos de 1994
Y a Siguientes Tarifas y Limitaciones

- Consulta Externa Hospital B\.2; 60% < 5 Exonerado; 10% > 5 Exonerado.
- Consulta Externa Periferico > 5 B\.1 70% Exonerado; < 5 Gratis;
- Maternidad B\,90 (Total); 40% Exonerado

Por Año:

	Consulta Externa < 5 Años	Consulta Externa > 5 Años	Consulta Externa Total	Inyec-ciones	Cura-ciones	Mater-nidad	Otros Ingresos	Ingresos Proyectados Totales
Hospital de Capinota	722	4,876	5,599	1,440	2,640	5,832	4,800	20,311
Visitas Comunitarias	0	348	348	0	0	0	0	348
Resto del Distrito	0	348	348	0	0	0	0	348
Total	722	5,573	6,295	1,440	2,640	5,832	4,800	21,007

CUADRO 11:

Estimación de Ingresos - Distrito Capinota
Incluyendo a Siguientes Tarifas y Limitaciones

- Consulta Externa Hospital <5 B\.2; 30% Exonerado; Incrementa 50%.
- Consulta Externa Hospital <5 B\.2; 10% Exonerado; incrementa 30%.
- Consulta Externa Periferico > 5 B\.1 70% Exonerado; < 5 Gratis; Incrementa 50%
-Visitas Comunitarias Incrementa 20%.
- Maternidad B\.90 (Total); 40% Exonerado; incrementa 50%
- Cirugia Promedio B.\200 (Total); 40% Exonerado; 10 pacientes al mes

Por Año:

Lugar	Consulta Externa < 5 Años	Consulta Externa > 5 Años	Consulta Externa Total	Inyec-ciones	Cura-ciones	Mater-nidad	Otros Ingresos	Cirugia	Ingresos Proyectados Totales
Hospital de Capinota	1,084	6,339	7,423	1,800	3,300	8,748	6,000	14,400	41,671
Visitas Comunitarias	0	383	383	0	0	0	0	0	383
Resto del Distrito	0	522	522	0	0	0	0	0	522
Total	1,084	7,245	8,328	1,800	3,300	8,748	6,000	14,400	42,576

Cuadro 12:

Resumen - Ingresos Generados Localmente por Servicios de Salud

Basado en Las Siguientes Tarifas y Limitantes

- Consulta Externa Hospital B\.2; 30% < 5 Exonerado; 10% > 5 Exonerado.
- Consulta Externa Periferico > 5 B\.1 70% Exonerado; < 5 Gratis;
- Maternidad B\.90 (Total); 40% Exonerado
- Cirugia Promedio B.\200 (Total); 40% Exonerado

Escenario 1: Ningún Cambio en la Demanda

Lugar	Consulta Externa	Inyec-ciones	Cura-ciones	Mater-nidad	Cirugía	Otros Ingresos	Total
Hospital de Capinota	5,599	1,440	2,640	5,832	0	4,800	20,311
Otros Lugares	697	0	0	0	0	0	697
Total	6,295	1,440	2,640	5,832	0	4,800	21,007

Escenario 2: Incrementos en la Demanda

Lugar	Consulta Externa	Inyec-ciones	Cura-ciones	Mater-nidad	Cirugía	Otros Ingresos	Total
Hospital de Capinota	7,423	1,800	3,300	8,748	6,000	14,400	41,671
Otros Lugares	906	0	0	0	0	0	906
Total	8,328	1,800	3,300	8,748	6,000	14,400	42,576

Incremento de Ingresos por el Escenario 2

Lugar	Consulta Externa	Inyec-ciones	Cura-ciones	Mater-nidad	Cirugia	Otros Ingresos	Total
Hospital de Capinota	1,824	360	660	2,916	6,000	9,600	21,360
Otros Lugares	209	0	0	0	0	0	209
Total	2,033	360	660	2,916	6,000	9,600	21,569

rango más amplio de servicios en el Hospital de Capinota, incluyendo partos, cesáreas y cirugía; y mejor calidad de todos los servicios. Si se ponen en ejecución esas políticas, es posible que resulten los siguientes efectos en la demanda:

- La ampliación del hospital de Capinota incrementa las consultas externas de < 5 años en un 50%.
- La consulta externa > 5 años se incrementa en un 30%
- Se comienza con 10 pacientes de cirugía por mes.
- Las visitas comunitarias se incrementarán en un 20%.
- Las consultas en el resto del Distrito se incrementa en un 50%
- El número de partos se incrementará en el Hospital de Capinota en un 50%, incluyendo cesáreas.

Es importante reconocer que se podría atribuir una gran parte de este incremento en la demanda a los servicios que se prestan gratis - clínica antenatal, inmunizaciones, niño sano, IRA, TRO y nutrición.

Además, para fomentar la demanda en las clínicas fuera de Capinota, es probablemente mejor no cobrar al comenzar. La demanda de la mayoría de los servicios es muy reducida y la tarifa sólo actúa como una barrera más. Además, con poca demanda, se perciben pocos ingresos y así casi no vale la pena cobrar.

Al aplicar la demanda incrementada a la política actual de tarifas se produce una duplicación de ingresos, según se indica en el cuadro [11] y en el Resumen (cuadro 12). Esta estimación es obviamente optimista, pero irreal. Es importante recordar que no incluye medicamentos ni odontología.

Aunque se duplicaran los ingresos, todavía no representa mucho dinero. Con Bs. 20.000 se puede pagar un médico y una auxiliar de enfermería. Teniendo en cuenta esto, el incremento de los ingresos no debería ser la justificación de un hospital nuevo.

Una pregunta crítica es la capacidad de los pacientes de pagar. La gente del Territorio es pobre, especialmente en el campo. No obstante, existen algunas indicaciones que sugieren que la capacidad de pagar es mayor que previsto, siempre suponiendo que la salud, o sea, los servicios, son algo valorizados por la población. Dos de dichas indicaciones son:

- En febrero de 1995, PROSANA proveyó suficiente dinero para establecer un fondo rotativo de medicamentos en el Hospital de Capinota. Esto produjo ventas en el primer mes (a un precio de venta mayor) de casi Bs. 4.000, lo cual representa más ventas de medicamentos que durante todo el año de 1994.

- Los campesinos tienen que pagar los servicios tradicionales, normalmente con productos. A veces, las tarifas son altas.

En conclusión, aunque no represente un porcentaje importante de los ingresos, se debería poner en práctica políticas para incrementar los ingresos. Es necesario recordar que el costo del personal y los medicamentos representan alrededor de un 90% de los costos directos de prestar servicios de atención primaria. La SNS debería proveer el personal de salud; y si se puede proveer una buena parte de los medicamentos por medio de un fondo rotativo, falta cubrir solamente algunos costos directos adicionales a nivel de atención por medio de otras fuentes, incluyendo los ingresos.

Otras posibilidades de fondos

Es posible que existan fuentes adicionales de financiamiento de los gastos operativos de salud pública, que se podrían desarrollar en el mediano y largo plazo. Entre ellos, se iniciaron conversaciones con los gerentes de COBOCE para explorar la posibilidad de establecer un sistema de prepagos utilizando una porción del dinero que COBOCE paga a la Caja Nacional de Seguridad Social. Estas gestiones son preliminares, pero se las debe considerar fuentes potenciales.

Vale mencionar otro plan innovador creado por las autoridades en Sicaya: se formará una cooperativa agrícola por medio de la instalación de un sistema de microrriego y se dedicará una parte de las ganancias al apoyo del hospital. Consideramos que esta idea tiene mucho mérito, y que podría aplicarse en otros lados.

Conclusiones

Los servicios de salud de Capinota existen gracias a los recursos aportados por varias fuentes, hasta ahora, poco coordinadas. Visto en su totalidad, no hay un solo participante que predomine, sino muchos contribuyentes. No obstante, los recursos son pocos, y para que sean efectivos, accesibles, y equitativos, los servicios requieren muchos más recursos.

Con la ejecución de la LPP, todavía habrá muchos contribuyentes, pero la existencia del Directorio podría actuar como un esfuerzo positivo para realmente negociar y coordinar los aportes. Cada organización tiene sus intereses funcionales y geográficos, y también sus limitantes respecto a lo que pueden aportar. Por eso, será la función del Directorio organizar las fuentes de recursos para asegurar que en su conjunto el Territorio tenga lo que se requiere.

PUNTOS A CONSIDERAR

1. ¿Se considera la cantidad de recursos necesarios para prestar apoyo a suficientes servicios de salud pública ? ¿Para qué servicios y/o áreas geográficas se requieren recursos adicionales? ¿Aproximadamente cuánto?

2. ¿Cuáles son las inversiones y los gastos que tienen una mejor eficacia en función de los costos, o sea, cuales tienen el efecto más positivo en la salud de la población al costo más bajo?

3. ¿Es factible y útil aplazar por un tiempo el desarrollo de infraestructura nueva en salud, para permitir la inversión en fondos rotativos de medicamentos?

4. ¿Entre las organizaciones presentes, como se podrían incrementar los recursos destinados a salud? ¿Qué cantidad de recursos adicionales podría aportar cada organización?

5. ¿Valdría la pena estudiar fuentes adicionales de financiamiento? ¿Qué alternativas se querría explorar? ¿Quién se responsabilizaría?

C. Expansión de la cobertura

Como ya se mencionó, los servicios existentes de salud actualmente atienden apenas a un 10% de la población. Frecuentemente, la accesibilidad es difícil, existen barreras culturales y económicas. Además, faltan algunos servicios secundarios y terciarios, y la calidad de todos los servicios podría mejorarse.

Al considerar la posibilidad y las estrategias de expansión, se debería comenzar con la identificación de los problemas de salud. Como se discutió en la Sección II, los problemas de salud más críticos incluyen atención prenatal, parto y puerperio para proteger a las madres y reducir la tasa extremadamente alta de mortalidad infantil; y los problemas asociados con diarreas e infecciones respiratorias. Todos los problemas de salud se agudizan debido a la falta de nutrición adecuada.

Vale mencionar que en el caso de Arque, especialmente, existe gran desconfianza de los servicios modernos de salud.

1. Expansión de los servicios hospitalarios

La situación actual

El enfoque de los servicios en Capinota se circunscribe al hospital. El Hospital es deficiente en muchos aspectos: no tiene servicios de cirugía ni de rayos X; tiene un laboratorio mínimo; el consultorio de odontología no es adecuado para los pacientes; no siempre hay agua en el edificio principal; no hay una sala de reuniones para la comunidad; no existe un ambiente donde los parientes de los pacientes puedan quedarse si vienen de lejos; y otros problemas.

Es indiscutible que los servicios de cirugía ayudarían a la población de Capinota: los pacientes actualmente tienen que ir a Cochabamba o sufrir las consecuencias de no ser operados. Si existieran, estos servicios podrían servir como un imán para atraer más pacientes, y tal vez incrementar ligeramente los ingresos locales.

Actualmente no se puede hacer ni operaciones cesáreas. Se estima que aproximadamente un 10% de los partos podrían beneficiarse de este servicio. Se estima un promedio de 760 nacimientos por año para el área de captación, lo que significa una demanda potencial de 76, o probablemente una por semana.

Ante esta situación, no es sorprendente que la municipalidad tenga en marcha planes avanzados para ampliar al hospital, incluyendo dos alas adicionales. Su costo está estimado en aproximadamente Bs.700.000, más el equipamiento, sin incluir una sala de reuniones ni alojamiento para los familiares de los pacientes. El costo total probablemente será de alrededor de Bs.1.000.000, más los intereses del préstamo contemplado.

Si se logra esta ampliación, se debería añadir que los costos operativos subirán: se tendrá que agregar por lo menos un cirujano, otra enfermera, uno o dos auxiliares, y un técnico de rayos X/laboratorio. La asignación de aquellos ítems no es muy probable.[1]

También los gastos de funcionamiento tienen que subir, variando con el número de pacientes y operaciones.

Lo que no se conoce con precisión es la demanda de este servicio. Normalmente, las admisiones relacionadas al parto representan el 30% a 40% de los pacientes. Si se duplica el número de partos a 200 por año, se podría esperar una demanda de alrededor de 500 pacientes por año, de los cuales probablemente menos de 100 requerirían cirugía, lo que demuestra que el costo adicional de prestar los servicios de cirugía sería elevado, en relación con el número de pacientes atendidos, y que tal vez se debería estudiar esta opción con más cuidado.

El Hospital de Sicaya

Hace unos años, una organización sueca proveyó los fondos para construir un hospital moderno en Sicaya. Es muy bonita y funcional, pero tiene pocos pacientes. Además, la organización sueca retira su apoyo en 1995, entonces la municipalidad tendrá que prestar apoyo al presupuesto del hospital. Esto es exactamente la situación que podría duplicarse con el estímulo de la LPP, y lo que se debería evitar.

El problema que tiene este hospital es atraer pacientes, lo que significa ganar su confianza por medio de la expansión de los servicios de atención primaria.

Es probable que haya muchos Territorios de Salud que se encuentran en las mismas circunstancias: una necesidad técnica y política de construir un hospital para su población, y gracias a la Ley de Participación Popular y otras fuentes, la capacidad financiera de por lo menos comenzar la construcción. Las preguntas principales son si son rentables y si la municipalidad puede obtener y/o financiar los ítems adicionales y los otros gastos recurrentes.

2. Infraestructura de atención primaria

Además del Hospital de Capinota, existe una serie de puestos de salud en el Territorio que son manejados por las ONG, una clínica que brinda atención a los trabajadores de COBOCE, y también, 5 Puestos de Salud ya construidas dentro del Municipio de Capinota que no funcionan por falta de recursos humanos, o sea, auxiliares de enfermería.

---

[1] La SNS está estudiando la posibilidad de redistribuir el personal, y aparentemente tendrá un aumento en su presupuesto para 1996. No obstante, el incremento será utilizado principalmente para aumentar los salarios del personal existente y no para crear items nuevos. A la vez, la transferencia de personas e ítems, tendrá mucha resistencia.

El Hospital de Sicaya funciona principalmente como una clínica de atención primaria.

Arque tiene una clínica con un médico y una enfermera, pero tampoco tiene pacientes. Esto se atribuye a la dispersión de la población y su desconfianza en los servicios de salud.

Tacopaya tiene una clínica pequeña donde trabaja un auxiliar de enfermería quién se ha ganado la confianza de la población después de doce años de servicios.

Es importante reconocer el factor de dispersión de la población como obstáculo para prestar servicios de salud. La tabla y gráfica demuestra esta dificultad, particularmente en referencia a los cantones de Arque y Tacopaya donde la mayoría tiene que caminar por lo menos una hora y, frecuentemente, mucho más para llegar a los servicios de salud.

Como respuesta a este problema, una revisión de los planes municipales presentados a CORDECO y los planes del FIS, detectó que Sicaya tiene 2 Postas presupuestadas, Arque 1 y Tacopaya 2. Una de las Postas de Tacopaya reemplaza la actual que es físicamente inadecuada; pero tienen planificado (y justificado en términos geográficos y de población) 3 Postas adicionales para los años que vienen. Todas estas Postas de Salud requerirán recursos humanos y un presupuesto de funcionamiento.

En resumen, en el Territorio de Capinota se construirán 12 Puestos de Salud en un futuro cercano, las que actualmente no tienen presupuesto de operación ni personal. Esto tiene mucho más sentido en términos de rentabilidad de los servicios. Pero dado el hecho que la SNS no ha podido proveer los recursos humanos a los 5 Puestos existentes no implementadas en Capinota, es muy dudoso que en el corto plazo va a poder satisfacer a los 12 Puestos nuevos planificadas.

Es importante señalar que sin el presupuesto y los recursos humanos necesarios, las inversiones en infraestructura son inútiles y probablemente contraproducentes en términos políticos. Su única utilidad en términos de salud podría ser el uso ocasional por parte del personal existente, lo cual tal vez no justifica el costo, particularmente considerando que estos edificios tienen que ser mantenidos de todas maneras.

Se estima que el costo de poner en marcha una Posta de Salud es de aproximadamente Bs. 700 por mes, no incluyendo medicamentos. Bs. 540 representan los pagos a una auxiliar de enfermería. Esto significa un costo anual de Bs.7.700. Los medicamentos podrán costar hasta Bs. 500 por mes adicionales.

En el caso de Capinota, una alternativa para poner en marcha los puestos de salud sería establecer una rotación de un equipo médico entre los puestos que quedan sin cubrir. Esto requiere por lo menos un médico, una auxiliar, un chofer, un vehículo con su presupuesto, y los materiales necesarios para realizar esta actividad. Estimamos que este modo de expansión podría costar alrededor de Bs. 40.000 por año.

3. Otras modalidades de extensión de la red de cobertura

Al considerar la extensión de cobertura, se plantean otras posibilidades, además del incremento de infraestructura. Así se incluye la opción de incorporar miembros de la comunidad en el mismo sistema de salud. Se consideran por lo menos tres tipos de personas, que podrían contribuir notablemente a la extensión de los servicios: parteras tradicionales, promotores de salud y practicantes de la medicina tradicional.

Las parteras podrían ser incorporadas por medio de capacitación y supervisión, representando poco costo adicional. Esta acción podría producir buenos resultados en términos de reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna si pudieran ganar la confianza de sus propias comunidades.

Dependiendo de las responsabilidades asignadas, es posible que también se podrían atraer algunas personas para actuar como promotores de salud por medio de capacitación. Si se espera que trabajen una buena parte de su tiempo en estas tareas, sería necesario pagarles, o por lo menos suministrales materiales y medicamentos para vender y quedarse con las ganancias. Es posible que por medio de esta estrategia se disminuyan las elevadas tasas de enfermedades diarreicas e IRA, y especialmente en el último caso, se reduzca la tasa de mortalidad infantil.

La categoría de practicantes tradicionales es más difícil y controvertida. Sus capacidades y técnicas varían, y dentro de su medio son frecuentemente efectivas. No obstante, podrían beneficiar a la población y a su propia práctica si incorporaran elementos de la medicina moderna. El sistema de salud también podría beneficiarse de un enlace que les ayude a ganar la confianza de la población.

El mecanismo para este enlace es discutible. La capacitación y los intercambios son valiosos si a los practicantes tradicionales les interesa. También depende de la estabilidad e interés del personal de salud por establecer las relaciones. No debería decartarse tampoco la posibilidad de pagos de algún tipo como estímulo.

4. Resumen y conclusiones

Existen varias estrategias para extender la cobertura. La figura [6] sugiere algunas con estimaciones muy preliminares. Cada una tene sus beneficios y costos, los cuales se deberían evaluar en consideración de la importancia de la estrategia en términos técnicos, políticos, y desde el punto de vista de la población. También, hay que evaluar la factibilidad económica, política y administrativa, y asegurar que habrá el personal necesario.

La Ley de Participación Popular estimula la expansión de servicios en insistir que un 90% de los fondos de la coparticipación se utilicen para 'inversiones'. Desafortunadamente, la mera existencia de una infraestructura de salud no garantiza el funcionamiento adecuado como se

Figura 6: Posibles Estrategias para Extender la Cobertura de Salud*

Estrategia	Población Servido	Personal Adicional Requerido	Costo de Inversión	Incremento al Costo Operacional
Servicios de Cirugía, Rayos X, Laboratorio, y Salas Adicionales en el Hosp. de Capinota	50 Cesareas 100 Otros Pacientes de Cirugía por año.	Mínimo: Cirujan Enfermera, 2 Auxiliares	Mínimo Bs.500,000 con equipos	Mínimo Bs.70,000 por ano
Poner en marcha un Puesto de Salud	1000 - 5,000 con servicios de atención primaria	Auxiliar de Enfermería con Supervisión	Bs.35,000	Bs.8,000 por año
Equipo Móvil para atender Puestos de Salud	5,000 - 8,000 con servicios de atención primaria y atención médica	Médico Auxiliar de Enfermeria	Bs.80,000 por un Vehículo	Bs.40,000 por ano
Proveer Fondos Rotativos de Medicamentos a 15 Puestos de Salud y los Hospitales de Capinota y Sicaya.	La mayoría de la población del Territorio con Medicamentos Básico	Ninguno	Alrededor Bs.40,000	Posiblemente Bs.10,000 - Bs.20,000 por ano para reemplazar perdidas

* Estimaciones muy preliminares.

Criterios para Evaluar Estrategias de Expansión de Cobertura

- Objetivos / Problemas a Resolver
- Población atendida (Equidad)
- Beneficios / Impacto
- Importancia
- Costo de Inversión
- Incremento de Costos Operativos
- Disponibilidad de Personal
- Factibilidad

puede observar en el caso de los puestos de salud sin personal. Se requieren recursos adicionales, principalmente recursos humanos para que las inversiones sean factibles.

Para ayudar a las municipalidades a analizar estos asuntos y evaluar entre las distintas opciones desarrollamos un formato sencillo que funciona como una lista de control para cualquier proyecto de construcción. No pretende ser preciso, pero le obliga a las personas tomando decisiones considerar las ramificaciones y la factibilidad de sus decisiones, y así poder comparar alternativas.

Durante el estudio, analizamos las varias posibles obras dentro del Hospital de Capinota utilizando este formato, y así el Director del Distrito y la municipalidad identificaron las inversiones más rentables.

PUNTOS A CONSIDERAR

1. ¿Cuáles son los objetivos principales de la extensión de la cobertura de salud?

2. ¿Dado el estado de salud de la población, qué estrategias tienen una mejor relación rentabilidad?

3. ¿Cómo piensan poner en marcha los Puestos de Salud nuevos, o sea, de dónde viene el personal y los materiales necesarios?

4. ¿Creen que la demanda proyectada para el uso del Hospital de Capinota es suficiente para justificar su costo? ¿Valdría la pena estudiar mecanismos para lograr una mayor rentabilidad?

5. ¿Valdría la pena extender la cobertura por medio de personal comunitario? ¿Qué estrategias se recomiendan y con qué fondos?

D. El personal del Territorio de Capinota

Uno de los factores más críticos para el desempeño del sistema de salud es el personal. A continuación se encuentra una descripción del personal existente en salud asalariado, técnico y administrativo de los municipios de Capinota, Sicaya, Arque, y Tacopaya.[1] El personal fue encuestado el 5 y 6 de septiembre, 1994, y representa el sector público (SRS) y privado/no gubernamental (ONG). No se incluyen los médicos particulares. Se debería notar que ha habido algunos cambios desde la fecha de la encuesta, particularmente los médicos, los cuales han cambiado todos. Los resultados se presentan en el Anexo 3.

1. Personal técnico de salud

Municipio de Capinota

Capinota cuenta con un total de 15 personas como personal en salud. De los quince, ocho son personal de la SRS y los otros siete al Proyecto CCH y a la Iglesia Católica.

El Personal Técnico de la SRS incluye al Jefe Territorial de Salud, dos médicos, dos enfermeras, y dos auxiliares de enfermería. Entre estas personas, solamente el Jefe Territorial de Salud tiene un contrato indefinido con la SRS. Los otros son de servicio rural obligatorio (año de provincia). Esto significa que cada año, cambia un mínimo de 80% del personal técnico del sector público. Del personal existente todos han estado menos de un año en Capinota. Dos provienen del Departamento de Cochabamba y los demás de afuera del Territorio.

El Proyecto CCH y la Iglesia Católica contribuyen un total de cinco (5) personas, que abarcan una enfermera, una educadora, un técnico de saneamiento ambiental y dos auxiliares de enfermería. La enfermera tiene un contrato anual con la Iglesia y trabaja en su cargo dos años. La educadora y el técnico tienen contratos anuales con el CCH; la educadora ha estado un año y el técnico 4 meses. Las auxiliares tienen contratos suplentes a corto plazo. Una de las auxiliares es de Capinota y las otras de afuera del Territorio.

El Personal Administrativo del SRS en Capinota incluye una administradora, un chofer y una cocinera del hospital, lo que representa un total de tres (3) personas. Todos tienen contratos indefinidos con el SRS. Sus estadías en Capinota varían entre tres meses en el cargo hasta nueve años (la cocinera).

El Proyecto CCH provee un secretario/asistente administrativo y un chofer por un total de dos (2). Los dos tienen contratos anuales con el CCH y tienen un año en sus cargos.

El equipo 'Territorial' está financiado en gran parte por el Proyecto CCH. Cuando el Proyecto termine, la SRS o el Directorio de la UBAGE tendría que sustituir todo o parte de este equipo.

---

[1]Este estudio fue realizado por la Dra. Silvia Zapata y la Lic. Margaret Binns.

Municipio de Sicaya

Sicaya cuenta con dos (2) personas como personal en salud, una médica y un auxiliar de enfermería. No hay personal administrativo basado en Sicaya. La médica estaba de año de provincia. El auxiliar tiene contrato suplente con CCH y ambos han estado trabajando por menos de un año en Sicaya. Los dos son de afuera de la comunidad, pero uno es de Cochabamba.

Municipio de Arque

Al igual que Sicaya, el municipio de Arque cuenta con un médico y una auxiliar de enfermería como personal en salud. No hay personal administrativo en Arque. La auxiliar tiene un contrato suplente con el CCH y ha estado trabajando en Arque durante 4 meses. El médico está cumpliendo con su año de provincia y ya lleva 7 meses trabajando en Arque. Ninguno es de la comunidad, pero el médico es de Cochabamba.

Como en el caso de Sicaya, cuando se termine el Proyecto CCH, la SRS o el Directorio de la UBAGES tendría que contratar a una auxiliar.

El médico es típico de muchos de los médicos en su año de provincia: no habla el idioma local, no sale a las comunidades y accede a la insistencia del cura de mantener abierta su clínica aunque no tenga pacientes. Como resultado, está desanimado, no es eficaz y aguarda su salida.

Municipio de Tacopaya

Tacopaya cuenta con un solo auxiliar de enfermería como personal en salud. Tiene un contrato indefinido con la SRS y ha estado en Tacopaya 12 años con un contrato indefinido aunque sea paceño.

Al contrario del médico de Arque, el auxiliar de enfermería ha pasado suficiente tiempo como para ganarse la confianza de la población. Sale a la comunidad y sus funciones sobrepasan las responsabilidades de un auxiliar de enfermería por falta de otros recursos. Esto demuestra la importancia de la estabilidad en la comunidad.

2. Estabilidad del personal

Como se observa en lo anterior, un problema de suma importancia para los servicios de salud, es la inestabilidad del personal, particularmente del personal médico. Sin excepción alguna, todos los médicos operativos del Distrito de Capinota están llevando a cabo su "Año de Provincia", lo que tiene las siguientes consecuencias:

1. Falta de conocimiento de la situación de salud y las características de la población, incluyendo en la mayoría de los casos, el idioma local.

2. Falta de confianza de la población, que se refleja en una disminución notable de la demanda de servicios, y en su cobertura, lo que afecta negativamente la salud de la población.

3. Falta de motivación del personal al tratar de superar estos obstáculos, sabiendo que el tiempo disponible apenas permite un comienzo del proceso.

4. Una disminución en la calidad de los servicios, siempre prestados por personal sin experiencia.

5. Costos elevados de capacitación y supervisión por la rotación constante del personal.

6. Reducción de la posibilidad de generar fondos propios adicionales para ayudar a financiar los servicios (como en el Hospital de Capinota).

7. La imposibilidad de que el médico permanezca en el lugar aunque quisiera.

Estos factores son particularmente agudos en las municipalidades pequeñas con poblaciones autóctonas como Sicaya, Arque y, eventualmente, en Tacopaya. Es tambien un factor que contribuye, sin duda alguna, a la disminución de la demanda del Hospital de Capinota.

La LPP indica que el personal de la S.N.S queda bajo su dirección, lo que dificulta que el Directorio insista, por ejemplo, en que los médicos asignados no sean ecién egresados.

La S.N.S está estudiando la restructuración de su personal para poder ofrecer personal adicional para atención primaria a las áreas rurales, e incrementar sus salarios como incentivo para que el personal se quede en las zonas rurales. No se sabe cuándo se hará realidad esta medida, ni cómo afectará al Territorio de Capinota, pero se puede esperar mucha resistencia por parte de las personas con items que se deberían transferir.

Mientras tanto, la Ley no excluye la posibilidad de que la comunidad ofrezca incentivos al personal que desea permanecer en el Municipio. Las posibilidades de incentivos incluyen:

- Vivienda
- Electricidad (generador/red)
- Agua
- Teléfono/Radio
- Vehículo (para uso en el trabajo y uso personal)

Cabe destacar que este tipo de incentivos como inversiones se podría pagar con fondos de coparticipación.

Tampoco se excluye la posibilidad de que la Subregión, o las comunidades contraten individualmente a su propio personal de salud. Ya sean médicos, auxiliares, yatiris, o promotores. Las posibles fuentes de financiamiento por el momento excluyen fondos de coparticipación, pero se podría reducir el porcentaje de los fondos que están destinados a salud y reemplazarlos por otras fuentes que permitan el pago de salarios. Lo mismo ocurre en el caso de los sobresalarios como incentivos.

3. Personal de los municipios

La siguiente es una descripción del personal ejecutivo y operativo asalariado existente en los municipios de Capinota, Sicaya, Arque y Tacopaya durante las mismas fechas de septiembre 1994.

Municipio de Capinota

El municipio de Capinota cuenta con un total de 47 empleados asalariados; 14 se consideran personal ejecutivo/operativo, y 33, obreros. El personal ejecutivo y operativo fue entrevistado para este estudio. De los 14 entrevistados, 8 tienen contratos indefinidos con la Alcaldía. Cuatro empleados tienen contratos por períodos que van de anual, mensual y/o de tiempo parcial.

De las catorce personas entrevistadas, nueve han estado en sus cargos menos de un año. Esto incluye al alcalde, el consejal y tres de los empleados con contratos indefinidos. Todos los empleados con contratos por plaza (4) han estado en sus cargos menos de un año. Casi la mitad del personal, el 43%, proviene de Capinota.

De los catorce empleados entrevistados, la mayoría (9) han trabajado para la Alcaldía por menos de un año, aunque ocho tengan contratos indefinidos. Esto implica que cada año electoral, no solamente hay un cambio al nivel ejecutivo/elegido, sino también un alto porcentaje de cambio en el personal operativo con contratos indefinidos. Después de la próxima elección y la prorrogación de los mandatos, el tiempo de estancia de los empleados contratados posiblemente se extienda, con el resultado de disminuir el movimiento de personal en el municipio. La estabilidad de personal operativo es particularmente crítica debido al incremento de responsabilidades y requisitos administrativos/financieros al nivel municipal debido a la LPP.

Municipios de Sicaya, Arque y Tacopaya

Durante el período de la encuesta, los municipios de Sicaya, Arque y Tacopaya contaban con un solo empleado asalariado, el alcalde. Aunque cada municipio tenga consejos municipales, los consejales no son empleados asalariados, y por eso no fueron encuestados. Ninguno de los

tres municipios tenían personal operativo/administrativo contratado cuando la encuesta fue realizada. De los tres municipios solamente el alcalde de Sicaya fue encuestado, los otros dos estaban fuera de sus municipios durante la encuesta.

Todos los alcaldes han estado en sus cargos desde enero del 1994. El tiempo de estadía en sus cargos es dos años, pero se extenderá después de la próxima elección. El alcalde de Sicaya proviene de Sicaya, pero antes de su elección vivía en La Paz.

4. Capacitación requerida - Personal de Salud

Lo siguiente es un resumen del nivel de instrucción/capacitación adquirida y deseada/necesaria del personal de salud descrito en la última sección. El personal encuestado representa el sector público y el sector privado/no gubernamental que trabaja en salud en los municipios de Capinota, Arque, Sicaya, y Tacopaya. Fueron encuestados sobre nivel de educación/capacitación adquirido y capacitación deseada o provechoso para mejor llevar a cabo sus cargos. Puesto que varias de las personas encuestadas ya han salidos del sistema, se debería considerar sus deseos/necesidades de capacitación como 'típicos' para las personas que trabajan en el sistema.

Municipio de Capinota

El personal técnico de Capinota incluye personal del sector público y privado para un total de diez. De los 10, siete han cumplido estudios universitarios en medicina y enfermería. Las auxiliares y el técnico ambiental han llegado al nivel técnico medio. Todos los médicos (5) quieren obtener una especialidad. Las áreas de interés incluyen salud pública, pediatría, salud materno-infantil y ginecología. Tres miembros del personal técnico quieren recibir capacitación en computación y el jefe del distrito desea aprender programación de computadoras. (Hay una computadora en el Hospital de Capinota.) Uno desea aprender hablar Quechua para facilitar su trabajo en las comunidades. Las auxiliares quieren sacar licenciaturas en enfermería.

El personal administrativo del sector público y privado en Capinota comprende una administradora, un secretario, dos choferes y una cocinera. Tres han cumplido estudios hasta el nivel técnico medio, uno hasta el nivel medio y otro hasta el nivel básico. De los cinco, tres desean capacitación en computación para facilitar su trabajo. Un chofer quiere estudiar ingeniería mecánica y la cocinera desea aprender primeros auxilios.

Municipio de Sicaya

En Sicaya, la médica ha cumplido estudios hasta el nivel universitario y el auxiliar hasta el nivel medio. La doctora, que recién ha llegado a la comunidad, está buscando un área para especializarse. El auxiliar quiere seguir sus estudios y obtener una licenciatura en enfermería y recibir capacitación específicamente en partos.

Municipio de Arque

En Arque, el médico ha cumplido estudios universitarios y la auxiliar ha terminado hasta el nivel técnico medio. El doctor quiere especializarse en ginecología y recibir capacitación en salud integral y nutrición. La auxiliar desea recibir capacitación en salud comunitaria y nutrición. (La desnutrición es un problema serio en Arque.)

Municipio de Tacopaya

El auxiliar de Tacopaya ha cumplido estudios hasta el nivel técnico medio. Desea recibir capacitación en medicina tradicional y medicamentos y aprender algo de medicina veterinaria.

Recomendación: **Aunque la mayoría del personal técnico habla quechua, los que no lo saben deben recibir capacitación en ese idioma, dado que es fundamental para facilitar la comunicación entre el personal y sus clientes y para aumentar el nivel de confianza en los servicios de salud entre la población.**

Recomendación: **Capacitación en computación para el personal técnico y administrativo. Esto facilitará la preparación de informes y reportes y ayudará con la recolección y recopilación de datos/estadísticas.**

Recomendación: **Capacitación en salud comunitaria y nutrición dada la demanda para más información y conocimientos en estas áreas y la situación actual en las comunidades.**

Recomendación: **La carencia de conocimientos sobre la salud pública/comunitaria indicada por parte del personal técnico refleja programas de estudio no apropiados en las escuelas de medicina aunque el servicio rural sea obligatorio. Por eso, los médicos comienzan su año de practica en las comunidades mal preparados y sin una comprensión amplia de salud comunitaria. Entonces, recomendamos la renovación/reformulación de los programas de estudio en las facultades de medicina, con más énfasis en salud primaria y comunitaria.**

5. Capacitación - Personal de los municipios

Del personal que actualmente trabaja en la municipalidad de Capinota, la gran mayoría pidió capacitación en computación. Esto nos parece útil e potencialmente efectivo siempre y cuando tengan acceso a computadoras. Actualmente hay solamente una computadora en la alcaldía, ubicada en el departamento de finanzas. Si se consiguen otras computadoras dedicadas a tareas específicas, será muy importante capacitar al personal en el uso de las aplicaciones que se utilicen. La capacitación en materia de programación y programas ajenos al uso directo de la gestión administrativa del Territorio no vale la pena.

Recomendación: **Todo personal administrativo del Territorio debería recibir capacitación en el uso de los programas que se utilicen para administrar el Territorio, siempre y cuando tengan acceso a una computadora.**

Se puede observar en el Anexo 3 que varios de los funcionarios también pidieron capacitación adicional en su área de especialidad. Esto nos parece conveniente y útil para el Territorio tanto como para el individuo. En este caso, Capinota tendría que unirse con otros Territorios, tal vez a nivel departamental para justificar un curso específico, por ejemplo, en la administración del personal.

Recomendación: **El Gobierno Central desarrolle una serie de seminarios para el personal municipal para mejorar su capacidad administrativa/gerencial. Estos seminarios podrían darse a nivel departamental.**

PUNTOS A CONSIDERAR

1. ¿Están satisfechos con la cantidad y la calidad del personal de salud que trabaja en el Territorio?

2. ¿El personal administrativo de la municipalidad de Capinota es suficiente y está calificado para poder hacerse cargo de las tareas implícitas de la LPP?

3. ¿Qué cambios de política o incentivos se podrían ofrecer para mejor la estabilidad del personal?

4. ¿Que papel debería tener el Directorio Territorial de Salud respecto al personal de salud en el Territorio?

E. Planificación

Históricamente, la planificación de los servicios de salud era la responsabilidad de la SRS por medio de su personal en el Distrito. Había una coordinación con las ONG, pero no había mucha participación por parte del municipio mismo. La evaluación anual también era responsabilidad de la SRS.

Con la introducción de la Ley de Participación Popular, la responsabilidad para la planificación y la evaluación estará a cargo del Directorio de cada UBAGES. La SRS todavía tendría que formular las bases de los planes anuales para consideración del Directorio, que incluyen:

- El Plan Unico Territorial
- El Presupuesto Anual Operativo
- El Programa Anual Técnico de Mantenimiento y Recuperación de Infraestructura
- El Programa Estratégico de Inversiones en Salud

La diferencia principal será la participación de personas nuevas en el proceso, particularmente los representantes de las municipalidades y de las OTB. En la práctica, el Director Territorial de Salud debería formular los planes, tomando en cuenta las opiniones previas de los miembros del Directorio y otros miembros importantes de cada comunidad.

No obstante, el Directorio debería tener un papel importante en el proceso, y actuar como un foro para mejorar la integración de todos los actores. Tal vez su papel más importante después de aprobar los planes es asegurar la existencia de fondos y recursos para poder cumplir con los mismos.

Durante este año de transición, la Corporación de Desarrollo de Cochabamba (CORDECO), asesoró a cada municipalidad en la formulación del plan para los fondos de coparticipación. Esta asesoría útil para las municipalidades pequeñas que tenían poca capacidad técnica para realizarlos, pero fue rechazado por Capinota debido a la falta de participación de las mismas autoridades municipales.

La LPP y las Corporaciones de Desarrollo por su predisposición tienen la tendencia de enfocarse principalmente en las obras de construcción, sin tomar en cuenta el presupuesto necesario de funcionamiento. Por eso, en el futuro, los planes deberían formularse en términos del funcionamiento del sistema integral de salud. No es suficiente concentrarse en una sola fuente de recursos, sino que es necesario abarcar el sistema en su totalidad. Esa será la función del Directorio, con el sólido apoyo del Director Territorial de Salud y su equipo.

Es importante enfatizar que según la LPP, 'inversión' no es necesariamente sinónimo de 'obra de construcción'. Se permite que el dinero se utilice para mantenimiento, capacitación, fondos rotativos de medicamentos y, posiblemente, otros gastos relacionados con el funcionamiento de los servicios. El Directorio debería enfocarse en esta definición más amplia, e insistir que CORDECO o cualquier otra organización asesora haga lo mismo.

Esto es particularmente importante dado el hecho de que cada organización participante en el sistema tiene sus propios fines, recursos y limitaciones. El desafío para el Directorio será determinar qué recursos son necesarios, y después organizar los aportes de cada organización para que conjuntamente puedan cubrir el total. Por ejemplo, la SRS podrá proveer ciertos recursos humanos, los que deberían ser complementados por otras organizaciones. De igual manera, PROSANA, por ejemplo, proveyó el capital para comenzar los fondos rotativos de medicamentos, y el CCH ha aportado muchos recursos para fortalecer la supervisión. El punto clave es que ninguna organización tiene suficientes recursos para manejar los servicios en forma individual, pero se puede crear un sistema de salud adecuado.

F. Supervisión

La supervisión es fundamental para un buen desempeño de los servicios. El año pasado esta función fue ampliamente fortalecida por el Proyecto CCH que proveyó un equipo y los recursos necesarios para apoyar al Jefe del Distrito. Este equipo tiene dos funciones principales:

1. Prestar apoyo al personal operativo en términos de capacitación individual o en grupo para asegurar que los servicios cumplen las normas de la SNS, así como prestar apoyo logístico y sicológico al proceso de planificación y evaluación.

2. Proporcionar ciertas capacidades que el Territorio no tiene en el personal clínico operativo. Así, el equipo incluye una enfermera educadora y un técnico de saneamiento ambiental.

La composición del equipo puede variar de acuerdo con las necesidades determinado por el Directorio, pero en el largo plazo, el Directorio tendrá que buscar recursos más sostenibles o arriesgar un deterioro importante en los servicios. No es suficiente que el Jefe del Territorio visite a la cabecera de cada UBAGES de vez en cuando: **el personal operativo requiere apoyo continuo, particularmente dado el hecho de que muchos están en su primer año de trabajo.** Es verdad que un técnico de saneamiento no puede supervisar bien al médico, pero sí puede actuar como un enlace, un canal de comunicación con el Jefe del Territorio. Por eso es importante y necesario que alguien visite cada lugar de servicios periódicamente.

Con la expansión de la red de cobertura, el papel de los Jefes de UBAGES también va a cambiar. Tendrán que salir de sus clínicas para visitar mensualmente los Puesto de Salud. Esto requiere comprensión por parte de la población local de permitir que se ausente; y mecanismos y presupuesto para que llegue al lugar. Esta acción en sí también debería aumentar poco a poco la confianza que tenga la población atendida por el Puesto en los servicios. En este caso, también además de supervisión, debería prestar servicios médicos.

La supervisión debería incluir no solamente los lugares con personal de la SRS, sino también todas los establecimientos que ofrecen servicios de salud púública en el Territorio. Así, se comienza a pensar en términos de un *sistema integrado*. Está bien y es mejor que cada ONG

tenga su propio sistema de supervisión - es apoyo adicional. El equipo de supervisión en realidad funciona como una extensión al Directorio de Salud.

Cada establecimiento debería informar acerca de sus actividades al Jefe del Territorio. Esto incluye a las clínicas de las ONG que forman parte del sistema integrado. Así deberían utilizar los mismos formatos de informes para facilitar la consolidación.

Finalmente, vale repetir la conclusión previa de que el equipo de supervisión debería cubrir al Territorio y no solamente una UBAGES por la sencilla razón de que será mucho más rentable y menos costoso para cada UBAGES repartir este servicio. No obstante, cada UBAGES tendrá la libertad de adquirir capacidades especiales, como por ejemplo, un técnico en Chagas si creen que se merezca.

G. Sistemas de apoyo

Sistema de información

No intentamos realizar un análisis del SNIS, pero en el curso de este estudio tratamos de utilizarlo, y por eso tenemos algunos comentarios al respeto.

Como se mencionó en la Sección IIIC, es muy difícil detectar el cuadro real de enfermedades en el Territorio por dos razones principales:

1. La gran mayoría de la población no forma parte del sistema de salud.

2. El sistema de información existente es deficiente en algunos aspectos, particularmente en el registro de las estadísticas vitales.

Para aliviar el primero, **es fundamental que todos los establecimientos de salud presenten informes mensuales utilizando el SNIS y cualquier otro formato que el Directorio de Salud considere necesario.** Esto incluye los ONG, y si es posible, los médicos privados. Solo así se puede comenzar a tener una idea irrefutable de la prevalencia de ciertas condiciones y enfermedades.

El SNIS no tiene en cuenta los nacimientos y las defunciones, con lo cual se excluye información crucial. Consideramos que esta deficiencia es tan importante que tres miembros de nuestro equipo elaboraron un borrador para un sistema de estadísticas vitales que está incluido en el Anexo IV. Este sistema requerirá ajustes en la práctica, pero es lo suficientemente detallado como para permitir introducirlo de inmediato.

El año pasado se hizo una Evaluación Distrital[1], lo cual representó un gran avance para el proceso de planificación en el Territorio. Este ejercicio fue muy importante dado que constituyó la base del Plan Anual. No obstante había varios problemas con el formato de esta evaluación que podrían mejorarse:

1. La evaluación se hizo en base a indicadores. En algunos casos, se incluyeron resultados actuales, aunque no fueran muy claros. En total, había 200 indicadores, incluyendo Organización y Equipamiento, Infraestructura y Equipamiento, Proceso, Resultados, e Impacto, que intentaron sacar por provincia.

   El resultado es página tras página de indicadores, algunos de los cuales son importantes, otros menos, y otros que no tienen datos. Los indicadores prioritarios no son obvios, lo que es importante para la presentación a un Directorio de Salud.

   Varios de los indicadores clave requiere un denominador de población, pero no es preciso saber qué cifras utilizaron, puesto que la misma evaluación presenta dos tablas distintas de población.

2. Los indicadores están basados en los pacientes atendidos en clínicas de la SRS, entonces no siempre reflejan la realidad de cada provincia. Por eso es importante incorporar todos los establecimientos de salud en el sistema; y complementar al sistema de información con estudios especiales, que puedan reflejar aún mejor la realidad.

3. No había consolidación de los indicadores a nivel de Territorio. Sin esta consolidación, será difícil planificar en términos del sistema total.

4. No había interpretación de los indicadores. Lo que sí se hizo fue una descripción de cada programa principal, analizando su desempeño. Esto fue probablemente la parte más valiosa de la evaluación.

Teniendo en cuenta que en el futuro se deberán presentar las evaluaciones deberían al Directorio de Salud, el formato actual incluye demasiado detalle. Tal vez sean útiles para el nivel técnico, pero dificulta la interpretación, y la traducción de la evaluación en políticas. Para resolver este problema, sugerimos lo siguiente como contenido de evaluaciones futuras:

1. ¿Cuáles son las causas principales de mortalidad y morbilidad? En resumen, ¿Cuáles son los problemas principales de salud?

---

[1] *Evaluación Distrital*, Dr. José A. Hinojosa L., Director Distrito VII, Capinota, Agosto, 1994.

2. ¿Cuál ha sido la respuesta del sistema de salud en términos de atacar a aquellos problemas? ¿Cual ha sido la cobertura y el rendimiento de cada establecimiento?

3. ¿Cuáles son los obstáculos principales y las sugerencias para sobrepasarlos? ¿Qué estrategias/recursos se requieren?

Las respuestas a estas preguntas no dependen estrictamente del sistema de información. No obstante, con esta información en forma resumida, los Directorios de Salud podrían tomar las decisiones necesarias.

Sistema logístico

Una de las prioridades territoriales más importantes es la construcción de carreteras y puentes para facilitar el movimiento vehicular. Esto es particularmente agudo durante las tres meses de lluvia cuando es difícil, si no imposible, cruzar a los ríos. Más que cualquier otra cosa, las carreteras entre Sicaya y Capinota, Arque y la carretera principal Oruro/Cochabamba, y las carreteras que conectan las poblaciones principales de la provincia de Arque modificarían la salud y el acceso a servicios de salud. No solamente permitirían que los pacientes salgan a otros niveles y los supervisores de salud entren, sino lo más importante que es que facilitan el acceso a mercados, lo cual debería mejorar la calidad de vida y, en última instancia, aliviar algunas barreras culturales existentes. Todo esto debería tener un impacto grande y positivo en términos de salud.

Los planes de desarrollo contemplan la construcción de carreteras, pero el costo de los puentes requiere la coparticipación de todas las municipalidades, lo cual probablemente será difícil obtener en el futuro cercano.

De todas maneras, será importante que los supervisores tengan movilidad para visitar con frecuencia los establecimientos. Afortunadamente, el equipo territorial tiene el apoyo de CCH, y un vehículo para transportarse a las distintas UBAGES. Además, el técnico de saneamiento ambiental tiene una moto para movilizarse.

No siempre es posible utilizar vehículos para visitar a las poblaciones lejanas, pues, hay que ir a pie. No obstante **recomendamos que cada UBAGE considere la posibilidad de comprar una moto** para el médico u otro personal para facilitar sus visitas de supervisión. Puesto que es inversión, es un uso legítimo de los fondos de coparticipación. Tendría que determinarse la fuente de los gastos de operación y mantenimiento, y asegurar que la persona a quien se le asigne sepa manejarla bien.

Vale mencionar que el Territorio tiene una ambulancia que se utiliza principalmente para transportar enfermos desde el Territorio a Cochabamba. En principio, cada paciente debe pagar por este servicio, pero en la práctica entre problemas de exoneración por falta de recursos y por favores políticos.

En términos de comunicaciones, la oficina territorial de salud está bien dotada con un teléfono, un fax y una radio. Existen algunas otras radios en el Territorio, pero no siempre funcionan por falta de energía eléctrica. Se ha tratado de superar este problema mediante la instalación de celdas solares. Si este sistema funciona, **recomendamos que se adquieran radios para todos los establecimientos para reforzar la red de servicios.** Además, la adquisición de estos equipos representa un gasto legítimo de los fondos de coparticapación. El Directorio de Salud Territorial también debería alentar a las ONG para que se conecten a la misma red.

H. Fondo Rotativo de Medicamentos

Una de las deficiencias más serias del sistema de salud ha sido la falta de accesibilidad a medicamentos. Hasta el comienzo del presente año, casi no había medicamentos con la excepción del Hospital de Capinota que tenía muy pocos. De los medicamentos esenciales, supuestamente provistos por la SNS, sólo llegaron sales de rehidratación oral, la vitamina A y sulfato ferroso.

La Iglesia Católica provee algunos medicamentos a los pacientes del Hospital, y se comenzó un pequeño fondo rotatrio de medicamentos el año pasado, pero el inventario del hospital era muy limitado.

Recientemente, PROSANA donó Bs. 6.000 para establecer un fondo rotativo de medicamentos en el Hospital de Capinota y los otros establecimientos. En el mes de enero, se vendieron por valor de B. 4.000 a precio de URES (precio de venta al por mayor), lo que indica que existe mucha más demanda y capacidad de pago que lo previsto. Esto significa que el tamaño del fondo debería por lo menos duplicarse para asegurar que siempre haya existencias.

La Secretaría Nacional de Participación Popular nos indicó que los fondos rotativos de medicamentos podrían considerarse como inversión dentro de la LPP, lo que permite que una municipalidad pueda destinar una porción de sus fondos de coparticipación para el establecimiento de fondos rotativos de medicamentos.

Los medicamentos se compran por intermedio de la Secretaría Regional de Salud a precios muy razonables. De esa manera se beneficia a los pacientes que normalmente tienen que realizar intensas búsquedas para encontrarlos y, si los hallan, pagar precios elevados (lo que es casi imposible en el campo). Para que estos fondos rotativos funcionen adecuadamente, se requiere contar con un inventario mínimo de tres meses, para asegurar existencias constantes.

Estimamos que el valor de un fondo rotativo para el Hospital de Capinota sería Bs. 10.000 contando con dos meses de existencias más un pequeño margen. Por su distancia, un Puesto de Salud debería contar con tres meses de existencias con un valor preliminar estimado de Bs. 1.500. Debido a que no todos los pacientes pueden pagar el costo de los medicamentos, más un pequeño porcentaje de ganancia para asegurar las existencias, sería necesario invertir dinero adicional cada año, cuyo monto dependería de las tarifas establecidas, las políticas de exoneración, etc.

Lo que torna atractiva a esta posibilidad, es el hecho de que en el nivel de atención primaria, normalmente el personal y los medicamentos representan aproximadamente un 90% de los costos. Si la SNS podría proveer el personal necesario, y se podría pagar la mayoría de los medicamentos por medio de un fondo rotativo, los otros requerimientos serían relativamente pequeños, y probablemente financiables mediante otras fuentes.

Vale mencionar que la SNS tiene ya elaborado un manual para el control de los fondos rotativos.

IV. Taller de Concertación Interinstitucional en Salud

El 16 y 17 de marzo del presente año, se reunió en Cochabamba un grupo de 50 representantes de todas las organizaciones involucradas en el campo de salud en Capinota[1] para discutir el desarrollo de los servicios de salud en el Territorio.

Los objetivos del Taller fueron:

- Prestar apoyo a la transición administrativa de los servicios de salud en el marco de la Ley de Participación Popular.
- Buscar estrategias para mejorar los servicios.
- Facilitar la comprensión de las funciones y responsabilidades de los diferentes protagonistas del sector de salud.
- Preparar las bases para la formación de la Dirección Territorial de Salud.

Los Dres. Javier Torres-Goitía, Rolando Aguirre y David Tejada de la SNS discutieron la Ley de Participación Popular y los modelos de organización, y después el grupo analizó los aspectos más críticos en base a los materiales presentados en el presente informe con respecto a:

- La estructura administrativa de los Servicios de Salud (Sección IIIA)
- Finanzas (Sección IIIB)
- Ampliación de los servicios (Sección IIIC)
- Personal de salud (Sección IIID)

El taller logró establecer un conocimiento general de los desafíos que se enfrenta el sistema de salud de Capinota. No se tomaron decisiones definitivas, pero se avanzó la creación del Directorio como el cuerpo directivo para considerar los detalles específicos; y se logró un entendimiento de las responsabilidades que tiene cada organización en el proceso.

Esa reunión no cambió nada importante con respecto al contenido de este documento, pero comenzó el proceso de aplicación. Para obtener información detallada sobre el taller, se debe consultar el informe del taller mismo.

---

[1] Vea el Anexo V para una lista de los participantes. Debe notarse que muchos de ellos fueron entrevistados o participaron en la preparación este estudio.

ANEXOS I

ANEXO I: PERSONAS CONTRIBUYENTES

A continuación se encuentra una lista parcial de personas contactadas referente a este estudio. Por el tamaño del equipo y el alcance del estudio, no incluye todas las personas, pero indica el rango amplio de personas y organizaciones involucradas. Cada persona alistada contribuyó individualmente al estudio. También se debe refirirse a la lista de participantes del Taller de Concertación Interinstitucional en el Anexo 5 y la lista de personal del Territorio en el Anexo 3.

EQUIPO NUCLEO DEL ESTUDIO

Proyecto LAC HNS:

John Holley, Experto en Gerencia y Finanzas, Jefe del Equipo
Margarita Binns, Experta en Administración
Dr. Thomas Bossert, Experto en Descentralización
Lic. José Martínez, Asesor en Finanzas
Dr. Steven Gouné, Asesor en Finanzas
Srta. Patricia Soria, Secretaria

Iniciativa:

Dr. Rolando Morales, Experto en Finanzas
Dra. Marilyn Aparicio, Experta Sistemas de Salud
Dr. Hugo Loaiza, Director de Iniciativas

Proyecto de Salud Infantil y Comunitaria (CCH):

Dra. Silvia Zapata, Coordinadora del Distrito Capinota
Dr. Hernan Bermúdez, Coordinador del Distrito de Capinota
Enf. Piedad Villegas, Educadora del Distrito de Capinota

Secretaría de Salud:

Dr. Emilio Pardo de la División de Organización de Servicios y Medicamentos Esenciales
Dr. José Antonio Hinojosa, el Jefe del Distrito de Capinota

Oficina Panamericana de Salud (OPS):

Dr. Rigoberto Centeno, Experto en Descentralización de Servicios de Salud

OTRAS PERSONAS CONTRIBUYENTES

Secretaría Nacional de Salud:

Dr. Rolando Aguirre
Dr. David Tejada

Secretaría Regional de Salud:

Dr. Carlos Iriarte
Dr. Rigoberto Siles

Casi todos los empleados en el Territorio (Vea Anexo 3)

Proyecto de Salud Infantil y Comunitaria:

La Paz:

Dr. Alvaro Muñoz-Reyes
Dra. Carmen Casanovas
Dr. Oscar Gonzales
Dr. José Luis Baexeras
Dr. Antonio Gomez
Enf. Rita Fairbanks
Lic. Andrés Yale

Cochabamba:

Dr. Fanor Balderrama
Sra. Mariela Maldonado

USAID

Arq. Rafael Indaburu

Dirección de Participación Popular

Lic. Fernando Medina
Lic. Oscar Navarro

PROSANA

Dra. Rosemary Vargas

COBOCE

Dr. Andrés Navarro
Sra. Beatriz Montellano

Caja de Nacional de Salud

Dr. Rubén Maldonado

UNFPA

Licda. Yolanda Salinas

Municipalidad de Capinota

Prof. Eduardo Lezana, Alcalde
Lic. Bernardo Rocabado Q., Presidente Consejo Municipal/Presidente CEPROCA

Todos los empleados municipales (Vea el Anexo 3)

Municipalidad de Sicaya

Dr. Cesar Morales, Alcalde
Sr. Reynaldo Aguilar, Municipe

Municipalidad de Arque

Rvdo. Mario Maffi, Parroco

Municipalidad de Tacopaya

Rvdo. Luis Manetti

ANEXOS II

Recursos Estimados para Gastos de Funcionamiento - 1994 [1]
Dites de Capinota

04-Mar-95

	TOTAL RECURSOS ESTIMADOS [2]	Tesoro General de la Nacion	Municipalidad	Fondos Generados Localmente	Proyecto CCH	PROSANA	FEPADE	VISION MUNDIAL	CEPROCA	Parroquia	COBOCE/ CNS
CAPINOTA											
PERSONAL [3]	398,766	171,731	8,544	0	127,160	0	59,577	10,584	10,584	10,584	119,523
Medicos (3)		x									
Medico (1)							x [4]				x
Odontologo		x									
Enfermeras (2)		x									
Enfermera							x [4]	x [4]	x [4]	x [4]	
Administrador		x									
Auxiliares de Enf. (5)		x									
Auxiliares (3)					x						
Auxiliar de Enf.											
Chofer		x									
Trabajadores Manuales (2)											
Promotores							x [5]				
Otro Personal Permanente					x [6]						
Personal No Permanente					x [7]						
Bono de Produccion											
Beneficios Sociales (25.26%)											
OPERACION	85,218	40,092	17,349	20,777	0	0	6,000	1,000	0	0	29,760
Materiales Medicos		20,740									19,200
Materiales Odontologicos		1,853									
Servicio de Ambulancia		3,300									
Alimentos y Bebidas			1,268								
Materiales Administrativos			914								
Combustibles & Lub.			4,300								
Productos Medicos/Farm.		4,297 [9]	2,530								
Vacunas		9,902 [10]									
Materiales de Construccion			579								

18

Recursos Estimados para Gastos de Funcionamiento - 1994
Dites de Capinota

04-Mar-95

	TOTAL RECURSOS ESTIMADOS	Tesoro General de la Nacion	Munici-palidad	Fondos Generados Localmente	Proyecto CCH	PROSANA	FEPADE	VISION MUNDIAL	CEPROCA	Parroquia	COBOCE/ CNS
Servicios			1,942								
Mantenimiento			5,000								
Pasajes & Viaticos			816								10,560
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	483,983	211,823	25,893	20,777	127,160	0	65,577	11,584	10,584	10,584	149,283
% DE GASTOS TOTALES	100.0%	43.8%	5.3%	4.3%	26.3%	0.0%	13.5%	2.4%	2.2%	2.2%	
GASTOS/HABITANTE (BOLIVIANOS)[11]	19.84	8.68	1.06	0.85	5.21	0.00	2.69	0.47	0.43	0.43	
GASTOS/HABITANTE ($)[12]	$4.19	$1.84	$0.22	$0.18	$1.10	$0.00	$0.57	$0.10	$0.09	$0.09	

Recursos Estimados para Gastos de Funcionamiento - 1994
Dites de Capinota

04-Mar-95

	TOTAL RECURSOS ESTIMADOS [2]	Tesoro General de la Nacion	Municipalidad	Fondos Generados Localmente	Proyecto CCH	PROSANA	FEPADE	VISION MUNDIAL	CEPROCA	Parroquia	COBOCE/ CNS
ARQUE											
PERSONAL [3]	40,514	40,514									
Medico		x									
Auxiliar de Enf. (2)		x									
Beneficios Sociales (25.26%)											
OPERACION	23,782	9,466	0	126	0	14,190	0	0	0	0	
Gastos Generales de Funcionamiento				126		14,190					
Productos Medicos/Farm.		2,864									
Vacunas		6,601									
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	64,296	49,980	0	126	0	14,190 [5]	0	0	0	0	
% DE GASTOS TOTALES	100.0%	77.7%	0.0%	0.2%	0.0%	22.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
GASTOS/HABITANTE (BOLIVIANOS) [5]	3.52	2.74	0.00	0.01	0.00	0.78	0.00	0.00	0.00	0.00	
GASTOS/HABITANTE ($)	$0.74	$0.58	$0.00	$0.00	$0.00	$0.16	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00	

C3

Recursos Estimados para Gastos de Funcionamiento - 1994

Dites de Capinota

04-Mar-95

	TOTAL RECURSOS ESTIMADOS	Tesoro General de la Nacion	Municipalidad	Fondos Generados Localmente	Proyecto CCH	PROSANA	FEPADE	VISION MUNDIAL	CEPROCA	Parroquia	COBOCE/ CNS
SUPERVISION											
PERSONAL	118,432	22,993			95,439						
Jefe del Distrito		x									
Educadora					x						
Tecnico Saneamiento					x						
Chofer					x						
Secretario											
Beneficios (25.26%)											
GASTOS DE OPERACION					87,153						
Servicios					3,900						
Transporte/Viaticos					58,761						
Mantenimiento					3,216						
Estudios					5,936						
Combustibles & Lub.					4,227						
Utiles de Oficina					4,401						
Capacitacion					6,712						
TOTAL GASTOS DE SUPERVISION	118,432	22,993	0	0	182,592	0	0	0	0	0	
GASTOS/HABITANTE (BOLIVIANOS)	2.78	0.54	0.00	0.00	4.28	0.00	- 0.00	0.00	0.00	0.00	
GASTOS/HABITANTE ($)	$0.59	$0.11	$0.00	$0.00	$0.90	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00	

Recursos Estimados para Gastos de Funcionamiento - 1994
Dites de Capinota

04-Mar-95

	TOTAL RECURSOS ESTIMADOS	Tesoro General de la Nacion	Municipalidad	Fondos Generados Localmente	Proyecto CCH	PROSANA	FEPADE	VISION MUNDIAL	CEPROCA	Parroquia	COBOCE/ CNS
RESUMEN DEL DITES											
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO											
PERSONAL	439,280	212,246	8,544	0	127,160	0	59,577	10,584	10,584	10,584	119,523
Capinota	398,766	171,731	8,544	0	127,160	0	59,577	10,584	10,584	10,584	119,523
Arque	40,514	40,514	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GASTOS DE OPERACION	108,999	49,557	17,349	20,903	0	14,190	6,000	1,000	0	0	29,760
Capinota	85,218	40,092	17,349	20,777	0	0	6,000	1,000	0	0	29,760
Arque	23,782	9,466	0	126	0	14,190	0	0	0	0	0
SUPERVISION	118,432	22,993	0	0	182,592	0	0	0	0	0	0
TOTAL	713,350	244,281	25,893	20,903	309,752	14,190	65,577	11,584	10,584	10,584	149,283
% DE GASTOS TOTALES	100.0%	34.2%	3.6%	2.9%	43.4%	2.0%	9.2%	1.6%	1.5%	1.5%	
GASTOS/HABITANTE (BOLIVIANOS)	16.72	5.72	0.61	0.49	7.26	0.33	1.54	0.27	0.25	0.25	
GASTOS/HABITANTE ($)	$3.53	$1.21	$0.13	$0.10	$1.53	$0.07	$0.32	$0.06	$0.05	$0.05	

Notas al Cuadro
Recursos Estimados para Gastos de Funcionamiento - 1994

1. Estas estimaciones no implican el mismo nivel de gastos para 1995. Se excluyen todos gastos de inversión, los cuales incluyen contrucciones, capacitaciones especiales, estudios especiales, etc.

2. Los totales no incluyen COBOCE puesto que cubre una población limitada a un costo relativamente elevada.

3. Por razones de confiencialidad, no se presentan los salarios de los individuos. Un 'x' indica el tipo de personal que cada organización contribuye.

4. Personal estimado al nivel salarial de la Secretaria Nacional de Salud.

5. De los 10 promotores, 5 son bonificados, estimados a B.400 x 13 meses.

6. Incluye cocinera y vigilante. Calculado de los gastos de 1994 no incluidos por los otros de 'personal permanente', presupuesto Titulo III.

7. El presupuesto derivado de 'Personal No Permanente' de 1994.

8. Aplicado a todo personal 'permanente', basado en lo que fue pagado por CCH en 1994. En realidad, probablemente varia, y podría ser menos para otras organizaciones.

9. El Distrito utilizó 12,000 sobres TRO (estimado @ US$0.10); 9,900 capsulas Vitamina A (estimado @ US$0.02); y 29,000 tabletas de sulfato ferroso (estimado @ US$0.004). Dado las poblaciones y la red de servicios, estimamos que 60% fue utilizados en Capinota; 40% en Arque.

10. 1163 vacunaciones completas @ US$3.00. Estimamos 60% en Capinota, 40% en Arque.

11. 24,399 habitantes segun el Plan Operativo Capinota 1995.

12. Cambio = 1 US$ = B.4.73.

13. 18,274 habitantes segun el Plan Operativo Capinota 1995.

14. No incluye gastos de supervisión de los niveles Central y Regional.

15. Estimado a $1,500 para cada una de 2 clínicas. El aporte total para salud fue alrededor de $60,000, la mayoria de lo cual se clasifica como inversión.

ANEXOS III

DESCRIPCION DE PERSONAL
(encuesta de 5 y 6 septiembre 1994)

Hospital de Capinota - Personal Técnico/Operativo

CARGO	EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO	LUGAR DE TRABAJO	ANOS EN ESTE CARGO	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDUCACION FORMAL	CAPACITACION DESEADA/ NECESITADA
Director del Distrito	SRS	indefinido	Distrito de Capinota	6 meses	Cochabamba	univ./ médico	-Especialidad OB/GYN -Maestria salud pública -programación de computadora
Médico	SRS	servicio rural obligatorio	Area Capinota	1 mes	Cochabamba	univ./ médico	-Especialidad en salud pública -Quechua
Médica	SRS	servicio rural obligatorio	Area Capinota	7 meses	Cochabamba	univ./ médica	-Especialided GYN o anaesthelogia -Computación
Enfermera Pediatrica	Iglesia Catolica	anual	Distrito de Capinota	2 años	Potosi	univ./ enfermera	-Especialidad en pediatria -Educación comunitaria
Enfermera, Jefa de Area	SRS	servicio rural obligatorio	Area Capinota	1 mes	Potosi	univ./ enfermera	-Salud pública -Salud ocupacional
Enfermera de Distrito	SRS	servicio rural obligatorio	Distrito de Capinota	7 meses	Potosi	univ./ enfermera	-Especialidad materno-infantil -Salud pública
Educadora	CCH	anual	Distrito de Capinota	1 año	Potosi	univ./ enfermera	-Post-grado en salud pública o educación comunitaria -Computación -Administración de servicios
Técnico de Saneamiento Ambiental	CCH	anual	Distrito de Capinota	1 1/2 años	Cochabamba	técnico medio	-Computación -Epidemiologia
Auxiliar de Enfermeria	CCH	contrato suplente	Area Capinota	4 meses	Cliza	técnico medio	-Lic. en enfermeria -Epidemiologia
Auxiliar de Enfermeria	CCH	contrato suplente	Area Capinota	6 meses	Capinota	técnico medio	-Lic. en enfermeria

Hospital de Capinota - Personal Administrativo

CARGO	EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO	LUGAR DE TRABAJO	ANOS EN ESTE CARGO	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDUCACION FORMAL	CAPACITACION DESEADA/ NECESITADA
Administradora	SRS	indefinido	Distrito de Capinota	2 años	Cochabamba	técnico medio	-Administración -Computación
Secretario/ asistente administrativo	CCH	anual	Distrito de Capinota	1 año	Cochabamba	técnico medio	-Computación/programación
Chofer de ambulancia	SRS	indefinido	Distrito de Capinota	3 meses	Tarija	medio	-Ingeniería mecánica
Chofer	CCH	anual	Distrito de Capinota	1 año	Capinota	técnico medio	-Computación básica
Cocinera	SRS	indefinido	Hospital de Capinota	9 años	Sacaba	básico	-Aux. en enfermeria

Alcaldía de Capinota

CARGO	EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO	LUGAR DE TRABAJO	ANOS EN ESTE CARGO	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDUCACION FORMAL	CAPACITACION DESEADA/ NECESITADA
Alcalde	Alcaldía	por elección	Alcaldía	8 meses	Capinota	univ./ normal	-Computación
Oficial Mayor	Alcaldía	contrado por periodo	Alcaldía	8 meses	Cochabamba	técnico medio	-Administración
Consejal	Alcaldia	nombra-miento	Alcaldia	8 meses	Capinota	técnico medio	-Administración -Computación
Secretario General	Alcaldia	indefinido	Alcaldia	8 meses		univ.	-Computación
Director de Finanzas	Alcaldía	indefinido	Alcaldía	1 año	Capinota	univ.	-Computación
Contadora	Alcaldía	indefinido	Alcaldía	8 meses	Oruro	univ.	-Computación
Auxiliar de Finanzas	Alcaldía	indefinido	Alcaldía	3 años	Capinota	univ.	-Contabilidad -Computación
Jefe de Personal	Alcaldía	anual	Alcaldía	8 meses	Capinota	técnico superior	-Computación -Manejo de personal
Relaciones Públicas	Alcaldía	contrato por periodo	Alcaldia	8 meses	Oruro	medio	-Trabajo comunitario
Ing. de Obras Publicas	Alcaldia	se jubiló					
Asistente, Obras Publicas	Alcaldía	indefinido	Alcaldía	1 año	Sucre	univ./ ingeniero	-jubilarse
Almacenera	Alcaldía	indefinido	Alcaldía	6 meses	Capinota	medio	-estudiar
Dibujante técnica	Alcaldia	contrato de medio tiempo	Alcaldía	5 meses	Oruro	técnico superior	
Consergio de la Junta	Alcaldía/ Junta Municipal	indefinido	Alcaldía	20 años	Potosi	medio	

Municipalidad de Sicaya

CARGO	EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO	LUGAR DE TRABAJO	ANOS EN ESTE TRABAJO	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDUCACION FORMAL	CAPACITACION DESEADA/ NECESITADA
Alcalde	Alcaldia	por elección	Sicaya	8 meses	Sicaya	univ.	(Administrador de hospitales)

Hospital de Sicaya

CARGO	EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO	LUGAR DE TRABAJO	ANOS EN ESTE TRABAJO	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDUCACION FORMAL	CAPACITACION DESEADA/ NECESITADA
Médica	SRS	servicio rural obligatorio	Area de Sicaya	8 meses		univ.	-Esta buscando una especialidad
Auxiliar de Enfermeria	CCH	contrato suplente	Area de Sicaya	9 meses	Cochabamba	medio	-Lic. en enfermeria

Municipalidad de Arque

CARGO	EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO	LUGAR DE TRABAJO	ANOS EN ESTE TRABAJO	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDUCACION FORMAL	CAPACITACION DESEADA/ NECESITADA
Alcalde	Alcaldia	por elección	Arque	8 meses			

Posta Sanitaria - Arque

CARGO	EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO	LUGAR DE TRABAJO	ANOS EN ESTE TRABAJO	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDUCACION FORMAL	CAPACITACION DESEADA/ NECESITADA
Médico	SRS	servicio rural obligatorio	Provincia de Arque	7 meses	Cochabamba	univ.	-Especialidad OB/GYN -Atención integral/nutrición
Auxiliar de Enfermeria	CCH	contrato suplente	Area de Arque	4 meses	Potosi	técnico medio	-Lic. en salud comunitaria -Lic. en enfermeria

Municipalidad de Tacopaya

CARGO	EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO	LUGAR DE TRABAJO	ANOS EN ESTE TRABAJO	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDUCACION FORMAL	CAPACITACION DESEADA/ NECESITADA
Alcalde	Alcaldía	por elección	Tacopaya	8 meses			

Posta de Salud - Tacopaya

CARGO	EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO	LUGAR DE TRABAJO	ANOS EN ESTE TRABAJO	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDUCACION FORMAL	CAPACITACION DESEADA/ NECESITADA
Auxiliar de Enfermeria	SRS	indefinido	Area de Tacopaya	12 años	La Paz	técnico medio	-medicina tradicional -medicamentos -veterinario

ANEXOS IV

ANEXO IV.: GUIA PRELIMINAR

VIGILANCIA DE EVENTOS VITALES EN EL DISTRITO DE CAPINOTA[1]

OBJETIVO: Aclarar los procedimientos y métodos para vigilar la mortalidad materna e infantil.

RECOLECCION DE LA INFORMACION

Las parteras, promotores, RPS, auxiliares de enfermería, personal de ONG, y funcionarios públicos locales, serán capacitados en el llenado del formulario de notificación. Cada Centro de Salud identificará y capacitará al personal responsable del llenado de este formulario, en su respectiva jurisdicción.

FLUJO DE INFORMACION

Cada establecimiento de salud es responsable de la vigilancia y notificación de los hechos vitales que se producen en su área (territorio) de influencia.

Cada establecimiento elaborará un informe consolidado de muertes y nacimientos, identificando el nombre y la dirección de las personas a fin de evitar doble tabulación.

El Hospital del Territorio notificará a cada establecimiento de salud, mensualmente, el listado de nacimientos y defunciones ocurridas en el Hospital, de acuerdo con la procedencia.

El Distrito procesará y ordenará nacimientos y defunciones por sección de Provincia y Cantón, enviando mensualmente al Municipio esta información, con un análisis de la importancia, tendencia o significado de estos datos, de tal manera que pueda ser utilizado por el Directorio Municipal de Salud, Consejo, OTB, para analizar e identificar acciones pertinentes o intervenciones de los distintos actores.

El distrito enviará semestralmente un informe con similares características a la Secretaría Regional de salud.

INSTRUCCIONES GENERALES

---

[1] Elaborado por la Dra. Marilyn Aparicio (Iniciativas), Dr. Rigoberto Centeno (OPS), y Licda. Margarita Binns (Proyecto LAC HNS), 9/9/94.

a. En cada caso notificado se debe determinar las causas de la muerte, y si el caso era prevenible o no en las circunstancias actuales de funcionamiento del Territorio.

b. La información recolectada debe ser utilizada para educación popular en salud, mediante el análisis de los casos con las OTB o las familias de la comunidad. Se debe analizar con ellos, las causas de la muerte, si los casos eran prevenibles, y las acciones que debieron ser realizadas por la comunidad, la familia o el Servicio de Salud para evitar la muerte, y/o las acciones futuras para prevenir casos similares.

c. El análisis debe ser cuidadoso evitando un enfoque judicial de los casos de defunción.

d. El Servicio debe autoevaluarse y readecuarse en función de los resultados del análisis del evento.

ANALISIS DE CASOS DE DEFUNCION

Al recibir la notificación de una muerte, el Centro de Salud identificará la necesidad que exista de realizar una investigación. En el caso de las mujeres en edad reproductiva o parturientas y en menores de 1 año, la investigación epidemiológica será obligatoria y causal del evento. En el resto de las edades la investigación será opcional dependiendo del tiempo y causa de la misma (Ejemplo: un caso de cólera o rabia requiere de una investigación obligatoria).

ESQUEMA DE ANALISIS

Tanto para los fallecimientos en edad fértil o para menores de un año se debe revisar como mínimo:

a. Las causas del fallecimiento.

b. Si fue un caso prevenible o no.

c. Indagar si la familia acudió o no a los servicios de Salud.

   Si acudió a los Servicios: ¿cuál fue el resultado? En caso contrario: ¿cuáles fueron las causas por las que no acudió?

d. Si el Servicio respondió, o no, a la demanda.

e. Otras causas que incidieron sobre la muerte.

f. Preguntar si optó por atención de curanderos, jampiris, parteras etc.

En el caso en que el auxiliar lo crea pertinente la discusión puede ser llevada a nivel del Distrito.

Los resultados de esta investigación quedarán en el Centro de Salud y serán revisados periódicamente por la supervisión inmediata.

ANALISIS DE NACIMIENTOS

Los nacimientos identificados deberán ser objeto de evaluación y seguimiento

1. El promotor, RPS, enfermera auxiliar o el responsable de salud en la Comunidad, debe visitar al neonato identificando sus condiciones generales.

2. Se debe promocionar la visita de la familia al Centro de Salud de su zona.

3. Se debe instruir a la madre en los cuidados puerperales, lactancia materna y salud reproductiva, y si fuera posible pesar al niño.

4. Se debe evaluar a la madre para evitar complicaciones.

5. Si se identificará alguna situación de riesgo, el promotor o personal voluntario acompañará al paciente al Centro de Salud u organizará la visita del personal de salud al domicilio.

6. El niño y la madre identificados deberán ingresar a un sistema de Registro (Historia Clínica), respondiendo a todos los programas existentes.

   - Ficha de crecimiento y desarrollo para el niño
   - Ficha de salud reproductiva para la madre

VISITA AL CENTRO DE SALUD O VISITA DOMICILIARIA

Para la visita al Centro de Salud después de la notificación del nacimiento, el personal de salud esperará un tiempo máximo de 7 días, en caso de no acudir al servicio, el personal realizará una visita domiciliaria.

En esta visita se aplicará el paquete básico de salud.

Niños:

- Prevención de enfermedades inmunoprevenibles (Vacunas)
- Control de peso y talla.

Madre:

- Atención puerperal
- Salud reproductiva.

Comunidad:

- ¿Quién atendió el parto?
- ¿Porqué no acudió al Servicio de Salud?
- Las necesidades de capacitación de la partera, RPS o familiar en la atención del parto.
- En casos donde se hubiesen presentado problemas, se analizarán en el seno familiar y comunitario las causas, la forma de prevención y la toma de medidas que podrían evitarlos en el futuro.

INFORME MENSUAL DE HECHOS VITALES E INDICADORES CLAVES
DE SALUD PARA EL MUNICIPIO

MUNICIPIO:_____

PERIODO DE INFORME:_____

_____
(año/mes)

NACIMIENTOS DURANTE EL PERIODO DEL INFORME:

Número Total:_____

_____

Sexo:

Femenino:_____

Masculino:_____

_____

FLUJO DE PACIENTES EN EL MUNICIPIO:

HOSPITAL:_____

INGRESOS	
EGRESOS	
CONSULTA EXTERNA	

HOJA DE REPORTE INDIVIDUAL

NOMBRE DE AUXILIAR:_____

COMUNIDAD:_____

FECHA DE REPORTAJE:_____

(año/mes)

FECHA DE NACIMIENTO_____

NOMBRE DE LOS PADRES:_____

NOMBRE DEL NACIDO:_____ SEXO: F____ M____

QUIEN ATENDIO EL PARTO ?_____

FALLECIDOS_____

NOMBRE DEL FALLECIDO:_____ SEXO: F___ M___

FECHA DE MUERTE:_____ EDAD:_____

CAUSA PRINCIPAL:_____

FALLECIDOS DURANTE EL PERIODO DEL INFORME:
Numero Total:_____
edad 0-11m:
edad 1año - 4:_____
edad 5-14:_____
edad 15-24:_____
edad 25-44:_____
edad 45+:_____
Causas principales .....
.....
.....
.....
_____

OTROS INDICADORES - CASOS TOTALES EN EL MUNICIPIO DURANTE EL MES:
(Info ma ion ext aída del SNIS)

Casos nuevos	0-11m	1-4a	5-14	15-24	25-44	45 +	Casos Totales
Diarreas (excluye cólera)							
Cólera							
I R A							
Tuberculosis Pulmonar (BK+)							
Hemorragias post parto							
Eclampsia							
Falta de acceso a servicios							
Complicaciones ENF Eruptivas							
Accidente							
Cardiovasculares							

INFORME MENSUAL DE HECHOS VITALES E INDICADORES CLAVES DE SALUD PARA EL DISTRITO

DISTRITO:_____

PERIODO DE INFORME:_____

(año/mes)

FLUJO DE PACIENTES EN EL DISTRITO:

	HOSPITAL CAPINOTA	HOSPITAL SICAYA	HOSPITAL ARQUE	HOSPITAL TACOPAYA
INGRESOS				
EGRESOS				
CONSULTA EXTERNA				

NACIMIENTOS DURANTE EL PERIODO DEL INFORME:

Numero Total:_____

Sexo: F_____ Masculino_____

ANEXOS V

LISTA DE PARTICIPANTES

Taller de Concertación Inter-Institucional en Salud
(Arque, Capinota, Santivañez, Sicaya, y Tacopaya)

16-17 marzo 1995, Cochabamba

Participante	Institución
Dr. Javier Torres-Goitia	S.N.S.
Dr. Rolando Aguirre	S.N.S.
Dr. David Tejada	S.N.S.
Lic. Carolina Duran	S.N.S.
Dr. Carlos Iriarte	S.R.S.
Dra. Rosario Zambrana	S.R.S.
Dr. Teddy Peñafiel	S.R.S.
Dr. Rigoberto Siles	S.R.S.
Lic. Elizabeth Vargas	S.R.S.
Dr. Jorge Flores	S.R.S.
Dr. Juan Carlos Molina	S.R.S.
Dra. Elizabeth Paniagua	Supervisora Distrito VII
Dr. Johnny Bacarreza S.	Director Distrito VII
Dra. Blanca Ovando	Médico Provincial - Capinota
Dr. Jorge Moyano	Médico Provincial - Arque
Dr. Erik Valencia	Médico Provincial - Sicaya
Dr. Max Merida Jimenez	Caja Nacional de Salud
Sr. Eduardo Lezana	Alcalde - Capinota
Sr. Ruben Maldonado	Director de Finanzas del Municipio - Capinota
Sr. Gualberto Maldonado	Jefe Distrital de Educación - Capinota
Sr. Jhonny Rocabado	Sindicato de Transportistas - Capinota
Sr. Juvenal Perez	Alcalde - Arque
Sr. Kenneth Torrez	Jefe Distrital de Educación - Arque
Dr. Cesar Morales	Alcalde - Sicaya
Prof. Tomás Arispe C.	Director Distrital de Educación - Sicaya
Sr. Reynaldo Aguilar	Municipe - Sicaya
Sr. Isidro Venegas	Sindicalista - Sicaya
Sr. Juan Ortuño	Alcalde - Tacopaya
Sr. Alfonso Torrez	Jefe Distrital Educación - Tacopaya

Dr. José Luis Patiño	Alcalde - Santivañez
Sr. Liborio Loza Antezana	Oficial Mayor Administrativo
Dr. Rigoberto Centeno	O.P.S.
Sr. Hans Schoenberger	PROSANA
Dra. Rosemary Vargas	PROSANA
Sr. Willy Terceros	FEPADE
Sr. Rodrigo Aramayo	FEPADE
Arq. Frederico Roman	INDEC
Sra. Antonia Locatelli	Iglesia Católica
Sr. Juan Jose Bolivar	Visión Mundial
Dr. Andres Navarro	COBOCE
Sra. Beatriz Montellano	COBOCE
Dr. Alvaro Muñoz-Reyes	C.C.H.
Lic. Antonio Gomez	C.C.H.
Dra. Carmen Casanovas	C.C.H.
Lic. Andrés Yale	C.C.H.
Dr. Fanor Balderrama	C.C.H. Cbba.
Dr. Hernán Bermúdez	C.C.H. Cbba.
Lic. Piedad Villegas	C.C.H. Cbba.
Dra. Silvia Zapata	C.C.H. Cbba.
Dr. Faustino Torrico	C.C.H. Cbba.
Sr. Michael Eschelman	Cuerpo de Paz
Sr. Rafael Indaburu	U.S.A.I.D.
Lic. Rolando Morales	Iniciativas
Lic. Hugo Loaiza	Iniciativas
Lic. Margaret Binns	L.A.C. H.N.S.
Lic. John Holley	L.A.C. H.N.S.

ANEXOS VI

Anexo VI

Medicamento	Precio/ Unidad	Hospital de Capinota # Unidad /Mes	Hospital de Capinota Valor Total	Puesto de Salud Pongo # Unidad /Mes	Puesto de Salud Pongo Valor Total
ANTIBIOTICOS					
Amoxicilina Susp. 250 mg					
Amoxicilina Susp. 125 mg	6.900	10	69		0
Amoxicilina Caps 500 mg	0.900	500	450		0
Amoxicilina Caps 250 mg	0.300	200	60		0
Ampicilina Susp. 250 mg	5.000	10	50	4	20
Ampicilina Susp. 125 mg					
Ampicilina Cap. 500 mg	0.400	200	80	50	20
Ampicilina Cap. 250 mg					
Cotrimoxazol Susp. 240 mg.	7.000	20	140		0
Cotrimoxazol Susp. 240/40 mg.					
Cotrimoxazol Tab. 100/20 mg.	0.300	500	150		0
Cotrimoxazol Tab. 400/80 mg.	0.500	200	100		0
Cotrimoxazol Tab. 800/160 mg.					
Eritromicina Tab. 250 mg.	0.350	200	70		0
Eritromicina Susp.	6.205	10	62		0
Gentamicina Amp. 80 mg	1.100	50	55		0
PNC Benzatinica 12 Mg IV	1.900	10	19	6	11
PNC Procainica 400.000	1.250	10	13		0

Anexo VI

Medicamento	Precio/ Unidad	Hospital de Capinota # Unidad /Mes	Valor Total	Puesto de Salud Pongo # Unidad /Mes	Valor Total
PNC Procainica 800.000	4.255	10	43		0
PNC Sodica 5.000.000					
PNC Sodica 1.000.000					
PNC 6-3-3	4.500	100	450	10	45
Tetracicilina Cap. 250 mg	0.100	200	20		0
ANALGESICOS/ANTIPIRETICOS/A			0		0
Aspirina Tab. 500 mg	0.030	500	15		0
Aspirina Tab 100 mg	0.020			120	2
Dicolfenac Sodico Tab.	0.200	100	20		0
Elasteril Amp.					
Elasteril Tab.					
Dioxadol Amp.	3.500	30	105		0
Klosidol Amp.	3.500	20	70		0
Klosidol Tab.	1.200	100	120		0
Paracetamol Tab. 100 mg	0.030	100	3		0
Paracetamol Tab. 500 mg	0.040	50	2		0
Paracetamol Sobres					
Paracetamol Susp.					
Diprona Tab. 500 mg.					
Wiflam Sup.					

Anexo VI

Medicamento	Precio/ Unidad	Hospital de Capinota # Unidad /Mes	Hospital de Capinota Valor Total	Puesto de Salud Pongo # Unidad /Mes	Puesto de Salud Pongo Valor Total
Indometacina Tab. 25 mg.	0.040	100	4		0
Ibuprofino Tab. 400 mg.	0.250	500	125		0
ANTIALERGICOS					
Clorfeniramina Tab. 4 mg.					
Sinalerg Amp. 10 mg.	1.500	20	30		0
ANTIACIDOS					
Gelan Susp.					
Hidroxido de Aluminio Tab	0.058			50	3
Ranitidina Amp. 50 mg.	0.500	100	50		0
Ranitidina Tab. 150 mg.					
Ranitidina Tab. 300 mg.					
ANTIHEMETICOS					
Adecuan Tab. 10 mg.	1.500	100	150		0
Adecuan Amp. 10 mg.	5.000	20	100		0
ANTIESPASMODICOS Y ESPASM					
Butilescopolamina Amp. 10 mg.	0.900			6	5
Propantelina Bromide Tab. 15 mg.					
Buscapina Amp.	7.000	50	350		0
Buscapina Compuesta Tab.	1.000	100	100		0
OCCITOCICIOS					

Anexo VI

Medicamento	Precio/ Unidad	Hospital de Capinota # Unidad /Mes	Hospital de Capinota Valor Total	Puesto de Salud Pongo # Unidad /Mes	Puesto de Salud Pongo Valor Total
Methergin Tab. 0.5mg	0.500	100	50		0
Methergin Amp.	1.500	20	30		0
VITAMIN Y MINERALES					
Multivitaminas Tab	0.022			200	4
Coba-Vimin Amp. 10.000	3.200	50	160		0
Vitamina B Complex Amp.	2.000	50	100	50	100
Vitamina B Complex Cap.	0.020			150	3
Vitamina C Tab 250mg	0.077			200	15
Vitamina K Amp. 10 mg.	2.000	10	20		0
Calcio Gluconato Amp. 10%					
Hipertrosa Amp. 33%	3.500	10	35		0
PREPARACIONES OFTALMICAS					
Cloranfencol Pomada	3.500	10	35		0
Cloranfencol Gotas	3.200	10	32	5	16
Tetraciclina Pomada	2.100	10	21		0
Atropina	0.550	50	28		0
ANTICONVULSIVANTES					
Diazepam Amp. 10 mg.	1.000	20	20		0
Diazepam Tab. 0.5 mg.	0.028	20	1	20	1
LAXANTES					

Anexo VI

Medicamento	Precio/ Unidad	Hospital de Capinota # Unidad /Mes	Hospital de Capinota Valor Total	Puesto de Salud Pongo # Unidad /Mes	Puesto de Salud Pongo Valor Total
Bisacodil Tab. 5 mg.	0.046			50	2
Vaselagar					
Bebelax					
ANTIHEMORROIDALES					
Pomada Tubo					
Lasonil Sup.					
ANTIHELMINTICOS/ANTIPARASIT					
Mebendazol Tab. 100mg	0.060	200	12		0
Niclosamida Tab. 500 mg.					
Pamoato de Pirantel Tab.					
Tiabendazol					
ANTIMICOTICOS					
Clotrimazol Pomada					
Nystatina Vaginal	0.650	50	33		0
Flagystatin Ovulos (Caja)					
Mycostatin Oral		20			
ANTIANGINOSOS/HIPOTENSORE					
Nifedipina Tab. 20 mg.					
Diltiazem Clorhidrato Tab. 60 mg					

Anexo VI

Medicamento	Precio/ Unidad	Hospital de Capinota # Unidad /Mes	Hospital de Capinota Valor Total	Puesto de Salud Pongo # Unidad /Mes	Puesto de Salud Pongo Valor Total
Digoxina Amp. 0.5 mg	3.500	20	70		0
Digoxina Tab. 0.25 mg	0.700	50	35		0
DIURETICOS					
Furosemida Tab. 40 mg	0.080	100	8		0
Furosemida Tab. 20 mg					
Furosemida 20mg/2ml	0.550			5	3
COLERETICOS					
Acido Ursodesoxicolico					
MEDICAMENTOS DE DERMATOL					
Neomicina Pomada					
Sarcosan Pomada	2.500	10	25		0
Jabon de Azufre	2.500	20	50		0
CORTICOSTEROIDES					
Dexametasona Amp. 5 mg	5.000	10	50	5	25
Dexametasona Tab. .5 mg	0.600	50	30		0
Metilprednisolona Amp.					
ANTITUSIVOS Y MUCOLITICOS					
Noscapina Tab. 15 mg					
Lisomucil Jarabe (Adultos)					
Lisomucil Jarabe (Ninos)					

ANEXOS VII

ANEXO VII:

PROTOCOLO PARA EL ANALISIS DE LOS RECURSOS OPERATIVOS

Propósito: Analizar la cantidad y la contribución de recursos que entran en el Territorio para facilitar la planificación conjunta de recursos y la negociación con fuentes específicas.

Descripción de los Formularios

El formato puede variar ligeramente en función de la configuración de organizaciones que trabajan en el Territorio. Por eso, no se presenta un formulario rígido sino un formato general que se encuentra aplicado al Territorio de Capinota en el Anexo 2. Los detalles del formato pueden variar de acuerdo con la información disponible.

Procedimientos

Los procedimientos en este caso consisten en aplicar algunas reglas en forma uniforme. A continuación se describe cómo construir formatos similares. Para facilitar los cálculos y los cambios, recomendamos que este análisis se haga utilizando un cuadro electrónico. Para una mejor comprensión de cómo tratar los distintos problemas específicos, recomendamos que se repasen cuidadosamente las notas del cuadro del Anexo 2.

Para comenzar, se debería asignar una columna a cada fuente de recursos. Por lo menos habrá tres: el Tesoso General de la Nación, Municipalidad y Fondos Generados Localmente. Después se agrega cualquier otra fuente como, por ejemplo, proyectos internacionales, ONG y otras organizaciones. Es importante que la información esté completa y recordar que se están contando *recursos* y no simplemente recursos financieros.

Lo más fácil y claro es calcular cada municipalidad, incluyendo mancomunidades, separadamente, agregando otra serie de cálculos para gastos comunes del Territorio como supervisión. Al final, se consolida todo como Territorio.

El recurso más valioso suele ser el personal. Se debería anotar el costo de cada categoría de personal en la columna correspondiente a la organización/fuente de ingreso que lo provee. Hay que incluir los beneficios que reciban, si corresponde.

Para no confundirse, será conveniente poner cada categoría de personal de cada organización

ANEXOS VIII

ANEXO VIII:

PROTOCOLO PARA EL ANALISIS DE PERSONAL[1]

Propósito: Con la transición de gerencia para los servicios de salud al Directorio Territorial, es importante que el Directorio sepa en forma resumida qué personal técnico y administrativo tiene disponible, sus capacidades y sus deseos/requerimientos para capacitación.

Descripción de los formularios

Son dos formularios, uno para anotar los datos básicos de cada persona y el otro enfocado en la capacitación. Se pueden utilizar independientemente. Los datos deberán formar parte del archivo personal de cada persona.

También sería útil aplicar estos formularios al personal del sistema que son empleados a otras organizaciones, como las ONG por ejemplo, para completar el cuadro.

Procedimientos

Datos Básicos:

Para cada persona:

1. En la primera columna indique su cargo actual.

2. En la segunda columna indique su nombre y apellidos.

3. En la tercera columna indique su lugar de procedencia. Se incluye este factor como un indicador de su estabilidad y su vínculos al Territorio donde está trabajando.

4. En la cuarta columna indique el empleador.

5. En la quinta columna indique el lugar de trabajo. En el caso de las personas que pasan mucho tiempo viajando, sería su sede de trabajo.

6. En la sexta columna indique el tipo de contrato. Esto también es una medida de la estabilidad laboral de la persona.

---

[1] En la práctica, será más fácil utilizar un formato de tamaño legal. El original se redujo para incluirlo en este documento.

7. En la séptima columna indique el número de años de experiencia en la actividad, independientemente de dónde haya trabajado.

8. En la octava columna indique el número de años (o meses) en el cargo actual. Conjuntamente con sus años de experiencia, refleja su dedicación a la carrera y su estabilidad laboral.

9. En la novena columna indique cualquier otra ocupación que haya tenido. Esto puede reflejar otras capacidades escondidas y su crecimiento profesional.

10. ¿Donde trabajó? Se refiere al lugar y el empleador para tener una idea del alcance de su experiencia.

11. Y finalmente en la columna a la derecha, se deberá indicar las aspiraciones profesionales. Esto sirve para saber varias cosas, incluyendo si se puede aspirar a que se quede mucho tiempo en el mismo cargo; y guiar cualquier desarrollo profesional.

Capacitación:

1. Las dos primeras columnas se llenan de la misma forma que el otro formulario para mantener una referencia constante.

2. En términos de los niveles de instrucción alcanzados o títulos obtenidos, se debería indicar el tipo de título o la especialidad alcanzada de cada nivel pertinente.

3. En la penúltima columna se debe indicar qué tipo de capacitación le gustaría tener. Esto le puede ayudar en su crecimiento profesional y planificarse para beneficiar al Territorio y actuar como un factor de motivanción para el individuo.

4. En la última columna, el supervisor de la persona debería indicar qué capacitación requiere para funcionar mejor en su cargo actual, o en un cargo nuevo.

ANALISIS DE PERSONAL - DATOS BASICOS MUNICIPALIDAD: FECHA:

Cargo Que Se Desempena	Nombre	Lugar de Procedencia	Empleador	Lugar de Trabajo	Tipo de Contrato	Anos de Experiencia en la Actividad	Antiguidad en este Cargo	Cual Fue Su Anterior Occupacion	Donde Trabajo	Que Aspiraciones Profesionales Tiene

ANEXOS IX

ANEXO IX: PROTOCOLO PARA ESTIMAR REQUERIMIENTOS DE MEDICAMENTOS

Propósito: Estimar las cantidades de medicamentos necesarios para establecer fondos rotativos de medicamentos.

Descripción del Formulario

Aparece una lista de los medicamentos frecuentemente utilizados a nivel de atención básica en la columna al lado izquierdo clasificados por grupos terapéuticos. Al final de cada grupo hay uno o más espacios para agregar otros medicamentos que no estén en la lista. No todos estos medicamentos de la lista se incluyen entre los medicamentos esenciales distribuidos por la SNS.

El precio por unidad se refiere al precio de compra, ya sea por medio de la SNS, una farmacia particular, o cualquier otra fuente.

Hay espacio en el formulario para estimar las necesidades de dos establecimientos. Si se quiere estimar las necesidades de otros establecimientos, se puede duplicar el formulario. También se puede consolidar el número de unidades de los medicamentos utilizando el mismo formulario, indicando 'Total' como si fuera un establecimiento.

Es necesario indicar la fecha, el territorio y los nombres de los establecimientos para tener una referencia posteriormente.

Procedimientos

1. Indique el nombre del establecimiento entre uno de los pares de columnas indicando '# de Unidades/Mes' y 'Valor Total'.

2. Indique en la columna '# Unidades/Mes' el número de unidades que esperan utilizar durante un mes. La cantidad se puede basar en datos históricos, si los hay, y son confiables. Si no ha tenido existencias constantes de un producto, se debería basar su estimación en el número unidades que cree que se requiere de acuerdo con el número de pacientes por mes con enfermedades que requieren el tratamiento. En este caso, se debería tomar en cuenta la dosis adecuada y multiplicarla por el número de pacientes que requieren el medicamento.

3. Para todos los medicamentos requeridos, indique en la columna 'Precio/Unidad' el precio de compra. Si no lo sabe con seguridad, se puede estimar, pero es mejor ser conservador, estimando un poco alto para asegurar que el presupuesto alcance para las necesidades totales.

4. Para cada medicamento requerido, multiplique el precio/unidad por el número de unidades por mes e indique el resultado en la columna 'Valor Total'.

5. Sume la columna 'Valor Total' para obtener el Valor Total de los medicamentos requeridos por mes.

6. Para estimar el monto total del fondo rotativo, multiplique el valor total por mes por el número de meses de inventario requerido. Esto se puede estimar reconociendo el tiempo necesario para recibir nuevos medicamentos desde el momento que se envía una solicitud para medicamentos adicionales. Si tiene fácil acceso a medicamentos y el sistema de adquisiciones funciona bien, se puede calcular un mínimo de dos meses. Si el acceso es más problemático, probablemente debería tener 3 meses o más. Recuerde que un objetivo es evitar la falta de cualquier medicamento. Tampoco se quiere tener inventarios inflados y arriesgar vencimientos.

7. También se puede utilizar el formulario para consolidar los requerimientos de varios establecimientos para facilitar la solicitud mensual.

Tenga en cuenta que se puede manejar este formulario con un cuadro electrónico, entrando solamente los medicamentos que se requieren.

Estimacion de Unidades Requiridas de Medicamentos
Fecha:
Territorio: Establecimientos

Medicamento	Precio/ Unidad	# Unidades /Mes	Valor Total	# Unidades /Mes	Valor Total
ANTIBIOTICOS					
Amoxicilina Susp. 250 mg					
Amoxicilina Susp. 125 mg					
Amoxicilina Caps 500 mg					
Amoxicilina Caps 250 mg					
Ampicilina Susp. 250 mg					
Ampicilina Susp. 125 mg					
Ampicilina Cap. 500 mg					
Ampicilina Cap. 250 mg					
Cotrimoxazol Susp. 240 mg.					
Cotrimoxazol Susp. 240/40 mg.					
Cotrimoxazol Tab. 100/20 mg.					
Cotrimoxazol Tab. 400/80 mg.					
Cotrimoxazol Tab. 800/160 mg.					
Eritromicina Tab. 250 mg.					
Eritromicina Susp.					
Gentamicina Amp. 80 mg					
PNC Benzatinica 12 Mg IV					
PNC Procainica 400.000					
PNC Procainica 800.000					
PNC Sodica 5.000.000					
PNC Sodica 1.000.000					
PNC 6-3-3					
Tetracicilina Cap. 250 mg					

Estimacion de Unidades Requiridas de Medicamentos
Fecha:
Territorio: Establecimientos

Medicamento	Precio/ Unidad	# Unidades /Mes	Valor Total	# Unidades /Mes	Valor Total
ANALGESICOS/ANTIPIRETICOS/A					
Aspirina Tab. 500 mg					
Aspirina Tab 100 mg					
Dicolfenac Sodico Tab.					
Elasteril Amp.					
Elasteril Tab.					
Dioxadol Amp.					
Klosidol Amp.					
Klosidol Tab.					
Paracetamol Tab. 100 mg					
Paracetamol Tab. 500 mg					
Paracetamol Sobres					
Paracetamol Susp.					
Diprona Tab. 500 mg.					
Wiflam Sup.					
Indometacina Tab. 25 mg.					
Ibuprofino Tab. 400 mg.					
ANTIALERGICOS					
Clorfeniramina Tab. 4 mg.					
Sinalerg Amp. 10 mg.					
ANTIACIDOS					
Gelan Susp.					

Estimacion de Unidades Requiridas de Medicamentos
Fecha:
Territorio: Establecimientos

Medicamento	Precio/ Unidad	# Unidades /Mes	Valor Total	# Unidades /Mes	Valor Total
Hidroxido de Aluminio Tab					
Ranitidina Amp. 50 mg.					
Ranitidina Tab. 150 mg.					
Ranitidina Tab. 300 mg.					
ANTIHEMETICOS					
Adecuan Tab. 10 mg.					
Adecuan Amp. 10 mg.					
ANTIESPASMODICOS Y ESPASM					
Butilescopolamina Amp. 10 mg.					
Propantelina Bromide Tab. 15 mg.					
Buscapina Amp.					
Buscapina Compuesta Tab.					
OCCITOCICIOS					
Methergin Tab. 0.5mg					
Methergin Amp.					
VITAMIN Y MINERALES					
Multivitaminas Tab					
Coba-Vimin Amp. 10.000					
Vitamina B Complex Amp.					
Vitamina B Complex Cap.					

Estimacion de Unidades Requiridas de Medicamentos
Fecha:
Territorio: Establecimientos

Medicamento	Precio/ Unidad	# Unidades /Mes	Valor Total	# Unidades /Mes	Valor Total
Vitamina C Tab 250mg					
Vitamina K Amp. 10 mg.					
Calcio Gluconato Amp. 10%					
Hipertrosa Amp. 33%					
PREPARACIONES OFTALMICAS					
Cloranfencol Pomada					
Cloranfencol Gotas					
Tetraciclina Pomada					
Atropina					
ANTICONVULSIVANTES					
Diazepam Amp. 10 mg.					
Diazepam Tab. 0.5 mg.					
LAXANTES					
Bisacodil Tab. 5 mg.					
Vaselagar					
Bebelax					
ANTIHEMORROIDALES					
Pomada Tubo					
Lasonil Sup.					

Estimacion de Unidades Requiridas de Medicamentos
Fecha:
Territorio: Establecimientos

Medicamento	Precio/ Unidad	# Unidades /Mes	Valor Total	# Unidades /Mes	Valor Total
ANTIHELMINTICOS/ANTIPARASIT					
Mebendazol Tab. 100mg					
Niclosamida Tab. 500 mg.					
Pamoato de Pirantel Tab.					
Tiabendazol					
ANTIMICOTICOS					
Clotrimazol Pomada					
Nystatina Vaginal					
Flagystatin Ovulos (Caja)					
Mycostatin Oral					
ANTIANGINOSOS/HIPOTENSORE					
Nifedipina Tab. 20 mg.					
Diltiazem Clorhidrato Tab. 60 mg					
Digoxina Amp. 0.5 mg					
Digoxina Tab. 0.25 mg					
DIURETICOS					
Furosemida Tab. 40 mg					
Furosemida Tab. 20 mg					
Furosemida 20mg/2ml					

Estimacion de Unidades Requiridas de Medicamentos
Fecha:
Territorio: Establecimientos

Medicamento	Precio/ Unidad	# Unidades /Mes	Valor Total	# Unidades /Mes	Valor Total
COLERETICOS					
Acido Ursodesoxicolico					
MEDICAMENTOS DE DERMATOL					
Neomicina Pomada					
Sarcosan Pomada					
Jabon de Azufre					
CORTICOSTEROIDES					
Dexametasona Amp. 5 mg					
Dexametasona Tab. .5 mg					
Metilprednisolona Amp.					
ANTITUSIVOS Y MUCOLITICOS					
Noscapina Tab. 15 mg					
Lisomucil Jarabe (Adultos)					
Lisomucil Jarabe (Ninos)					
Ansimar (Broncodilatador)					
SOLUCCIONES					
Agua Destilada 5ml					
Ringer Lactato 1.000 cc					
Fisiologico 1.000 cc.					
Fisiologico 500 cc.					

Estimacion de Unidades Requiridas de Medicamentos
Fecha:
Territorio: Establecimientos

Medicamento	Precio/ Unidad	# Unidades /Mes	Valor Total	# Unidades /Mes	Valor Total
DSA 5% 1000 cc					
DSA 5% 500 cc					
TOTAL/MES					

ANEXOS X

ANEXO X:

Protocolo para Evaluar Inversiones[1]

Propósito: Uno de los desafíos más importantes para los Directorios de Salud será la evaluación y aprobación de inversiones. Siempre se tendrá que escoger entre varias posibilidades, y por eso se desarrolló el siguiente formulario para ayudar a compararlos. Corresponde utilizarlo no solamente para las inversiones de salud, sino para cualquier tipo de inversión, especialmente las que utilizan fondos de coparticipación.

Descripción del formulario

Se describen las diversas posibilidades de inversión en la columna a la izquierda. Las otras columnas identifican los factores que pueden influir en la decisión de realizarlas.

Dependiendo en el enfoque de las inversiones, este formulario debería ser llenado por el personal técnico y presentado en forma de borrador al Consejo Municipal o al Directorio de Salud. Los miembros del Consejo o el Directorio podrían modificar la calificación de algunos factores antes de efectuar la comparación y determinar las prioridades.

Procedimientos

Para cada posible inversión:

1. Describa brevemente la inversión propuesta en la primera columna.

2. En la segunda columna, describa brevemente qué problemas se están tratando de resolver; o por qué se quiere hacer la inversión.

3. En la tercera columna se indica el costo estimado de realizar la inversión. Esto debería incluir todos los costos que requieren pagos directos.

4. En la cuarta columna se debería indicar cuántas personas adicionales de cada categoría se requieren para poner en marcha la obra, y su fuente. Se incluye este factor para asegurar que en algún lado el personal necesario estará disponible.

5. En la quinta columna se debería describir brevemente los beneficios y el impacto de realizar la inversión. Se debería tratar de ser tan específico como sea posible. Puede

[1] En la práctica, será más fácil utilizar un formato de tamaño legal. El original se redujo para incluirlo en este documento.

indicar la población que se atenderá.

6. Las columnas de 'Importancia' son subjetivas, y por eso es materia de análisis entre las personas que toman la decisión. Se debería asignar un número entre 1 y 5 para cada categoría, 1 siendo mínima importancia y 5 el máximo.

7. De igual manera se debería evaluar la factibilidad económica, política y técnica. Es importante anotar que para poder realizar la obra, todos los tres deberían recibir calificaciones relativamente altas. Al contrario, se podría determinar qué modificaciones de estrategia se deberían hacer para mejorar la posibilidad de éxito.

8. Finalmente, se puede hacer cualquier otro comentario pertinente en la columna a la derecha.

Cuando hayan evaluado así todas las posibles inversiones en consideración evaluadas, será más fácil que el Consejo o el Directorio establezca sus prioridades y entienda las razones que justifican esa decisión.

Evaluacion de Inversiones

Fecha:

Establecimiento:

Mejoramiento Propuesto	Problema a Resolver	Costo Estimado de Ejecucion	Personal Adicional Requerido	Incremento Costos Operativo Mensuale (Monto)	Beneficios e Impacto del Cambio	Importancia (1-5)				Factibilidad (1-5)			Otros Comentarios
						Tecnica	Politica	Financiera	Percibida por la Poblacion	Economica	Politica	Tecnica	

ANEXOS XI

ANEXO XI: BIBLIOGRAFÍA

La siguiente lista de publicaciones contiene los documentos principales utilizados en la elaboración de este informe. Se consultaron muchos otros documentos en referencia al contexto general de la Ley de Participación Popular en Bolivia, el contexto general de Bolivia, el funcionamiento de determinadas organizaciones y el tema de la descentralización en general.

Armijo Subieta, Freddy, et. al., "Experiencias del Proceso de Implementación y Resultados de los Dos Primeros Años de Funcionamiento (1991 y 1992), del Sub-sistema nacional de Información: SNIS".

Barnum, Howard y Joseph Kutzin, 1993, *Public Hospitals in Developing Countries - Resource Use, Cost, Financing*, The World Bank, Johns Hopkins Press.

Campbell, Tim, Julio de 1991, *Decentralization to Local Government in LAC: National Strategies and Local Response in Planning, Spending and Management*, World Bank Latin American and the Caribbean Technical Department, Regional Studies Program, Report No. 5.

Campbell, Tim, Septiembre de 1992, "Modes of Accountability in Local Governments of LAC", World Bank.

Campbell, Tim, Marzo de 1991, "Social Investment Funds: Decentralization, Local Government and the Poor", World Bank.

Claro M., Jorge, et. al., Noviembre de 1993, *Modelo para la Asignación de Subsidios de Salud*, Proyecto de Financiamiento y Sostenimiento de la Salud (HFS) Informe de Investigación Aplicada No. 10 S, USAID contrato No. DPE-5974-Z-00-9026-00.

Convenio Insteristitucional, 1994, Secretaria Regional de Salud, Cochabamba (para la transferencia de establecimientos a las municipalidades).

Convenio para la Transferencia de Infraestructura de Salud a los Municipios, 1994, Secretaria Nacional de Salud.

CORDECO, Agosto de 1994, *Plan Anual Operativo - Capinota - Gestión 1994*, Cochabamba.

Dávila Pinilla, Fernando, 1993, *Manual Práctico de Administración del Sub-sistema de Suministro de Medicamentos Esenciales e Insumos Médicos*, Proyecto de Salud Norte Potosí, Medicus Mundi, Navarra, España.

Decreto Supremo N° 23858 (Organizaciones Territoriales de Base).

Ellis, Randall P. and Mukesh Chawla, Feb. 1993, *Public and Private Interactions in the Health*

Sector in Developing Countries - Phase I - Review of Concepts and Literature, and Preliminary Field Work Design, Health Financing and Sustainability (HFS) Project Major Applied Research Paper No. 5, USAID contract No. DPE-5974-Z-00-9026-00.

Fernández, Juan José Alba, Mayo de 1993, *La Medicina Tradicional en la Provincia Arque*, PROSANA, Cochabamba.

Hinojosa L., Dr. José A. y equipo, *Evaluación Distrital - Capinota - 1994.*

Hinojosa L., Dr. José y equipo, *Plan Operativo Gestión 1995, Distrito VII Capinota*, Cochabamba.

Holley, John, 1994, "Diagnóstico de la Capacidad Administrativa y Logística de la Areas de Salud" (Instrumento), Proyecto LAC HNS.

Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1994 - Bolivia.*

La Forgia, Gerard, et. al., Marzo de 1993, *Extending Copverage and Benefits of Socail Financing Systems in Developing Countries - Phase I - Review of Concepts and Literature and Preliminary Field Work Design*, Major Applied Research Paper No. 3, Health Financing and Sustainability (HFS) Project, USAID contract No.DPE-5974-Z-00-9026-00.

Ley de Administración y Control Gobernamental (Ley SAFCO), *Gaceta Oficial de Bolivia*, La Paz.

Ley Orgánica de Municipalidades, *Gaceta Oficial de Bolivia*, La Paz.

Ley de Participación Popular - Ley N° 1551, 21 de abril de 1994, *Gaceta Oficial de Bolivia*, La Paz.

McInnes, Keith, Junio de 1993, *Local Retention of User Fees in Government Health Facilities*, Health Financing and Sustainability (HFS) Project, Small Applied Research Paper No. 3, USAID Contract No. DPE-5974-Z-00-9026-00.

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1993, *Hacia un Sistema de Salud Descentralizado*, La Paz.

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1990, *Guía para el Manejo del Subsistema Nacional de Información en Salud.*

Morales, Dr. Rolando, 22 de noviembre de 1994, *Bolivia: Disquisiciones Sobre la Economía de la Salud*, La Paz.

Morales, Rolando, 1995, *Bolivia. Estadísticas Económicas del Sector Salud. Una Ayuda Memoria Preliminar*, La Paz.

Morales A., Rolando, Mayo de 1994, *Sugerencia de Esquema de Diagnóstico Socio-Económico a Nivel Provincial para su Posible Utilización en la Planificación del Sector Salud y en la Reflexión sobre el Financiamiento de este Sector- Primer Borrador - Provincias Arque y Bolívar. Departamento de Cochabamba - Diagnóstico Preliminar.*

Peredo L., J. Saúl, 1994, *Perfil de Proyecto - Desarrollo de un Sistema de Seguro de Atención en Salud Municipal en la Provincia Caranavi*, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud, La Paz.

Proyecto de Apoyo a la Descentralización (PROADE), 1994, *Municipio y Participación*, la Paz.

Reglamento de la Ley de Participación Popular (Decreto Supremo N° 23813, 1 de julio de 1994, *Gaceta Oficial de Bolivia*, La Paz.

Schoeneberger, Dr. Hans y Dra. Rosse Mary Vargas Solá, Abril de 1994, *Diagnóstico de la Situación en Salud en la Provincia de Arque con Especial Énfasis en Menores de 5 Años*, Abril de 1994, PROSANA, Cochabamba.

Secretaría Nacional de Salud, 1995, *Documento Guía Modelo Sanitario - Borrador 1, La Paz.*

Secretariado Ejecutivo - Grupo de Reforma del Sector Salud, *Documento Preliminar* - Circulación Restringida, 1994, Secretaría Nacional de Salud.

University Research Corporation, 1993, *Assessing the Quality of Management*, Primary Health Care Management Advancement Programme, Module 7, User's Guide.

University Research Corporation, 1993, *Sustainability Analysis*, Primary Health Care Management Advancement Programme, Module 9, User's Guide.

World Bank, The, 1994, *Better Health in Africa - Experience and Lessons Learned.*

World Bank, The, 2 de marzo de 1994, *Colombia - Toward Increased Efficiency and Equity in the Health Sector. Can Decentralization Help?* (Restricted Document).

Wouters, Annemarie, et. al., Diciembre de 1993, *Quality of Health Care and Its Role in Cost Recovery with a Focus on Empirical Findings about Willingness to Pay for Qualtiy Improvements - Phase I - Review of Concepts and Literature, and Preliminary Field Work Design*, Health Financing and Sustainability (HFS) Project Major Applied Research Paper No. 8, USAID DPE-5974-Z-9026-00.