

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA
CENTRO PARA EL DESARROLLO DE LA
GERENCIA SOCIAL - CEDEGES



PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS
EN LOS FONDOS LOCALES COMPENSATORIOS DE
SALUD EN LOS MUNICIPIOS (1999 - 2002)

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR AL
TITULO DE MAGISTER EN "ALTA GERENCIA Y
POLITICAS DE SALUD"

Nombre: Lic. Ardaya Francisco

Tutora: Lic. Marina Cárdenas

COCHABAMBA - BOLIVIA

2002

CONTENIDO

CAPITULO I.....	3
INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2 Antecedentes.....	7
1.3 Tendencias en Gastos Públicos Recientes	9
1.4 Definición del Problema:.....	16
1.5 Importancia.....	16
1.6 OBJETIVOS	16
1.7 HIPÓTESIS	17
CAPITULO II	17
MARCO TEORICO	17
2.2 Seguros Privados y Seguros públicos	19
2.3 Seguro Nacional Público.....	22
CAPITULO III	30
MARCO METODOLÓGICO.....	30
CAPITULO IV	32
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	32
CAPITULO V	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS.....	48

Reforma Educativa y Capitalización. De ellas la Ley de Participación Popular y la Ley de Descentralización Administrativa son las más estrechamente relacionadas al Sector Salud.

**TEMA : PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS EN LOS
FONDOS LOCALES COMPENSATORIOS DE SALUD EN LOS MUNICIPIOS
(1999- 2002)**

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A partir de 1985 Bolivia inició un proceso de reformas estructurales que le permitió alcanzar una estabilidad monetaria con bajos índices de inflación y un ritmo moderado de crecimiento económico. Estas reformas trajeron aparejado un proceso de descentralización y modernización del aparato del Estado.

La población boliviana se caracteriza por tener un alto porcentaje de analfabetismo, una mala nutrición y una salud deficiente expresados, entre otros indicadores, por las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad.

En la actualidad el sector salud atraviesa un proceso de reforma con el propósito de hacerse más accesible a una mayor parte de la población. Se considera ampliar la visión tradicional sobre lo social hacia un enfoque que tome en cuenta las distintas interrelaciones de las esferas económica, político legal y del medio ambiente. Cuando se toma en cuenta estos ámbitos, cada uno con sus distintos objetivos, se debe ver al individuo como objeto y sujeto del desarrollo, buscando su perfeccionamiento como persona y la mejora de su calidad de vida.

Dentro del marco legal, el gobierno ha impulsado varias leyes que tuvieron impacto en la reorganización del sector Salud: Reforma a la constitución Política del Estado, Participación Popular, Descentralización Administrativa,

Reforma Educativa y Capitalización. De ellas la Ley de Participación Popular y la Ley de Descentralización Administrativa son las más estrechamente relacionadas al Sector Salud.

Ley 1551 de Participación Popular.- En junio de 1994 se dictó la Ley 1551 de Participación Popular que establece la transferencia del 20% de los ingresos nacionales de renta interna y aduanera a los gobiernos municipales y les otorga la propiedad de la infraestructura pública de salud, responsabilizándolos por su mantenimiento, mejora y construcción, así como por la provisión de insumos, medicamentos, alimentos y otros materiales para el funcionamiento de los establecimientos de salud.

Ley 1654 de Descentralización Administrativa.- La aplicación de la Ley 1654 de Descentralización Administrativa a partir de enero de 1996, otorga a las Prefecturas del Departamento la competencia de dirigir, coordinar, administrar y supervisar el proceso de salud en su ámbito territorial promoviendo la participación municipal en dicho proceso.

En junio de 1998 se dicta el D. S. 25060 que modifica la estructura orgánica de las Prefecturas y crea los Servicios Departamentales de Salud, otorgándoles a las primeras la responsabilidad de proveer y administrar los recursos humanos de salud a nivel departamental.

El 27 de noviembre de 1998 se dicta el D. S. 25233 que establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud. (excluyendo vacunas, jeringas y otros insumos

La Seguridad social.- Lograr un nivel de bienestar respaldado por la Seguridad social, es el anhelo de cualquier persona, sin embargo los habitantes de muchos países (uno de ellos Bolivia), deben considerarse como "No asegurados". Para estas personas su actividad económica tiene por única

finalidad asegurar su supervivencia. Estos no asegurados, conforman el llamado sector informal que desde hace algún tiempo ha crecido enormemente.

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y el Seguro Básico de Salud

En julio de 1996 se dictó el D. S. 24303 que crea el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez que busca incrementar la cobertura médica en la población objetivo, constituida por las mujeres de bajos ingresos en edad reproductiva y de los niños menores de cinco años, para así reducir las tasas de mortalidad materna e infantil. Este seguro financia las prestaciones gratuitas para los beneficiarios, a través del Fondo Local Compensatorio de Salud que cubre los costos de medicamentos, insumos y la hospitalización prestados por cada establecimiento de salud, a través del financiamiento del 3,2% del 85% de los recursos de coparticipación tributaria de los gobiernos municipales, destinados a inversión.

En noviembre de 1998 se crea el Seguro Básico de Salud a través de la promulgación del D. S. 25265 que amplía el paquete básico a 75 prestaciones, incluyendo algunas para la población en general como el tratamiento de enfermedades sexuales transmisibles, excepto el SIDA, de tuberculosis, malaria y cólera y la consejería en salud sexual y reproductiva.

El seguro se financia a través de los Fondos Locales Compensatorios de Salud (FLCS) constituidos con el 6,4% del 85% de la coparticipación tributaria municipal destinada a inversión. Los fondos cubren los costos de medicamentos e insumos (excluyendo vacunas, jeringas y otros insumos esenciales provistos por el nivel central), costos de reposición de materiales, costo de consulta externa, hospitalización, exámenes auxiliares, diagnósticos y visita domiciliaria, costo de viáticos y carburantes para la atención de comunidades rurales sin servicios de salud y costo de transporte de pacientes en caso de emergencia obstétrica.

El seguro también se financia con los saldos de las cuentas de los Fondos Locales de Salud no utilizados por el S. N. M. N., con recursos asignados por el Tesoro General de la Nación para el pago del personal de salud y con recursos de la cooperación internacional.

De todas estas fuentes de financiamiento, la más importante de analizar es el FLCS, puesto que cubre los mayores gastos, los de operación, y por eso mismo es el que garantiza la sustentabilidad del SBS. Es por esta razón que la investigación se restringirá a esta fuente de financiamiento.

La aplicación de ambos seguros ha implicado una modificación de los mecanismos de pago, de presupuesto por partidas a reembolso por servicios prestados. En ambos casos los proveedores son públicos: Los servicios del subsector público y de la seguridad social, el S.B.S. prevé la participación de prestadores privados, fundamentalmente ONGs e iglesia, pero las experiencias en este campo son todavía incipientes.

Se han realizado algunas evaluaciones del S.B.S. que han identificado problemas no solo de implementación operativa, sino también en el campo administrativo y financiero. Adicionalmente, algunas publicaciones de prensa han permitido conocer casos de malversación de los FLCS en algunos municipios del país como Santa Cruz y El Alto de La Paz. Por último, se están ejecutando algunas auditorías de los FLCS que arrojarán mayores elementos de juicio sobre la problemática planteada.

El Contexto General de salud

La minoría que conforma el sector formal de la economía, se ve favorecida porque las medidas del Estado están especialmente dirigidas a ellos; como consecuencia de esto el sector informal sigue abandonado en lo que respecta a las actividades del Estado.

Los esquemas convencionales en materia de seguridad social, a los que tienen acceso casi exclusivamente los que están ocupados en el sector formal, favorecen una protección limitada cualitativa y cuantitativa, y hasta el momento no han mostrado estar en condiciones de incorporar al sector informal.

Las reformas estructurales, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, no lograron superar los problemas de la pobreza, al contrario, provocaron un proceso de mayor concentración de riqueza. Ni la estabilidad monetaria, ni la reforma del aparato del estado, por sí mismas, lograron modificar los bajos indicadores de desarrollo humano.

Ello obligó a los distintos gobiernos a formular y ejecutar programas sociales, entre los cuales destacan las reformas de educación y salud.

En el campo de la salud, uno de los mayores problemas son las tasas de mortalidad materna e infantil (390 por 100.000 y 67 por 1000 nacidos vivos respectivamente, según la ENDSA de 1994 y de 1998), que se encuentran entre las más altas de América Latina.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2 Antecedentes

Bolivia es un país donde las condiciones de salud se ven dramáticamente afectadas por la pobreza. Un alto porcentaje de muertes se debe a las enfermedades que se propagan a través del agua y a las enfermedades infecciosas en niños debilitados por la desnutrición. Como es común en muchos países en vías de desarrollo, existen más muertes de niños pequeños que de ancianos, lo que se refleja en los altos riesgos de mortalidad infantil al que se enfrenta la niñez, y también la población joven resultante de una alta tasa de fertilidad.

Las altas tasas de mortalidad infantil son evidentes en las últimas tres Encuestas Nacionales de Demografía y Salud. Estas encuestas utilizan la misma metodología cada año de tal manera que uno puede confiar en que las comparaciones de resultados en diferentes años, reflejan verdaderos cambios. Se puede ver que la mortalidad infantil se ha reducido dramáticamente entre 1989 y 1994, pero no registra un descenso pronunciado entre 1994 y 1998. Las tasas de fertilidad descienden constantemente a medida que el uso de métodos anticonceptivos modernos aumenta, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Se incrementa el cuidado prenatal y el porcentaje de nacimientos que ocurren dentro de instalaciones médicas. Esto sugiere que algunas de las barreras culturales que propician un bajo uso de instalaciones médicas están siendo superadas lentamente. Sin embargo, existe aun espacio para aumentar la utilización de los servicios de salud ya que la demanda para estos servicios permanece. A lo largo de los últimos cuatro años, el porcentaje de niños con desnutrición moderada se redujo a la mitad.

Las estadísticas de mortalidad infantil en Bolivia son altas en comparación con casi cualquier otro país con niveles similares de PIB per capita. Entre los 57 países con niveles de ingresos de bajos a medios, la mortalidad infantil de Bolivia es la quinta más alta¹.

Otro indicador de la mala situación del sector salud en Bolivia puede ser observado al comparar a Bolivia con países de alto y bajo rendimiento en indicadores claves relacionados con la mortalidad infantil. Un país se considera como de alto (o bajo) rendimiento si su índice de mortalidad infantil es considerablemente más alto (o bajo) de los que explica su PIB per capita.

¹Cárdenas Marina y John Newman en Banco Mundial. *Bolivia: Public Expenditure Review*. 1999. Cap 5.

² Dmytraczenko T., Escalante E., Capra K., et al. *Evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez*