

Oficina Internacional del Trabajo – Oficina Panamericana de la Salud

***Iniciativa para la extensión de la protección social en salud
a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe***

ESTUDIO DE CASO

FONDO COMUNITARIO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE TUPIZA (TUPIZA, BOLIVIA)

Elaborado por:

Martha Peña
Organización Panamericana de la Salud

Ansgar Gerhardus
Universidad de Heidelberg

***Reunión Regional Tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS
México***

29 de noviembre – 1 de diciembre de 1999

PRESENTACIÓN

Existe un consenso en las Américas sobre la creciente importancia y tamaño de la población no cubierta por las prestaciones de salud de la seguridad social, principalmente en el sector informal urbano y rural. En ciertos países la cobertura es muy limitada tanto en lo que respecta el número de personas protegidas como las contingencias cubiertas.

En virtud de esta situación y en conformidad con los objetivos de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se proponen llevar adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud para la población excluida, que sean efectivas, sostenibles y basadas en la evidencia.

Dentro de esta iniciativa se realizará una reunión del 29 de noviembre al 01 de diciembre 1999 en México sobre “La extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de la población en América Latina y el Caribe”. Uno de los objetivos de la reunión es discutir orientadas a promover el acceso de la población a la protección social en el ámbito de la salud.

Los estudios de caso han sido realizados y estructurados en base a una Guía Metodológica¹ elaborada por el Departamento de Seguridad Social de la OIT y la OPS. Aproximadamente diez experiencias de formas alternativas de extensión de la cobertura de salud en diferentes países de América Latina y el Caribe serán comparadas y presentadas en la reunión de México.

El presente documento expone la experiencia del Fondo Comunitario de Salud del Municipio de Tupiza, ubicado en la ciudad de Tupiza, Departamento de Potosí, Bolivia. El trabajo de campo fue realizado del 4 al 13 de agosto de 1999.

Dejamos constancia de nuestro agradecimiento a los miembros del Consejo de Administración del Fondo Comunitario, a su administrador, el Lic. Marcelo Morante y al personal del Distrito V de Salud “Tupiza”: Lic. Herminia Morales de Terán, Trabajadora Social; Tec. Tomasa Burgos, Estadística; Lic. Verónica Soza, Administradora y en forma especial a Dr. Amadeo Rojas A., Jefe Medico Distrito V por su colaboración desinteresada en el suministro de la información requerida para llevar a buen término el presente trabajo

1 OIT/OPS. Guía para la Realización de Estudios de Caso de Sistemas de Seguro de Salud (Micro-seguros). 1999.

INDICE

	PRESENTACIÓN	i
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	2
III.	CONTEXTO EN QUE FUNCIONA EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	7
	1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS	7
	2. Aspectos económicos	8
	3. Aspectos sociales	9
	4. Indicadores de salud	11
	5. Articulación con la política nacional de salud y seguridad social	12
	6. Oferta de atención médica	14
	7. Protección social en materia de salud	15
IV.	PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	17
	1. Origen del SIS	17
	2. Etapas de la puesta en marcha del SIS	19
	2.1 Identificación de necesidades y definición de los objetivos	19
	2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera	21
	2.3 Información del grupo destinatario	22
	2.4 Inicio de las actividades	22
	2.5. Liderazgo y toma de decisiones	22
	3. Funcionamiento durante el primer ejercicio	23
	3.1 Afiliados y otros beneficiarios	23
	3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	23
	3.3 Financiamiento	25
	3.4 Prestadores de atención médica	26
	3.5 Administración y gestión	26
	4. Asistencia técnica y formación	28
V.	CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	29

1. Grupo destinatario y beneficiarios	29
1.1 Grupo destinatario	29
1.2 Diferentes categorías de beneficiarios	29
1.3 Número de beneficiarios y evolución	30
1.4 Causas de pérdida del estatus de afiliado	31
1.5 Penetración del grupo destinatario	31
2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS	31
2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	31
2.2 Pago de las prestaciones	34
2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios	35
3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS	35
3.1 Fuentes de financiamiento del SIS	35
3.2 Costos	37
3.3 Excedentes y distribución de los excedentes	38
3.4 Fondos de reserva	38
4. Prestadores de atención médica	39
4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS	39
4.2 Relaciones entre los prestadores y el SIS	40
4.3 Pago a los prestadores	40
5. Administración y gestión del SIS	41
5.1 Estatutos y reglamentos	41
5.2 Organización de la gestión del SIS	42
5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión	44
5.4 Gestión de las disponibilidades	44
5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión	45
5.6 Función de control	45
5.7 Distribución de funciones	46
5.8 Equipamiento e infraestructura	50
6. Actores en relación con el SIS	50
6.1 Estructuras de reaseguro y fondos de garantía	50
6.2 Estructuras de asistencia técnica	50
6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social	51
6.4 Otros actores	51
VI. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	52
1. Dinámica de afiliación	52
2. Utilización de los servicios	52

3. Financiamiento y situación financiera	53
4. Participación de los afiliados	53
VII. PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES SOBRE EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	54
1. Procesos de evaluación	54
2. Punto de vista de los responsables	55
2.1 Puesta en marcha del SIS	55
2.2 Dinámica de afiliación	55
2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores	56
2.4 Pago de las cotizaciones	56
2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios	57
2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro	57
2.7 Fraudes	57
2.8 Administración y la gestión	58
2.9 Relaciones entre el Estado y las colectividades locales	59
2.10 Funcionamiento global	59
3. Punto de vista de los beneficiarios	59
4. Punto de vista de los prestadores de atención médica	60
5. Punto de vista de otros actores	61
VIII. CONCLUSIONES	62
BIBLIOGRAFIA	64
ENTREVISTAS y VISITAS	65
LISTA DE CUADROS	67
LISTA DE SIGLAS	68

I. INTRODUCCIÓN

Este estudio forma parte de un esfuerzo conjunto de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) orientado a definir mecanismos para la extensión de la protección social en materia de salud a la población excluida.

El presente estudio es una descripción del “Fondo Comunitario de Tupiza, institución que ofrece, por una cotización anual, un seguro de salud para familias de escasos recursos del Municipio de Tupiza, Provincia de Potosí, Bolivia.

El Fondo Comunitario del Municipio de Tupiza fue creado en el año 1996 con la participación del Distrito V de Salud Tupiza, el Municipio y las familias de alto riesgo² del Municipio de Tupiza. Se contó, además, con la asistencia técnica de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). El fondo tiene como objetivo cubrir las necesidades de salud de las familias de alto riesgo del municipio con el pago de aportes que consideren la capacidad de pago de los afiliados.

El estudio contiene una amplia descripción del contexto en el que opera el fondo comunitario, su estructura y funcionamiento, además de considerar el punto de vista de los actores involucrados y una apreciación de los puntos fuertes y las dificultades presentadas durante su funcionamiento.

El año 1999 es un año importante para el fondo comunitario pues ha sido solicitada la personería jurídica, hecho que le permitirá fortalecer sus bases, así como lograr mayor sostenibilidad y apoyo externo. Sin embargo, existen factores que debilitan su accionar, tales como la dependencia de un presupuesto que se negocia una o dos veces al año con la alcaldía. La prestación de los servicios depende de esta negociación y del posterior desembolso de los fondos. La falta o atraso de los pagos de parte de la alcaldía amenaza la oferta de las prestaciones.

² Las familias del municipio han sido calificados por riesgo, utilizándose para ello indicadores socio-económicos. Las familias clasificadas de alto riesgo son aquellas familias cuyos jefes de hogar no tienen trabajo formal ni continuo, las casas no cuentan con la instalación de servicios básicos, los niños en su mayor parte son desnutridos, no tiene medios para pagar la consulta médica.

II. DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. Nombre del sistema de seguro: **Fondo Comunitario de Salud del Municipio de Tupiza, FCSMT.**
2. Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente):
El Fondo Comunitario de Salud presupone la responsabilidad compartida entre el Gobierno de Bolivia, a través de la Secretaría Nacional de Salud y del Tesoro General de la Nación, de la Alcaldía de Tupiza y de la comunidad de Usuarios del Municipio de Tupiza.
3. Dirección de la sede social del SIS: **Distrito de Salud de Tupiza, Potosí, Bolivia**
4. Fecha de creación del SIS (concepción): **Enero de 1996.**
5. Fecha de inicio de las actividades del SIS (pago de las primeras prestaciones): **Junio de 1996.**
6. Fecha de creación de la organización responsable del SIS (si la misma fuera diferente de la fecha de creación del SIS): **No corresponde.**
7. Organización responsable del SIS:
 - ☐ asociación
 - ☐ organización mutualista
 - ☐ organización cooperativa
 - ☐ otro tipo de organización comunitaria
 - ☐ prestador de servicios de salud con fines de lucro
 - ☐ prestador de servicios de salud sin fines de lucro
 - ☐ sindicato
 - ☒ otros: precise. Distrito de Salud de Tupiza, Alcaldía Municipal, Comunidad.
8. Personería jurídica del SIS:
 - ☐ posee
 - ☒ no posee (Está en trámite)
9. Otras actividades de la organización responsable del SIS:
 - ☐ ninguna
 - ☐ seguro de fallecimiento (socorro mutuo)
 - ☒ prevención, educación para la salud
 - ☐ seguro de invalidez
 - ☐ ahorro y crédito
 - ☐ pensión

- actividades de tipo sindical (para los pacientes vs. los prestadores de salud)
 - educación/alfabetización
 - otras formas de seguro:
 - objeto: _____
 - otros servicios sociales: capacitación técnica
 - objeto: Proporcionar un oficio a los afiliados
 - otras actividades:
10. Tipo de afiliados:
- personas a título individual
 - grupos
 - otros: precise familias
11. Beneficiarios:
- familia, incluyendo hijos dependientes que viven bajo el mismo techo
 - otras personas a cargo
 - personas indigentes
 - otros: precise _____
12. Adquisición del carácter de afiliado:
- voluntario
 - automático
 - obligatorio
13. Número de familias afiliadas del SIS en el año 1998: 929 familias.
14. **Cuadro No. 1: Número de beneficiarios del SIS del año 1998**

Edad/sexo	Hombres	Mujeres	Total
0 – 5 años	401	439	840
6 – 18 años	800	962	1.762
19 – 60 años	754	1.023	1.777
Total	1.955	2.424	4.379

Las personas con más de 60 años de edad están cubiertas por el seguro de vejez a nivel nacional, financiado por el municipio.

15. Número total de afiliados a la organización responsable del SIS: **No corresponde.**
16. Zona de residencia de afiliados y beneficiarios
- zona rural, porcentaje aproximado 49 %
 - zona urbana, porcentaje aproximado 51 %
 - zona peri-urbana, porcentaje aproximado _____

17. Vínculos entre los afiliados (fuera de la pertenencia al SIS):
- ☐ sin relación entre los afiliados
 - ☐ miembros de una misma empresa
 - ☐ miembros de un mismo sector ocupacional
 - ☒ miembros de un mismo pueblo, barrio o comunidad geográfica
 - ☐ miembros de un mismo grupo étnico
 - ☐ miembros de una misma cooperativa
 - ☐ miembros de una misma mutual
 - ☐ miembros de una misma organización sindical
 - ☐ miembros de una misma asociación
 - ☒ otros: precise Todas las familias de alto riesgo de Municipio de Tupiza.
18. Situación económica de los afiliados:
- 100 % de afiliados que trabajan en el sector informal (incluida la agricultura de subsistencia).
- ☐ ingresos clase media ____/____ % de afiliados (____% son mujeres)
 - ☐ ingresos clase media baja ____/____ % de afiliados (____% son mujeres)
 - ☒ ingresos inferiores al límite de pobreza: 77 % de afiliados
 - ☒ ingresos pobreza extrema: 23 % de afiliados
19. Restricciones a la posibilidad de afiliación:
- ☐ según edad
 - ☐ según sexo
 - ☐ según riesgos de enfermedad
 - ☒ según lugar de residencia
 - ☐ según religión
 - ☐ según raza y/o grupo étnico
 - ☐ según ingresos
 - ☐ no pertenencia a una organización particular (empresa, cooperativa, sindicato, etc.)
 - ☐ otros: precise deben ser clasificadas como familias de alto riesgo.
20. Zona geográfica cubierta por el SIS: **Municipio de Tupiza.**
21. Tipo de servicios de salud cubiertos por el SIS:
- ☒ servicios ambulatorios
 - ☒ atención hospitalaria
 - ☒ medicina especializada (pediatra, ginecología, cirugía, medicina interna)
 - ☒ prevención y promoción de la salud
 - ☒ farmacia
 - ☒ atención del parto
 - ☒ exámenes de laboratorio
 - ☒ radiología
 - ☒ vacunaciones
 - ☒ otros: precise: servicios de odontología.

22. Monto total de prestaciones pagadas en el último ejercicio (último año en su defecto): **199.505 Bolivianos por el período 1998. Equivalente a US\$ 36.208**
23. Modalidad de financiación del seguro de salud:
- cotizaciones de afiliados
 - otras cotizaciones
 - contribuciones del Estado (vía el distrito y la alcaldía)
 - transferencia de las utilidades (ganancias) procedentes de otras actividades desarrolladas por la organización responsable del SIS
 - contribuciones y subvenciones de otros actores
 - rendimiento financiero de las reservas
 - otros: precise _____
24. Tipo de cotizaciones:
- cuota fija diferenciada según la categoría (edad, sexo, etc.) del afiliado
 - cuota fija sin diferenciación de categoría del afiliado
 - porcentaje de los ingresos diferenciado según la categoría del afiliado
 - porcentaje de los ingresos sin diferenciación según la categoría del afiliado
 - en relación con los riesgos personales del afiliado
 - otros: precise _____
25. Monto promedio de cotizaciones pagadas por afiliado en el último año:
Monto total recaudado 49.850 bolivianos. 929 familias afiliadas,
Monto promedio de cotizaciones por familia: 53,66 bolivianos. Equivalente US \$ 9,7.
26. Prestadores de servicios autorizados:
- | | | | |
|-------------------------------------|-------------|--------|-------|
| ■ sector público | nivel I | número | 32 |
| | nivel II | número | 1 |
| □ sector privado con fines de lucro | nivel _____ | número | _____ |
| □ sector privado sin fines de lucro | nivel _____ | número | _____ |
| □ organización responsable del SIS | nivel _____ | número | _____ |
27. Nivel de participación de los afiliados en la administración:
- gestión democrática por los afiliados (asamblea general)
 - gestión a cargo de la organización responsable del SIS sin participación de los afiliados
 - gestión a cargo de la organización responsable del SIS con participación de los afiliados.
28. Proceso de gestión del SIS:
- no asalariados únicamente
 - no asalariados y gestores asalariados
 - exclusivamente asalariados del SIS

- ☒ gestión confiada a una institución pública ☐ o privada
- ☐ participación en la gestión de los asalariados de otras organizaciones

29. Asistencia técnica:

- ☐ beneficia de asistencia técnica continua desde _____
- ☐ beneficia de asistencia técnica con carácter periódico desde _____
- ☒ beneficia de asistencia técnica puntual desde la concepción
- ☐ no beneficia de asistencia técnica

30. Participación en un sistema de reaseguro:

- ☐ sí
- ☒ no

31. Participación en un fondo de garantía:

- ☐ sí
- ☒ no

32. Otros actores que desempeñan un papel importante en el funcionamiento:

Actores:

Municipio
Distrito

Papel:

Aportes
Administración

III. CONTEXTO EN QUE FUNCIONA EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS

El Fondo Comunitario de Salud opera en el Municipio de Tupiza que cuenta con 43.887 habitantes. El Municipio se encuentra en la Provincia de Sur Chichas que pertenece al Departamento de Potosí.

La tasa de crecimiento del año 1995 fue de 2,4%, la fecundidad 4,7 y el tamaño de las familias en promedio es de 5 miembros por grupo doméstico³. La población por grupos de edad en el Municipio se distribuye como sigue:

Cuadro No. 2: Distribución de la población de Tupiza por grupos de edad

Grupo de edad	Porcentaje
0 –14 años	41, 77
15- 64 años	50,58
65 y más años	7, 55
Total	100, 00

Fuente: Amadeo Rojas. Análisis Funcional de la Red de servicios de salud del Distrito V Tupiza.

Cuadro No. 3: Distribución por grupos de edad, sexo y distribución urbana/rural en Bolivia

Grupo de Edad	Area urbana			Area rural			Total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
< 5 años	13,4	11,3	12,3	16,3	15,8	16,1	14,5	12,9	13,7
5-14 años	25,8	24,2	25,0	31,8	30,0	30,9	28,0	26,2	27,1
15-64 años	56,5	59,2	58,1	45,1	46,8	45,8	52,3	54,8	53,6
65 o más años	4,4	5,1	4,8	6,9	7,5	7,2	5,2	5,9	5,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente : Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998.

³ Ministerio de desarrollo humano, OPS/OMS – ICO: La atención de salud en Tupiza, 1995.

La densidad de la población es 1,6 habitantes/km² en el Distrito de Tupiza⁴. El 46% de las familias viven en el área urbana y el 54% en el área rural.

Existen corrientes migratorias temporales desde Tupiza hasta Santa Cruz, Tarija y Argentina especialmente en los meses de agosto y septiembre a diciembre, y tienen como objetivo primordial el trabajo en la zafra de azúcar. La escasez de agua constituye otro motivo de inmigración temporal. Según las entrevistas realizadas a los miembros de la comunidad y a los responsables del sector de salud, hasta un 40% de los hombres del área rural participan en la migración temporal.

2. Aspectos económicos

Según las Cuentas Nacionales de Salud de Bolivia, el Gasto Nacional en salud del año 1995 fue de US\$ 291.709.000 y el gasto per capita fue de US\$ 39,3. En ese año, el gasto de los hogares fue de US\$ 83.395.000, lo cual representó el 23,7% del total de gasto en salud y un gasto per capita de US\$ de 11,24.

La economía de la región está basada fundamentalmente en la minería, la agricultura y la ganadería, y en menor medida en el comercio que es minorista e informal. Aunque existen ricos yacimientos mineros de plomo, antimonio, estaño, zinc, bismuto, etc., la mayor parte de las empresas mineras, tanto privadas como públicas, han ido cerrando debido a la disminución de las cotizaciones en los mercados internacionales. Esta situación ha generado desocupación de los habitantes de la zona, impulsando la migración en busca de fuentes de trabajo y de ingresos. En el área urbana, actualmente, los principales sectores de empleo son el comercio y el sector público.

La población del sector rural se dedica a la agricultura de subsistencia, es decir al cultivo de maíz, papa, cebada, frutas y vegetales. Últimamente obtienen ingresos del cultivo del ajo y en algunas épocas del año del cultivo de flores ornamentales. En la pequeña ganadería predomina la crianza de ovejas, ganado caprino, vacuno y porcino. Algunas familias procesan queso artesanalmente⁶.

4 Ministerio de desarrollo humano, OPS/OMS – ICO: La atención de salud en Tupiza, 1995

5 Se consideró una población de 7.417.115 de acuerdo a datos de “Situación de salud en Bolivia. Indicadores Básicos 1996”. Ministerio de Desarrollo Humano, OPS/OMS. La Paz, Bolivia 1997.

6 Díaz Santana, Arismendi: Propuesta de Universalización de los recursos de Salud en el Municipio de Tupiza, OMS/OPS, Cooperación Intensificada ICO/OMS, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Tupiza –Bolivia, 1995.

Cuadro No. 4: Distribución de la Población Económicamente Activa según ocupación. Distrito de Tupiza - 1998

Ocupación	Porcentaje
Agricultores	25,0
Empleados Públicos	8,0
Obreros albañiles	4,0
Comerciantes	17,0
Choferes	1,8
Carpinteros	2,0
Cooperativistas	16,6
Plomeros	1,0
Desocupados	11,6
No contestan	13,0
Total	100,0

Fuente: Rojas, Amadeo, Análisis funcional de la red de servicios de salud del Distrito V de Tupiza.

En Bolivia el salario mínimo actual es de 350 Bolivianos⁷ mensuales (US\$ 60). Sin embargo, en el Municipio de Tupiza gran parte de la población gana menos del salario mínimo, algunos ganan entre 150-200 bolivianos mensuales (entre US\$ 26 y 34). En el área rural el ingreso es aún más bajo.

Cuadro No. 5: Distribución de ingresos en el Distrito de Tupiza 1997

Nivel de ingresos (en Bolivianos)	Porcentaje
0 – 200	43
201 – 400	22
401 – 600	20
601 – 800	13
800 y más	2
Total	100

Fuente: Rojas A, Amadeo, Análisis funcional de la red de Servicios de salud del Distrito V de Tupiza.

3. Aspectos sociales

Gran parte de la población urbana de Tupiza es alfabeta. De acuerdo al autocenso realizado en el año 1993⁸, del total de personas consideradas en el sector urbano, el

⁷ Moneda corriente de Bolivia.

⁸ El autocenso de 1993 fue realizado por la propia comunidad con el fin de relevar la situación socioeconómica de la población de Tupiza.

94,3 % indicó que sabe leer y escribir, destacándose un predominio mayor del índice de analfabetismo en la población de sexo femenino y en la población rural. El sexo femenino, además, es el más afectado por la baja escolaridad.

**Cuadro No. 6: Nivel de educación y de alfabetización
Distrito de Tupiza 1997**

Nivel	Porcentaje
Analfabetismo	8
Básico	43
Intermedio	19
Medio	13
Universitarios	8
Normales	5
Técnicos	4
Total	100

Fuente: Rojas A, Amadeo. Análisis funcional de la red de servicios de salud del Distrito V de Tupiza.

La calidad de la vivienda es mala, el 41% de las viviendas está construida con adobe, el 48% cuenta con techo de paja, el 43% cuenta con piso de tierra y el 22% no cuenta con ventanas⁹. Las condiciones de la vivienda y el escaso acceso a servicios básicos constituyen factores de riesgo para la salud de la población.

Existe un gran número de organizaciones de base. Las organizaciones más importantes son los Centros de madres y las Juntas vecinales. Además, la ley de participación popular ha previsto los Comités de vigilancia que controlan los gastos del municipio y participan en las negociaciones entre el municipio y las partes. La Central Obrera Regional aglutina a todos los sindicatos del municipio, entre ellos los sindicatos de los informales como el sindicato de gremialistas y comerciantes, de vivanderas, de carritos de mano, etc. En el sector salud existe un Comité popular de salud. Hay líderes comunitarios capacitados que manejan programas de educación de salud.

9 : Rojas A, Amadeo: Análisis funcional de la red de servicios de salud del Distrito V de Tupiza, sin año.

4. Indicadores de salud

**Cuadro No. 7: Algunos indicadores demográficos
Departamento de Potosí y Bolivia**

Indicador	Potosí	Bolivia
Tasa de natalidad (a 1000 habitantes)	34,47	33,97
Tasa de mortalidad (a 1000 habitantes)	13,15	9,41
Tasa de mortalidad infantil (a 1.000 nacidos vivos)	98,13	68,45
Tasa de mortalidad materna (a 100.000 nacidos vivos)	602	390
Esperanza de vida al nacer Hombres/Mujeres (años)	54,13 / 57,71	59,18 / 62,51

Fuente: Ministerio de Desarrollo Humano / OPS/OMS: Situación de Salud en Bolivia. Indicadores básicos 1996

**Cuadro No. 8: 10 principales causas de consulta
Distrito de Tupiza - 1997**

No	Grupo de Causa	Porcentaje
1	Enfermedades del aparato respiratorio	37,0
2	Enf. del aparato digestivo (no-infecciosas)	11,8
3	Enf. Intestinales (infecciosas)	7,8
4	Enf. Parasitarias	5,2
5	Heridas y traumatismos vasos sanguíneos	4,5
6	Enf. del aparato urinario	4,7
7	Enf. de la piel	2,9
8	Enf. de la cavidad bucal	3,3
9	Enf. del sistema nervioso	3,3
10	Deficiencias de la nutrición	3,1
	Sub – Total	83,5
	Otras causas	16,5
	Total	100,0

Fuente: Rojas A, Amadeo: Evaluación del Fondo Comunitario de salud del Municipio de Tupiza 1996/1997 y sus tendencias.

Las enfermedades emergentes y re-emergentes son tuberculosis, cólera y chagas. Aproximadamente el 32% de las mujeres embarazadas están infectadas de chagas¹⁰.

Las principales causas de mortalidad en el Distrito de Tupiza 1995 fueron las

¹⁰ Informe personal, Dr. Amadeo Rojas, 1999

siguientes:

Cuadro No. 9: Causas de Mortalidad

No	Causa de mortalidad	Porcentaje
1	Enfermedades cardiovasculares	30,5
2	Enf. del aparato respiratorio	14,4
3	Aparato digestivo	12,6
4	Afecciones del periodo perinatal	6,32
5	Infecciones intestinales	3,45
	Otros	32,8
	Total	100,0

Fuente: Martínez R, Felipe. Informe de la Situación de salud del Municipio de Tupiza, 1997.

Según los datos del departamento de Saneamiento Ambiental del Distrito de Salud el 50% de las fuentes de agua están contaminadas. La eliminación de excretas al aire libre alcanza un 70% y la eliminación de basuras al aire libre es del 60%¹¹. Según las entrevistas realizadas a pobladores del municipio, al jefe del distrito y al jefe de saneamiento, el tratamiento del agua no se efectúa en forma segura. En algunos pueblos existen comités de agua que se ocupan del tratamiento, pero la mayoría de la población no tiene acceso al agua potable.

En promedio, el número de consultas/médico es de 0,7 por persona por año. Sin embargo, el número promedio de contactos con los servicios de salud es más elevado, si se consideran las visitas domiciliarias de los auxiliares de salud.

5. Articulación con la Política Nacional de Salud y Seguridad Social

En febrero de 1994 fue firmado un convenio marco de articulación y optimización entre la Secretaría Nacional de Salud y el Sistema de Seguros de Salud con el objetivo de establecer formas de articulación e integración a nivel nacional y local entre el Sistema de Seguros de Salud y la Secretaría Nacional de Salud. Con el convenio se busca, asimismo, la coordinación interinstitucional a fin de utilizar racionalmente los recursos humanos y materiales, así como promover la participación popular para garantizar el acceso universal a los servicios de salud.

La ley 1551 de Participación Popular del 20 de abril de 1994 es el marco regulador legal que permite la inserción del Fondo Comunitario a la Política de Salud Nacional. La ley reconoce, promueve y consolida el proceso de Participación Popular articulando las comunidades indígenas, campesinas y urbanas, la vida jurídica, política y económica del país. A través de la ley, la personería jurídica de las organizaciones

11 Martínez R, Felipe: Informe de la situación de salud del Municipio de Tupiza, 1997.

territoriales de base es reconocida y relacionada con los órganos públicos¹². La ley además establece la coparticipación tributaria, entendida como la transferencia de recursos provenientes de los Ingresos Nacionales en favor de los Gobiernos Municipales para el ejercicio de las competencias definidas por Ley.

El Decreto Supremo¹³ No. 23813 reglamentó la transferencia de la infraestructura física a los municipios, incluyendo la infraestructura de los servicios de atención de primer, segundo y tercer nivel. No se han transferido los institutos nacionales de investigación y normalización. Todo el personal profesional de salud quedó bajo la dependencia del Gobierno nacional quien debe remunerarlos.

Como parte del Plan Nacional de Salud, por Decreto Supremo No. 25265 del 31 de diciembre de 1998 fue creado a nivel nacional el “Seguro Básico de Salud” que amplía el Seguro de Maternidad y Niñez. Su implementación efectiva se inició en marzo de 1999. Tiene como objetivo el acceso universal de salud, estableciendo que toda la población del país tiene derecho a la atención de salud promocional, preventiva y curativa en las áreas de: a) diagnóstico y tratamiento de tuberculosis, b) diagnóstico y tratamiento de malaria, c) diagnóstico y tratamiento del cólera, d) diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, exceptuando el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, y e) Consejería y servicios de planificación familiar.

Además, el decreto garantiza para los niños menores de 5 años la atención del recién nacido, promoción de la nutrición y desarrollo infantil, atención de enfermedades infecciosas que incluyen enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, sepsis y meningitis, así como prevención de enfermedades mediante vacunación. Asimismo, las mujeres tienen derecho a control prenatal, atención del parto y del recién nacido, control postparto, prevención y atención a complicaciones del embarazo, transporte de emergencias obstétricas e información, educación y comunicación sobre parto institucional. El acceso al Seguro básico de Salud es gratuito para toda la población.

El seguro básico se financia con fondos locales compensatorios de salud constituidos con recursos municipales, equivalentes al 6,4% del 85% de la coparticipación tributaria municipal destinada a inversión.

El Plan Nacional de Salud garantiza, además, el acceso gratuito a los servicios de salud a través de un Seguro de Vejez a todos mayores de 60 años. Los recursos para el Seguro de Vejez son aportados por el municipio.

12 Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente: Ley de Participación Popular y su reglamentación. La Paz, 1995.

13 Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente: Ley de Participación Popular y su reglamentación. La Paz, 1995.

No existe articulación entre la Seguridad Social y el Fondo Comunitario, el primero se encarga de los trabajadores del sector formal, mientras el segundo de las familias de alto riesgo del municipio, cuyos jefes de hogar trabajan en el sector informal.

En cuanto a la calidad de los servicios, existen mecanismos de control de calidad que funcionan a través de las coberturas de salud. El comité de análisis de la información (CAI) está compuesto por empleados del distrito de salud (director, jefes médicos, enfermeras) y de miembros de la comunidad y se encarga de analizar mensualmente las informaciones disponibles para juzgar la calidad de los servicios médicos. Todas las atenciones de los centros de salud y del hospital son verificadas. Además, el fondo comunitario tiene reuniones mensuales en las cuales los afiliados tienen la posibilidad de evaluar la atención de salud. El sistema aplica sanciones tales como amonestaciones verbales y escritas para los médicos en caso de mala práctica.

6. Oferta de atención médica

Cuadro No. 10: Personal y instituciones de los servicios estatales, calculado para la población no cubierta por Sistemas de seguros de Salud (no. = 33.793 personas)

Personal/ Instituciones	Número	Hab. por personal/ institución
Médicos	19	1.780
Enfermeras	11	3.072
Auxiliares de enfermería	46	735
Hospital	1	33.793
Centros y puestos de salud	32	1.056

Fuente: Martínez R, Felipe. Informe de la Situación de salud del Municipio de Tupiza, 1997.

En el área urbana la oferta de servicios es suficiente en las especialidades disponibles. Sin embargo, se requieren algunas especialidades, tales como servicios de salud ocular, psiquiatría y atención de quemaduras graves. En el área rural la oferta de servicios se limita a un auxiliar de enfermería, el médico está disponible en los puestos de salud cada 1-2 semanas. El tratamiento del segundo nivel se da exclusivamente en Tupiza.

En el área urbana, además, los usuarios pueden acceder a los Centros de Salud empleando tan solo 10-15 minutos de su tiempo para llegar hasta ellos. En el área rural existe un puesto de salud en cada pueblo. Los afiliados deben utilizar exclusivamente los servicios públicos de salud.

7. Protección social en materia de salud

La solidaridad frente a los problemas está constituida por sensibilidades individuales. En la comunidad, las “damas voluntarias” realizan aportes mensuales, así como actividades para recaudar fondos para cubrir aranceles hospitalarios de personas indigentes. Los fondos recaudados son utilizados además para cubrir atención de tercer nivel y derivaciones al hospital de Tarija o de Potosí.

La Seguridad Social de Bolivia fue creada por Ley el 19 de diciembre de 1956 y reformada por Decreto Supremo del año 1987, separándose el seguro de corto plazo (enfermedad- maternidad) del seguro de largo plazo (jubilaciones y pensiones). El Decreto citado crea el Fondo de Pensiones y la Caja Nacional de Salud para administrar el seguro de corto plazo.

La Caja Nacional de Salud cubre a todos aquellos trabajadores dependientes tanto del sector público como privado y ofrece seguro básico de salud, seguro de vejez, seguro universitario y seguro voluntario. El aporte es el 10 % del salario del trabajador y es abonado por el empleador. En el caso del seguro universitario, el 50% del aporte es realizado por los afiliados y el 50 % restante cubre la Caja Nacional de Salud. El Seguro de Vejez es un Seguro de Salud para la población mayor de 60 años de edad y es ofrecido por la Caja Nacional de Salud. Tiene un costo US\$ 56 anuales y es cubierto en un 60% por el Tesoro y en un 40% por la Alcaldía.

La mayor parte de los hospitales y clínicas de propiedad de la Caja Nacional de Salud han sido construidos con recursos del componente de largo plazo de la anterior Seguridad Social. Al realizarse la separación se ha determinado que dichas instalaciones debían pasar en manos de la Caja nacional de Salud, los demás activos disponibles pasaron a manos del Estado quien seguirá pagando las pensiones.

La caja cubre aproximadamente a 27.000 personas de 4 provincias (Nor y Sur Chichas, Sur Lipes y Nor Lipes). Para atender a los afiliados en esta zona se cuenta con un hospital de segundo nivel, 2 centros de salud y 2 puestos sanitarios. En Tupiza se cuenta con 23 profesionales entre médicos, odontólogos y bioquímicos.

El mayor número de afiliados es del ministerio de educación, seguido de los funcionarios públicos (ministerio de salud, trabajo y policía nacional), empresas mineras y cooperativas del sector privado. Los jubilados pueden afiliarse pagando el 5% mensual de la jubilación percibida.

La recaudación de los aportes está centralizada en La Paz, excepto por los aportes de las empresas privadas y del seguro voluntario. El presupuesto del hospital de Tupiza y de los centros y puestos de salud se presenta en la sede central, obteniéndose transferencias anuales de los fondos. Los aportes depositados en Tupiza se utilizan para gastos de adquisición de insumos, mantenimiento, material de escritorio, pago de

viáticos y equipamiento.

A partir del año 1996, los empleados ferroviarios han pasado a formar parte de la Caja Nacional y gozan de los mismos derechos de los demás afiliados. Los militares, los del sector petrolero y los del sector bancario tienen su propio seguro.

Están cubiertos por algún tipo de seguro todos aquellos que tienen un contrato de trabajo formal, los demás o recurren al sector privado o utilizan servicios ofrecidos por el Ministerio de Salud.

IV. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. Origen del sistema de seguro de salud

Del total de la población del Municipio de Tupiza el 36,9 % vive en el área urbana y 63,1 % es del área rural. Según el autocenso comunitario realizado en el año 1993, la tasa de analfabetismo de la población que vive en el área urbana es 5,7% (hombres 3,0%, mujeres 8,0%)¹⁴. El grupo destinatario en el área urbana es del 21,3% de la población. Si se admite que la mayoría de los analfabetos se encuentra en las familias de alto riesgo, el porcentaje de analfabetos del grupo destinatario podría encontrarse entre el 20 y el 30% en el área urbana, mientras que en el área rural la tasa sería inclusive más elevada.

La incidencia de la mayoría de las enfermedades sobre la población está relacionada con las condiciones socioeconómicas (acceso al agua potable, tipo de vivienda, nutrición). La población destinataria está expuesta en alto grado a enfermedades tales como Chagas, diarrea aguda, tuberculosis, desnutrición, entre otras.

Los jefes de hogar de las unidades familiares de alto riesgo son trabajadores desempleados, sin contrato formal, en su mayor parte son albañiles, comerciantes informales y agricultores. Muchas cabezas de familia son mujeres, lavanderas, agricultoras o empleadas domésticas.

Antes de la creación del Fondo existía un Seguro de Maternidad y Niñez, a través del cual se garantizaba el parto gratuito y la atención al niño de hasta un año de edad. El seguro incluía medicamentos, insumos para la atención del parto, atención de pre-parto y pediatría. Para el manejo del seguro se diseñó un mecanismo de participación comunitaria. Además, se creó el directorio local de salud (DILOS) de gestión compartida entre la comunidad, el municipio y el ministerio de salud. Tenía una función de administración local, así como de aprobación mensual de las cuentas de salud de cada municipio.

La población del municipio, y del país, contaba con algún grado de protección social. Sin embargo, el paquete de protección en salud era muy reducido y la población estaba expuesta a riesgos económicos importantes en casos de enfermedad. El sector informal era el más desprotegido, no contaba con ningún seguro de salud. La seguridad social cubría solo a los trabajadores con contrato formal.

Con anterioridad a la Ley de Participación popular, en el Municipio de Tupiza, la participación de la comunidad en acciones de salud, agua potable, saneamiento, etc. era ya muy activa. El proceso de participación se inició antes que en resto del país. La comunidad participaba en la realización de diagnósticos, mapas hablados, no sólo en

¹⁴ Leitzelar de López, María Eloisa: Diseño e implementación de un modelo de articulación que permitiera cumplir con los objetivos propuestos. OPS/OMS, Tupiza – Bolivia, 1994.

salud sino en toda el área socioeconómica.

La Ley de Participación Popular, del 20 de abril de 1994, transfirió todos los establecimientos de salud a los municipios, debiendo éstos a partir de la promulgación de la ley encargarse de la construcción, equipamiento, mantenimiento y funcionamiento de la red de servicios del Municipio. A partir de la promulgación el municipio aporta para cubrir gastos de insumos y medicamentos, y debe proteger a las familias indigentes. El Tesoro General de la Nación se encarga del pago de los servicios personales a los funcionarios de la Secretaría Nacional de Salud.

Los usuarios (la comunidad) pagan aranceles para cubrir medicamentos esenciales, insumos médicos y algunos servicios de atención. En el caso en que el prestador de servicios no cuente con los medicamentos o insumos necesarios para una determinada atención, el usuario, además de pagar el arancel debe comprar los medicamentos y otros insumos.

En 1995, en el área urbana de Tupiza existía un centro de salud y un hospital. En ese mismo año se inició la desconcentración de los servicios de salud, creándose 4 centros de salud adicionales. Los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) estaban formados por cinco médicos, cinco administradores, cinco enfermeras y tres auxiliares de enfermería, quienes atendían entre 3.000 y 5.000 personas.

En Bolivia, todos los establecimientos públicos aplican aranceles de co-pago a los usuarios por los servicios de salud utilizados. Estos aranceles son diferenciados por zonas de acuerdo a la situación económica de cada región. Para la zona de Tupiza existen aranceles específicos que se anexan al informe. El Fondo Comunitario de Salud del Municipio de Tupiza fue creado específicamente para apoyar los co-pagos de los pobladores del área.

Antes de la creación del Fondo, las familias del grupo destinatario no contaban con suficientes recursos para pagar por los servicios de salud, sobre todo cuando los miembros de la familia que necesitaban consultar eran numerosos y las enfermedades determinadas requerían del pago de aranceles más elevados. Este hecho se acentuaba en el área rural. En algunos casos, se buscaba dispensar parcialmente de los pagos o se buscaban fondos de asociaciones de beneficencia, a través de los trabajadores sociales.

En el momento de la creación del fondo, el Municipio de Tupiza, contaba con el Hospital Eduardo Eguía de segundo nivel de atención, con 5 centros de salud urbanos, 7 centros de salud rurales y 20 puestos de salud. Además, en la zona, la Seguridad Social cuenta con un hospital de la Caja Nacional de Salud, de segundo nivel de atención. Asimismo, la Caja de Seguros de Salud de los Militares (COSSMIL) y la Caja Bancaria ofrecen atención ambulatoria de primer nivel. El hospital del Distrito es el de mejor apreciación por parte de los usuarios, concurriendo a él incluso asegurados de algunas cajas. La oferta de atención médica de parte del sector privado

es escasa, existen solamente dos o tres consultorios privados.

Con el fin de focalizar la atención hacia la población más carenciada, se crearon carpetas familiares, clasificando a las familias de acuerdo al riesgo. Para ello se consideraron las condiciones socioeconómicas en las que viven y se desarrollan las familias (ver copia de la puntuación utilizada en la clasificación en anexo).

En el municipio, las familias clasificadas de alto riesgo son aquellas familias cuyos jefes de hogar no tienen trabajo formal ni continuo, las casas no cuentan con la instalación de servicios básicos, los niños en su mayor parte son desnutridos, no tiene medios para pagar la consulta, los medicamentos, por lo general no acuden al médico y cuando lo hacen la atención resulta mucho más costosa porque la enfermedad ha evolucionado negativamente. Aproximadamente el 37 % de las familias del municipio son de alto riesgo.

La idea de la creación del fondo se introdujo en mayo de 1995 y se realizó un estudio de factibilidad patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la puesta en marcha del SIS. El número inicial de miembros del grupo destinatario fue de 401 familias de alto riesgo del área urbana, aproximadamente 2005 personas.

Desde el inicio la comunidad participó de la creación del fondo comunitario de salud. Con el apoyo de la OMS/OPS se diseñaron los contratos de afiliación, el carnet, los boletines de promoción y publicidad, y se contó con un fondo inicial de medicamentos. En este período se trabajó exclusivamente con el diseño del fondo y en particular en el área urbana. Se lanzó un concurso abierto para determinar el logotipo del SIS. Contando con todo el material, el fondo comunitario fue inaugurado en junio de 1996.

Para la puesta en marcha del fondo, no se contó con una organización específica y se impulsó la creación desde el Distrito V de Salud “Tupiza” con un fuerte apoyo comunitario del área urbana del municipio. El fondo Comunitario de Salud como organización se creó a partir de la primera asamblea realizada en enero de 1997.

La oferta de atención médica estaba determinada por la provisión de servicios del Ministerio de Salud y los miembros del fondo no tuvieron ninguna injerencia en la elección de los proveedores. El paquete de servicios de salud estaba establecido por la oferta de servicios de los hospitales y centros de salud de la zona.

2. Etapas de la puesta en marcha del sistema de seguro de salud

2.1 *Identificación de necesidades y definición de objetivos*

El proceso de identificación de necesidades y de definición de objetivos partió del distrito de salud. Sin embargo, a partir del “autocenso” realizado en el año 1993, la

población comenzó a sensibilizarse en mayor grado por su salud y se identificaron y priorizaron los problemas de salud, agua potable y saneamiento existentes con los líderes de las comunidades (líderes de grupos vecinales). Esta priorización fue comunicada al municipio, decidiéndose con el comité de vigilancia las actividades que llevarían adelante de acuerdo a la priorización realizada y a los fondos disponibles.

En el primer semestre de 1996 la difusión del fondo comunitario no había sido amplia e inicialmente no se contó con buena aceptación. Las personas invitadas a participar del fondo tenían temores respecto a la utilización de los recursos, reparos respecto a la cuota y al cumplimiento de los servicios.

Además, en ese año empezó a funcionar el Seguro de Maternidad y Niñez. Algunos miembros de la comunidad creyeron que se generaría doble afiliación. Sin embargo, el fondo cubría otros tipos de consultas diferentes de las contingencias cubiertas por el Seguro de Maternidad y Niñez. El fondo estaba dirigido a la familia, no sólo a la madre y al niño.

El Distrito de salud de Tupiza ha impulsado la creación del fondo comunitario y ha logrado la participación de los prestadores de atención médica. Las autoridades del ministerio de salud apoyaron tanto la concepción del SIS como su organización, motivando la participación de la comunidad. Para la identificación de las necesidades se contó con el apoyo de la OMS/OPS.

A fines de 1996, los miembros del SIS empezaron a valorarlo como una obra de la comunidad y no como propiedad del municipio, o del ministerio. Se eligieron, entonces, delegados por centros de salud¹⁵, quienes formaron parte del comité de administración central del fondo comunitario. Se inició así la elección en forma democrática de los representantes de los centros de salud. Luego de la acreditación de los representantes, estos comenzaron a participar de las asambleas y reuniones, de ese modo el fondo fue administrado por los propios miembros del fondo. Se decidió, además, la contratación de un administrador que se encargue de la realización de los contratos, de las tarjetas de afiliación, la contabilidad, la elaboración de informes, etc.; actividades que eran desarrolladas inicialmente por funcionarios del Distrito.

El Fondo Comunitario de Salud de Tupiza ha sido creado con el objetivo¹⁶ de ofrecer una alternativa de financiamiento sostenible que, sin costo adicional: a) ofrezca mayor seguridad y protección para las familias, b) incentive el acceso de las personas a los servicios y c) distribuya en forma equitativa y solidaria el gasto.

15 A partir de la ley de participación popular, la comunidad se organiza y reúne en torno al centro de salud.

16 Equipo Técnico C.T.S.S. "Organización, estructura y Funciones del Fondo de Salud Comunitario de Tupiza", Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Regional de salud, Tupiza – Bolivia.

2.2 *Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera*

En mayo de 1995 fue realizado un estudio de contexto y de factibilidad financiera a través del Proyecto de apoyo intensivo del Gobierno de Francia y la OMS/OPS¹⁷. Para la realización del estudio se realizaron reuniones de consulta con los líderes comunitarios, trabajadores informales, líderes sindicales y gremiales y personal de salud con el fin de identificar sus necesidades y las expectativas sobre el fondo comunitario, además de recabar información para elaborar la propuesta de creación del fondo comunitario.

Los principales puntos tratados en el informe fueron: a) características generales de Tupiza, b) demanda de atención médica, c) estructura sanitaria, d) fuente de financiamiento de la salud, e) grado de eficiencia, equidad y solidaridad, y f) posible estructura del fondo (incluyendo principios normativos, esquema, estrategia de promoción, pre-requisitos, fortalezas, debilidades y riesgos).

Para la implementación del fondo se tomaron en cuenta el modelo de atención, la utilización de contratos, los beneficios cubiertos y la organización del fondo propuestos en el estudio de contexto y factibilidad financiera. En el informe se recomendó aplicar un período de espera de un mes para los servicios ambulatorios y dos meses para internamiento. Dichas recomendaciones no fueron adoptadas. Además, en el estudio de factibilidad financiera se propuso realizar un aporte de 15 bolivianos por persona. Sin embargo, inicialmente se optó por un aporte de 15 bolivianos por familia considerando la disponibilidad financiera de las familias.

El paquete de atención médica correspondía al paquete ofrecido por el hospital y los centros de salud del Distrito.

Con respecto a la frecuencia del derecho de recibir servicios, se realizaron algunas modificaciones a la propuesta original. En lugar de 12 consultas/persona/año se implementó una consulta por familia por día. Otra de las propuestas fue cubrir solamente el 80% del costo de medicamentos básicos y un 90% del costo de hospitalización. Sin embargo, la cobertura de estos rubros es total.

A principios de 1996, antes de la puesta en marcha del fondo comunitario, algunos miembros del Distrito de Salud fueron a conocer la experiencia del Fondo Comunitario de Viacha del Departamento de La Paz, con el fin de analizar su funcionamiento y la posibilidad de implementación de un fondo con características similares en Tupiza. A partir de esta experiencia se inició el diseño del fondo, pero con características diferentes.

17 Arismendi Díaz Santana, "Propuesta de Universalización de los Seguros de salud del Municipio de Tupiza", OMS/OPS, Programa de desarrollo de servicios de salud, Tupiza – Bolivia, mayo 1995.

2.3 *Información del grupo destinatario*

Para informar al grupo destinatario se realizaron campañas de promoción en las diferentes reuniones de los centros de salud y se elaboraron boletines que contenían informaciones acerca del Fondo Comunitario, su organización, los requisitos para afiliarse y los beneficios otorgados.

Al principio la actitud de los miembros del grupo destinatario fue de duda respecto al manejo de los fondos y los beneficios ofrecidos. Posteriormente, la población objetivo fue demostrando interés al comprobar el funcionamiento y las ventajas de la afiliación al fondo.

2.4 *Inicio de las actividades*

La afiliación y la prestación de servicios habían sido iniciadas por los directivos del Distrito de Salud V de Tupiza antes de la asamblea constitutiva. La primera asamblea fue realizada con las personas afiliadas en el período comprendido entre junio y diciembre de 1996.

La constitución del SIS fue decidida en el marco de la asamblea realizada en enero de 1997. De la misma participaron 3 representantes por cada centro de salud del área urbana. En total participaron 15 representantes de los 5 centros de salud del área urbana y los miembros del comité de vigilancia del Municipio.

2.5 *Liderazgo y toma de decisiones*

El Distrito de Salud y los representantes de los centros de salud del área urbana asumieron la responsabilidad de la creación del SIS. La cooperación técnica realizada por la Organización Mundial de la Salud jugó un rol importante en la constitución del fondo comunitario, otorgando asesoramiento en el manejo, organización y estructuración del fondo.

Las cotizaciones, las condiciones de afiliación, los estatutos, la organización interna y las modalidades de atención fueron discutidos y aprobados por la asamblea constitutiva. Los prestadores de atención médica eran los proveedores de servicios de salud de toda la comunidad. El paquete de beneficios estaba determinado por la oferta de atención médica del hospital y de los centros y puestos de salud, por tanto no hubo decisión alguna de la comunidad al respecto.

3. Funcionamiento durante el primer ejercicio

3.1 *Afiliados y otros beneficiarios*

En el año 1996, de las 465 Unidades Familiares de Alto Riesgo (UFAR) del área urbana y peri-urbana de Tupiza, se afiliaron 401 familias, correspondiendo a aproximadamente 2005 beneficiarios¹⁸. La afiliación era voluntaria y los afiliados no debían pagar ninguna cuota de afiliación.

Podían afiliarse sólo aquellas familias clasificadas de alto riesgo del Municipio de Tupiza. Al principio se afiliaron solo familias del área urbana. En 1997 se inició la afiliación en el área rural y a partir de febrero se formaron grupos de promoción para ofrecer los servicios en el área rural.

En el sector rural, no se contó inicialmente con la clasificación por riesgo de las familias y se generaron dificultades por la afiliación de familias de mediano riesgo. La afiliación de familias no clasificadas de alto riesgo generó el aumento de los gastos, situación que motivó una evaluación de la afiliación y de los gastos por atención médica.

Podían afiliarse al Fondo comunitario de salud el jefe de familia y su cónyuge, los hijos a cargo de los padres, hasta 21 años si son estudiantes, otros familiares y/o dependientes siempre que vivan bajo el mismo techo¹⁹.

3.2 *Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS.*

El paquete de beneficios estaba establecido por la provisión de servicios del Hospital de segundo nivel del distrito, los centros y puestos de salud. El paquete incluía urgencias y consultas externas, servicios de diagnóstico (análisis de laboratorio y radiografías), medicamentos básicos e insumos, hospitalización local, atención del parto, cirugías locales y servicios odontológicos. Estaban excluidas las atenciones por accidentes de tránsito, heridas por riñas y atención de tercer nivel. Los problemas provocados por alcoholismo también estaban excluidos, aunque existía flexibilidad al respecto.

18 Amadeo Rojas, "Evaluación del Fondo Comunitario de Salud del Municipio de Tupiza 1996/1997 y sus tendencias", Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad Regional de Salud de Tupiza, Tupiza- Bolivia, 1998.

19 Idem.

Cuadro No. 11: Beneficios ofrecidos por los SIS durante el primer ejercicio

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago*	Límite de Cobertura**	Período de Espera***	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no					
Todas	B				SI
Atención del parto					
Todas por el seguro básico					
Hospitalizaciones medicalizadas no Programadas					
Todas	B				SI
Intervenciones quirúrgicas programadas					
Todas	B				SI
Atención ambulatoria programada					
Todas	B				SI
Atención preventiva	B				
Atención ambulatoria no programada	B				SI
Medicamentos					
Medicamentos esenciales (ver vademecum)	B				
Transporte	B				
Laboratorio/radiología	B				

* No se aplican co-pagos para los afiliados.

** Está determinado por la disponibilidad de atención en los locales de atención del Distrito.

*** No aplica.

B - beneficiarios

El paquete de beneficios era único, la atención médica que los afiliados y beneficiarios

podían recibir era aquella brindada en el Hospital de segundo nivel y en los centros y puestos de salud de primer nivel del Distrito de salud.

Los prestadores de atención médica se encargaban de registrar el tipo de servicio prestado. Este documento de registro de prestaciones era firmado por los afiliados y era utilizado por los prestadores como comprobante. Los prestadores cobraban al fondo mensualmente por los servicios prestados. Al principio no existía un sistema de seguimiento de las prestaciones.

3.3 *Financiamiento*

Cuadro No. 12: Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio.

Fuente	Monto US\$	Propósito	Tipo (subvención, Crédito, cotizaciones, etc.)
OMS/OPS		Estudio de Contexto y Factibilidad Financiera.	Subvención
OMS/OPS Nov. 1996	55 000 Bs. (US\$ 10.826)	■ Organización del Fondo comunitario. ■ Publicidad y promoción.	Subvención
Distrito		■ Administración ■ Infraestructura ■ Equipamiento	Subvención

En el año de creación, el aporte fue de 15 bolivianos anuales por familia. En algunos casos, dependiendo de la disponibilidad de las familias, el aporte podía ser pagado semestral o trimestralmente y debía ser abonado en efectivo. En el caso de familias indigentes se buscaba un “patrocinador o padrino” quien se encargaba del pago. En otros casos, se realizaban actividades, tales como venta de alimentos o de otro tipo de productos para recaudar fondos para el pago del aporte.

Además de los afiliados, el Municipio realizaba aportes sobre la base de una estimación de gastos que era presentada anualmente. Con dichos aportes se cancelaban las facturas de los prestadores. Al inicio de las actividades el fondo no contó con reservas.

3.4 Prestadores de atención médica

Los prestadores de atención médica eran los prestadores del sector público. En la zona se contaba con un hospital de segundo nivel “Hospital Eduardo Eguía”, 5 centros de salud urbanos y 27 centros y puestos de salud rurales. Considerando los servicios ofrecidos por el SIS y su tipología se establecieron los prestadores, que fueron aceptados por la asamblea general.

Los prestadores facturaban de acuerdo a aranceles (ver anexo) establecidos específicamente para el Distrito de Tupiza y enviaban las facturas mensualmente a la administración del fondo para su cancelación.

3.5 Administración y gestión

El fondo Comunitario de Salud presupone una responsabilidad compartida entre el gobierno nacional, a través de la Secretaría Nacional de Salud, y del Tesoro General de la Nación, la Alcaldía Municipal de Tupiza y la comunidad de usuarios de Tupiza. Estos actores tuvieron un rol determinante en la concepción, creación, organización y administración del fondo.

El Fondo comunitario contó con estatutos desde el inicio de sus actividades. El mismo fue elaborado por el equipo técnico del Distrito de Salud de Tupiza y luego fue discutido y corregido en la asamblea general de constitución del fondo comunitario. Sin embargo, no disponía de personería jurídica al inicio.

Los principales puntos contenidos en los estatutos son: objetivo del fondo comunitario, características, responsabilidades institucionales, organización, administración, normas a seguir para la afiliación, prestación de servicios, baja de familias y renovación de la afiliación.

Al término del primer ejercicio los órganos del SIS eran los siguientes:

- 1) Asamblea general de los socios. Compuesta por un representante por familia del área urbana.
- 2) Consejo de Administración
 - 6 representantes de las familias afiliadas
 - 1 representante de la H.A.M de Tupiza
 - 1 representante de la Coordinadora de Salud Tupiza
 - 1 representante del Hospital Eduardo Guía
 - Jefe Medico del Municipio
 - 1 representante del comité de vigilancia del Municipio de Tupiza

3) Administración. En la primera etapa fue ejercida con recursos del T.G.N. (Tesoro General de la Nación)

El directorio del Consejo de Administración cuenta con un presidente, un vicepresidente, el secretario de actas, la comisión social, la comisión económica y los vocales que son los representantes de cada centro de salud (5 centros urbanos y 27 rurales). Los miembros del directorio son elegidos en la asamblea general y duran en sus funciones un año. Participan de las asambleas el presidente, el vicepresidente, secretario, las comisiones y los vocales sobre todo de los centros urbanos. Generalmente, en las reuniones realizadas en los diferentes centros de salud participaba un miembro de cada familia.

El comité social se encarga de controlar que las familias afiliadas sean de alto riesgo, la composición del núcleo familiar y otros aspectos tales como violencia familiar. De este modo la comunidad participa más activamente. Con el tiempo se ha ido mejorando la organización dando respuesta a los problemas que iban surgiendo. El comité era netamente de familias urbanas.

Durante el primer año de funcionamiento del Fondo no se han realizado contrataciones de personal. El trabajo era realizado por personal del Distrito de Salud y por los miembros del Fondo.

Cuadro No. 13: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS.

Categoría	Empleador	% de tiempo dedicado al SIS
Jefe del Distrito	Ministerio de Salud	20%
Estadística	Distrito de Salud V	40%
Administrador	Distrito de Salud V	30%
Trabajadora Social	Distrito de Salud V	80%

Para el manejo del Fondo desde el principio fueron introducidos: registro de afiliados, tarjeta de identificación de afiliados, registro de pago de cotizaciones, registro de seguimiento de prestaciones, así como documentos de registro contable. Asimismo se estableció un sistema de contabilidad para el primer ejercicio. Sin embargo, no se elaboraron balances y se inició la preparación de un presupuesto a partir del año 1998.

4. Asistencia técnica y formación

La asistencia técnica recibida durante la fase de creación del SIS y primer ejercicio se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro No.14: Asistencia técnica recibida (fase de creación y primer ejercicio)

Organizaciones o personas que proporcionaron la AT	Propósito del apoyo realizado	Duración del apoyo (período)	Beneficiarios directos del apoyo
OMS/ OPS	Constitución	1 semana	Equipo Técnico Distrito
OMS/ OPS	Organización	Asistencia periódica	Equipo Técnico Distrito

V. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. Grupo destinatario y beneficiarios

1.1. Grupo destinatario

El grupo destinatario es el mismo que ha sido definido en la creación del SIS, es decir las unidades familiares de alto riesgo (UFAR). A fines del año 1998 estaban afiliadas 929 familias clasificadas de alto riesgo del área rural y urbana del Municipio de Tupiza.

1.2 Diferentes categorías de beneficiarios

Los afiliados del SIS son las Unidades Familiares de Alto Riesgo (UFAR) del área urbana, peri-urbana y rural de Tupiza. La afiliación es voluntaria y los afiliados no deben pagar ninguna cuota de afiliación. Pueden afiliarse al Fondo Comunitario de Salud el jefe de familia y su cónyuge, los hijos a cargo de los padres (hasta 21 años si son estudiantes) otros familiares y/o dependientes siempre que vivan bajo el mismo techo.

El número de familias afiliadas ha disminuido debido fundamentalmente a la clasificación de riesgo que fue realizada con posterioridad a la afiliación. La gran mayoría de las familias afiliadas en el sector rural eran de mediano y no de bajo riesgo, razón por la cual fueron excluidas del fondo.

Para afiliarse, el jefe de hogar debe solicitar su afiliación al centro/puesto de salud al que pertenece geográficamente. Cada centro/puesto de salud posee una lista con las familias de alto riesgo y con la lista se verifica el derecho de afiliación de las personas. A partir de la confirmación de la pertenencia al grupo de UFAR por parte del centro/puesto, el candidato debe dirigirse a la administración del Fondo.

Para la inscripción el solicitante debe presentar una constancia de residencia en el Municipio de Tupiza, carnet de identidad, libreta de familia (para acreditar el número de miembros de la familia) y el recibo de pago de la afiliación en la Cooperativa de Ahorro y Crédito "El Chorolque", en la cual el fondo tiene una cuenta de ahorro²⁰. Una vez presentados estos documentos y verificado el cumplimiento de los requisitos por parte de la comisión económica, se procede al registro en el Libro de registro de Afiliados. El afiliado debe firmar un contrato de afiliación que contiene las credenciales del afiliado principal y el número de registro de afiliación. El contrato debe ser firmado

²⁰ Amadeo Rojas, "Evaluación del Fondo Comunitario de Salud del Municipio de Tupiza 1996/1997 y sus tendencias", Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad Regional de Salud de Tupiza, Tupiza- Bolivia, 1998.

por un representante del Directorio y debe renovarse anualmente. La afiliación puede realizarse en cualquier fecha del año.

El registro de afiliados contiene informaciones referentes al centro al que pertenece, número de contrato, numero de carpeta familiar, nombre del jefe de familia y numero de carnet. La tarjeta de identificación es familiar y contiene una foto de todos los miembros de la familia y de las otras personas a cargo del afiliado principal.

No existe restricción respecto al número de miembros de la familia ni respecto a los vínculos de parentesco, la única condición es que estén a cargo del afiliado principal. Los hijos mayores de 21 años están excluidos, a menos que sean discapacitados o que demuestren estar estudiando. Además, las personas pueden pertenecer al fondo hasta los 60 años de edad. Los que superan este límite de edad están cubiertas por el Seguro de Vejez pagado por el Estado. Los familiares huérfanos pueden afiliarse con la familia.

Durante la existencia del Fondo Comunitario no se ha producido cambios en las condiciones de afiliación. Para recibir cualquier tipo de atención los afiliados deben presentar su tarjeta de identificación. Sin el carnet no son atendidos.

1.3 Número de beneficiarios y evolución

Cuadro No.15: Número de beneficiarios 1998

Edad/sexo	Hombres	Mujeres	Total
0 – 5 años	401	439	840
6 – 18 años	800	962	1.762
19 – 60 años	754	1.023	1.777
Total	1.955	2.424	4.379

Cuadro No.16: Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios.

	1996	1997	1998	1999 (Agosto)
Número total de afiliados cotizantes (familias)	401	1225	929	649
Número total de beneficiarios	2.005	6.125	4.379	3.245

Se observa que una gran parte de los socios se asegura cuando un miembro de la familia se enferma. El número de socios es más bajo al comenzar el año calendario.

1.4 Causas de pérdida del estatus del afiliado

De acuerdo a los estatutos el estatus de afiliado se pierde por:

- Situación de mora en el pago del aporte por más de una gestión,
- Mejoramiento de la situación socioeconómica; (pasar de bajo riesgo a mediano riesgo)
- Cambio de domicilio fuera del Municipio de Tupiza,
- Tener más de 60 años de edad.

La exclusión de los afiliados se realiza automáticamente de acuerdo a las normas. El control del cumplimiento de las condiciones de los afiliados se efectúa una vez al año. En la determinación de la exclusión participan la comisión económica y la comisión social. Han sido excluidos aquellos miembros que no pertenecían a las UFAR luego de la clasificación de las familias por riesgo en el sector rural.

1.5 Penetración del grupo destinatario

El total de Unidades Familiares de Alto Riesgo (UFAR) en el año 1998 fue de 3.154 y el número de UFAR afiliadas fue de 929, por tanto la proporción del grupo destinatario cubierta por el Fondo es de aproximadamente 29 %. No se cuenta con información acerca de las UFAR total de años anteriores.

El aumento del número de afiliados constituye un objetivo del SIS. Para ello se han realizado campañas de promoción y visitas domiciliarias sobre todo en el área rural. Se ha buscado concientizar a las personas del municipio y se realizan promociones a través de las familias afiliadas. Una familia afiliada pone a conocimiento de sus vecinos o amigos los beneficios del fondo. En caso de que las familias no cuenten con recursos se buscan “padrinos” de afiliación.

2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS

2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

De acuerdo a lo establecido en la parte IV del informe, los beneficios ofrecidos por el SIS son todos aquellos prestados por el Hospital de segundo nivel del distrito, por los centros y puestos de salud. La oferta de prestaciones está establecida en los estatutos y en los boletines informativos que han sido distribuidos para la promoción del SIS. Se han realizado campañas de comunicación para informar acerca de los beneficios (incluyendo las visitas domiciliarias realizadas por los auxiliares de enfermería y la trabajadora social).

Cuadro No.17: Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago*	Límite de Cobertura**	Período de Espera***	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no prog.					
Todas	B				SI
Atención del parto					
Todas por el seguro básico					
Hospitalizaciones medicalizadas no Programadas					
Todas	B				SI
Intervenciones quirúrgicas programadas					
Todas	B				SI
Atención ambulatoria programada					
Todas	B				SI
Atención preventiva	B				
Atención ambulatoria no programada	B				SI
Medicamentos					
Medicamentos esenciales (ver vademécum)	B				
Transporte	B				
Laboratorio/radiología	B				

* No se aplican co-pagos para los afiliados.

** Está determinado por la disponibilidad de atención en el distrito.

*** No aplica.

B - beneficiarios

El paquete de beneficios es único, todos los afiliados pueden asegurarse por el mismo paquete y la atención médica que los afiliados y beneficiarios reciben está determinada por la disponibilidad de los servicios ofrecidos en el Distrito.

El paquete de beneficios se ha reducido desde marzo de 1999, fecha de entrada en vigencia del Seguro Básico de Salud, lo cual no ha significado cambios en el monto ni las modalidades de cotización. El Seguro básico cubre atención prenatal, atención del parto, complicaciones del embarazo, atención de niños menores de 5 años, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis, diagnóstico y tratamiento de malaria, diagnóstico y tratamiento del cólera, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, exceptuando el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, consejería y servicios de planificación familiar.

No se aplica un período de espera, aunque normalmente el fondo no cubre los gastos incurridos por los nuevos afiliados durante el primer día de afiliación (por ejemplo medicamentos prescritos, primer día de hospitalización). Existen excepciones para los que no tienen la posibilidad de pagar.

La derivación de los pacientes es obligatoria, el paciente debe presentarse en primer lugar al puesto de salud que cuenta con una enfermera o un auxiliar de enfermería. La enfermera y/o auxiliar de enfermería decide si el paciente necesita consultar con el médico. A su vez, los médicos deciden si es necesaria una hospitalización o una intervención en un centro de segundo nivel y no existe posibilidad de derivación al tercer nivel.

Para los gastos no relacionados con los servicios médicos, (transporte, alimentación, alojamiento, etc.) existe cierto nivel de cobertura. Por ejemplo, el transporte es cubierto por el hospital aunque no hay un convenio para realizarlo. La alimentación para los hospitalizados esta cubierta, inclusive en algunos casos para los acompañantes.

Los prestadores de salud tienen potestad de decidir acerca de las prestaciones que están establecidas en los estatutos. En las reuniones mensuales del Directorio los pacientes tienen la posibilidad de reclamar servicios (por ejemplo inyecciones). En general el personal de los centros decide sobre el tratamiento a ser aplicado.

Las prestaciones otorgadas con más frecuencia durante el año 1997 (se dispone de datos de este año únicamente) fueron las siguientes:

Cuadro No.18: Número de Prestaciones otorgadas por zona urbana/rural

Año 1997				
Hospital y C.S. Area urbana	Prestaciones	Número	Monto en Bolivianos	Porcentaje
	Productos farmacéuticos	12.775	87.414	47,4
	Hospitalización	223	18.696	10,1
	Consultas	4.228	12.682	6,9
	rayos x	282	11.802	6,4
	Quirófano	31	10.190	5,5
	Ex. Laboratorio	1337	5.949	3,2
	Cirugía	15	5.444	2,9
	Consultas odontológicas	579	4.454	2,4
	Inyecciones	1.271	1.983	1,1
	Ecografías	86	1.625	0,88
	Otros		6.477	3,5
	Subtotal		166.716	90,4
C.S y P.S. Area rural	Recetas	2.966	17.686	9,6
	Total		184.402	100

Fuente: Evaluación del Fondo Comunitario de salud del Municipio de Tupiza 1996/1997 y sus tendencias
C.S. Centro de salud y P. S. Puesto de salud

2.2 Pago de las prestaciones

Los prestadores envían las facturas al SIS mensualmente, quien se encarga de remitirlas a la alcaldía para su pago o cancelación. La forma de pago es única para todos los prestadores.

El administrador efectúa la revisión de los documentos presentados por los prestadores. En los mismos debe constar la firma de los usuarios, y los datos completos según el formulario utilizado.

La atención médica no se suspende inmediatamente cuando el afiliado no está al día con el pago. En esta oportunidad, se les recuerda que deben cancelar sus pagos y se les da la posibilidad de pagar en etapas. En el caso de mora, los afiliados pueden renovar sus contratos sólo después de cancelar los atrasos. Si el afiliado no tiene recursos suficientes, se verifica esta información y si es necesario se buscan “padrinos”.

Existen formularios en los cuales los prestadores de servicios registran el número, monto y costo de las prestaciones otorgadas por tipo de servicio. En estos formularios

se registra además, el nombre del asegurado y el tipo de consulta realizada.

2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios

El fondo comunitario promueve actividades de prevención y/o educación para la salud, tales como atención al menor de cinco años para evitar enfermedades como diarreas, infecciones respiratorias; atención a la mujer, planificación familiar, educación sexual, entre otros. Los temas a ser tratados se consultan con los miembros del SIS en las reuniones mensuales.

Las actividades de promoción y educación para la salud son conducidas de acuerdo al tema sea por el médico, la enfermera, el auxiliar de enfermería o la trabajadora social, y se realizan para toda la comunidad. La participación es abierta y son coordinadas con el Distrito de Salud.

Además, el SIS organiza actividades en el sector educativo, tales como cursos de alfabetización, peinado, costura, artesanía, otorgando al final un certificado de realización del curso. Estas actividades han logrado el mejoramiento de los ingresos de los participantes.

En el futuro se piensa incorporar un seguro de muerte considerando las necesidades de los miembros en este ámbito.

Todas las acciones emprendidas en el área de educación para la salud, alfabetización y capacitación técnica no son financiadas con recursos del SIS. Se buscan capacitadores del distrito de salud o del ministerio de educación.

3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS

3.1 Fuentes de financiamiento del SIS²¹

A partir del año 1997 el monto del aporte fue aumentado de 15 a 30 bolivianos (US\$ 3 a 5,7) anuales por familia. En este año, los aportes se incrementaron sin haber efectuado cálculos acerca de la sostenibilidad del SIS, por la necesidad de contar con mayores recursos financieros. Posteriormente, se realizaron estudios de los costos de atención, estimándose un costo promedio por paciente de 62 Bolivianos (US\$ 11,25).

²¹ Solo se consideran los recursos del SIS provenientes de las cotizaciones de los afiliados, de terceros o por transferencia de otras actividades de la organización responsable del SIS. No se tienen en cuenta otras fuentes de financiamiento del SIS, en particular su capacidad de auto-financiamiento (el monto de recursos de financiamiento que su actividad genera). Los elementos relativos al equilibrio financiero del SIS se abordan en la Parte E.

En el año 1998, la asamblea del fondo decidió elevar el aporte a 60 bolivianos (US\$ 10,90) luego de la realización del estudio de costos.

El aporte es único para todos los afiliados y la cuota es anual. En el caso de dificultad en el pago de parte de los afiliados, este puede ser fraccionado en cuotas semestrales o trimestrales y no puede ser pagado en especie. Cuando los afiliados no cuentan con los recursos necesarios para pagar sus cuotas, realizan actividades tales como venta de alimentos en las reuniones mensuales a fin de recolectar la suma necesaria para cubrir el aporte.

Todos los afiliados deben pagar cotizaciones. Cuando se detectan casos de familias que no pueden pagar, la trabajadora social conjuntamente con miembros del directorio solicitan la colaboración de asociaciones o empresas para que subsidien a estas familias. Normalmente, estos “padrinos no pagan 100% del monto, sino una parte de la cuota. En el año 1998, el aporte de los “padrinos fue de 900 bolivianos (163 US\$).

Las cotizaciones se pagan al administrador del fondo quien les entrega un recibo por el pago realizado. En el área rural, los afiliados frecuentemente solicitan a los auxiliares de enfermería que realicen el pago de la cuota.

Las personas pueden afiliarse en cualquier período del año y el pago debe ser realizado a más tardar al mes de haber firmado el contrato. Generalmente, los miembros del grupo destinatario se afilian cuando cuentan con los recursos necesarios para hacerlo.

En caso de atraso en el pago de las cotizaciones se realizan visitas domiciliarias solicitando a las personas el pago de sus cuotas. En otros casos, se envía la lista de las personas que están atrasadas en los pagos a las reuniones de los centros para que los miembros del directorio reclamen.

Cuadro No.19: Monto total de los aportes recibidos

	1996	1997	1998	1999*
Cotizaciones recibidas de los afiliados	15.863 Bs.	38.724	49.850	29.530
Aportes de la Alcaldía	70.000 Bs.	140.000	261.526	102.000
Aportes recibidos de otras fuentes (Padrinos)			900	

* Al mes de junio

El monto de las cotizaciones está sujeto a revisión periódica. Durante el primer año, el

monto del aporte fue decidido sobre la base de la disponibilidad de la comunidad, luego se incrementó por las necesidades de cubrir costos del fondo y en el año 1998 se realizaron estudios de costos. Los aumentos de las cotizaciones son siempre autorizados por el directorio y no han implicado variaciones en el paquete de beneficios.

A partir del año 1998, el administrador del Fondo elabora un presupuesto de acuerdo a los gastos de año anterior, la expectativa de afiliación y de utilización de servicios. Este presupuesto es enviado a la alcaldía para su aprobación y posterior pago de acuerdo a la utilización de los servicios por parte de los afiliados. Los desembolsos para el pago realizados por la alcaldía provienen del fondo de coparticipación tributaria entre el Estado y la alcaldía (Ley de participación popular). De ese mismo fondo la alcaldía paga el seguro básico, el seguro de vejez, la red de servicios, mantenimiento, equipamiento y construcción de instalaciones de salud, educación, programa de Chagas, entre otros. Los montos desembolsados están detallados en el Cuadro No. 19.

El distrito de salud se encarga de pagar a los médicos, enfermeras y empleados administrativos del hospital, centros de salud y de la oficina administrativa.

El funcionamiento del SIS (contabilidad, tesorería, gestión) está separado de las otras actividades de la organización responsable. Sin embargo, algunos costos administrativos, como el uso de teléfono, fax, computadora, fotocopidora están cubiertos por el Distrito. Además, algunos funcionarios del distrito colaboran con el funcionamiento del fondo. Por ejemplo la trabajadora social, la técnica en estadísticas, el jefe del distrito dedican parte de su tiempo laboral a tareas del fondo. Desde el año 1998 se contrató en forma independiente a un administrador.

3.2 Costos

Los montos de las prestaciones pagadas por el SIS durante los tres últimos ejercicios fueron:

Cuadro No.20: Prestaciones pagadas

	1996	1997	1998
Prestaciones pagadas (Bolivianos)	70.000	184.403	199.505
Equivalente en US\$	13.780	35.058	36.208

El detalle de las prestaciones por tipo puede observarse en el Cuadro No. 18.

Cuadro No.21: Costos de administración y otros costos del año 1998

Costos administrativos	Bolivianos
Sueldos y salarios	11.000,00
Impuestos	1.550,00
Productos papeles e impresos	4.185,10
Material de escritorio	1.290,80
Combustibles y lubricantes	143,00
Pasajes y viáticos	80,00
Servicios Profesionales y comerciales	2.060,00
Compra de sangre	180,00
Total	20.488,90

El profesional de administración fue contratado a partir de marzo del año 1998, con un salario de 1.000 Bolivianos mensuales.

3.3 Excedentes y distribución de excedentes.

El Fondo Comunitario de Salud de Municipio de Tupiza es una organización sin fines de lucro. Los excedentes, cuando existen, son utilizados para incrementar las reservas, no son distribuidos entre los socios.

Según el informe del administrador, los Ingresos del año 1998 en concepto de cotizaciones fueron 49.850 Bolivianos (US\$ 9.047) y los egresos pagados directamente por el fondo fueron 20.488 Bolivianos (US\$ 3.718). El excedente del año 1998, fue por tanto de 29.361 Bolivianos (5.329 US\$).

3.4 Fondos de reserva

Al mes de agosto de 1999 las reservas fueron de 46.023,39 Bolivianos (US\$ 7867). No se cuenta con datos al cierre de 1998.

Si se considera el gasto por prestaciones y los gastos administrativos del año 1998, el gasto total mensual fue de aproximadamente 18.500 Bolivianos. Los fondos de reserva actuales podrían cubrir aproximadamente 2 meses de prestación de servicios y costos administrativos.

Los fondos de reserva están depositados en una cuenta de ahorro donde ganan una pequeña tasa de interés.

4. Prestadores de atención médica

4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS

Los beneficiarios no pueden recurrir a cualquier prestador, solamente pueden utilizar los servicios ofrecidos en el Hospital Eduardo Eguía, en los 32 centros y puestos de salud y deben recurrir a ellos de acuerdo a la zona geográfica de habitación.

Cuadro No.22: Prestadores autorizados por el SIS

Nombre/Identificación Prestadores	Localización	Nivel	Tipo servicios ofrecidos
Hospital Eduardo Guía	Area urbana	Seg.	Paed., Gyn, Trauma, Cirugía,Internamiento, Anestesia.
5 Centros de Salud	Area urbana	Prim.	Consultas medico
7 Centros de salud	Area rural	Prim.	Consultas médico
20 puestos de salud	Area rural	Prim.	Aux. Enfermería Cons. Médico 2-4 veces/mes

* Los prestadores fueron autorizados el 1o. de junio de 1996.

El Distrito V de Salud de Tupiza es responsable del hospital, los centros y los puestos de salud de Tupiza. El personal de dichas instituciones está a cargo del Estado y la infraestructura, el mantenimiento y los insumos a cargo de la alcaldía.

En el municipio, se cuenta además con un Hospital de segundo nivel del Seguro Nacional de Salud, dos centros de primer nivel, uno de la caja Bancaria y otro de la Caja de seguros de Salud de Militares y aproximadamente 3 consultorios particulares.

Dadas las características del SIS, los prestadores públicos están en situación de monopolio con respecto a los afiliados y los mismos pueden utilizar sólo los servicios ofrecidos en estos centros de atención. Los aranceles aplicados son aquellos establecidos por el ministerio de salud.

En los centros urbanos de atención, del total de las consultas atendidas, aproximadamente el 30% son consultas realizadas por los afiliados del Fondo, 35% del Seguro básico y 35% particulares. El porcentaje de prescripciones es en promedio de 50%. En el Hospital, el 10% de las consultas, el 17% de las internaciones, el 10 % de

los análisis de laboratorio, el 30% de las radiografías y el 50% de prescripciones son realizadas por los afiliados del Fondo. En las áreas rurales, el promedio de consultas es menor constituyendo aproximadamente el 20% del total de consultas. Más del 50% de las prescripciones son realizadas para pacientes del Fondo.

Es importante destacar que existen problemas en la disponibilidad de medicamentos a causa de la falta de recursos financieros. Para hacer frente al problema se ha buscado acelerar los trámites de desembolso por parte de la alcaldía.

4.2 Relaciones entre los prestadores y el sistema de seguro

Las prestaciones son otorgadas por prestadores públicos. El paquete de servicios está determinado por la oferta y los aranceles están establecidos por el Ministerio de Salud. Los acuerdos de pago entre el Fondo y los prestadores autorizados son verbales y no existen convenios. Ningún acuerdo entre el SIS y los prestadores ha sido anulado.

Los prestadores se encargan de verificar el derecho a la prestación del asegurado, solicitando la tarjeta de identificación de los afiliados. Sin la presentación de este documento los afiliados no son atendidos.

En el área urbana se realizan reuniones mensuales donde, además de presentarse el informe económico, se recoge la opinión de los beneficiarios en cuanto a la calidad de los servicios. En el área rural, las opiniones se recogen a través de los delegados de cada centro de salud.

El directorio del fondo se reúne mensualmente para revisar las actividades realizada. El administrador presenta un informe donde se detallan los servicios utilizados, el monto de los mismos y los problemas encontrados. De estas reuniones participa un representante de cada centro de salud. Las reuniones mensuales facilitan la comunicación entre los pacientes asegurados por el fondo y los prestadores de salud. No existen incentivos (premios, formación, etc.) al personal del cuerpo médico a través del SIS.

4.3 Pago a los prestadores

Los prestadores facturan de acuerdo a aranceles establecidos para el distrito de Tupiza. Mensualmente envían una factura con el detalle de los servicios prestados a la administración del fondo, quien se encarga de verificar la pertinencia de los servicios facturados.

El SIS envía las facturas verificadas a la alcaldía para su pago. Generalmente, la alcaldía se demora entre uno y tres meses en el desembolso de los fondos para el pago a los proveedores.

5. Administración y gestión del sistema de seguro

5.1 Estatutos y reglamentos

Actualmente se encuentra en trámite el proceso de adquisición de la personería jurídica y se espera obtenerla a fin de este año.

El SIS contó con estatutos desde el inicio de sus actividades. El mismo fue elaborado por un equipo técnico del Distrito de Salud de Tupiza y luego fue discutido y corregido en la asamblea general de creación del fondo comunitario.

Los principales puntos de su contenido son: objetivo del fondo comunitario, características, responsabilidades institucionales, organización, administración, normas a seguir para la afiliación, prestación de servicios, baja de familias y renovación de la afiliación.

En los estatutos están contenidos, además, las normas y procedimientos para la prescripción y pago de medicamentos por parte del fondo comunitario, así como las normas y procedimientos para la administración financiera.

En abril de 1999 fue firmado un convenio entre el Fondo Comunitario, el Gobierno Municipal de Tupiza, el Distrito de Salud y el Comité de Vigilancia para la implementación y funcionamiento del Fondo Comunitario de Salud en el marco del Plan de salud 1.999. En el convenio se establecen los compromisos de la Comunidad de Alto riesgo, de la Municipalidad de Tupiza y del Distrito V de Salud, así como el manejo Tripartito de los recursos hasta tanto el Directorio Local de salud elabore el manual de Procedimiento administrativos de control y ejecución presupuestaria.

El convenio establece, además, que el Directorio Local de Salud (DILOS) es la “única instancia que puede regular la implementación y funcionamiento del Fondo Comunitario de Salud a nivel de decisión en gestión compartida y con participación popular, sujeta a los alcances del convenio especial.”

El DILOS tiene la siguiente estructura:

Representación Municipal:

Presidente: H. Alcalde Municipal
Dpt. Cultura y Desarrollo Humano

Delegado Titular
Delegado Suplente

Representación Distrito V de Salud:

Miembros Directorio: Director Distrito V Salud

Delegado Titular

Director Hospital "E.Eguia"
Rpte. Primer Nivel

Delegado Adscrito
Delegado Adscrito

Representación Comité de Vigilancia:

Miembro Directorio: Presidente Comité Vigilancia

Delegado Titular

Representación Fondo Comunitario de Salud:

Miembros Directorio:

Presidente Fondo Comunitario
Admor. Fondo Comunitario

Delegado Titular
Delegado Adscrito

De acuerdo al convenio, el DILOS deberá cumplir con las siguientes actividades:

- a) Aprobación de Manuales de Funciones Procedimientos y Reglamentos
- b) Aprobación del Vademécum
- c) Elaboración y Aprobación de Normas Administrativas que rijan las actividades económicas del Fondo Comunitario.
- d) Elaboración de un proyecto de Consolidación e Institucionalización del Fondo Comunitario buscando Autonomía y sostenibilidad a mediano plazo.

5.2 Organización de la gestión del SIS

La gestión del SIS no ha sufrido modificaciones desde su creación y su organización está detallada en el punto 3.5 de la parte IV del informe. Se anexa el detalle de las responsabilidades de los componentes de la organización.

Cada centro de salud nombra a sus representantes y en la asamblea anual se eligen a los miembros del directorio quienes duran en sus funciones por un año.

En el directorio del fondo, el 30% son mujeres y, en los directorios asociados a los centros de salud, el 45% son mujeres.

Cuadro No.23: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Título del puesto	Fecha de creación del puesto	Calificación del titular actual	Principales tareas
Administrador	1-3-1998	Título universitario	■ Administración de recursos. ■ Presentación de informes. ■ Contabilidad. ■ Participación de las reuniones mensuales.

Cuadro No.24: Otro personal asalariado, no empleado por el SIS o voluntario

Categoría	Número de beneficiarios	Organización responsable	% de tiempo de trabajo dedicado al SIS	Principales Tareas
Trabajadora Social	Todos	Distrito V	80%	- Verificación de la clasificación por riesgo de las familias. - Promoción de la salud. - Acompañamiento de problemas de las familias. - Violencia Familiar.
Estadística	Todos	Distrito V	40%	- Construcción y seguimiento de las estadísticas del fondo.

El Jefe del Distrito V de Salud es uno de los responsables del Fondo y es remunerado por el distrito como funcionario del distrito. Los miembros del directorio no son remunerados actualmente. Se está pensando remunerar al presidente de modo que

pueda dedicarse enteramente a la conducción de la institución.

5.3 *Carácter democrático y participativo de la gestión*

Los nuevos afiliados pueden conocer sus derechos y obligaciones, así como el funcionamiento del SIS a través de boletines informativos que contienen información del fondo, promoción de las actividades del fondo y/o a través de las reuniones mensuales.

En el área urbana, la disponibilidad de la información es mayor gracias a las reuniones mensuales de cada centro de Salud. Además, se presenta un informe económico mensual. En el área rural el nivel de información sobre el funcionamiento es reducido.

Los representantes de cada centro/puesto participan de la asamblea general anual. En algunos casos la información se transmite vía los auxiliares de enfermería.

En la asamblea general se decide el monto de las cotizaciones, las modalidades de pago de las cotizaciones y la selección de los responsables. A través de las reuniones mensuales los participantes tienen la posibilidad de expresar sus opiniones sobre el funcionamiento del fondo, pero no es una evaluación sistemática.

La posibilidad de seleccionar los servicios y de los prestadores esta limitada por la oferta de servicios de las instituciones del Estado. Sin embargo, se está buscando extender la cobertura de servicios (por ej. servicios de psiquiatría, oculista).

Las asambleas generales previstas por los estatutos se realizan una vez al año. La asistencia es de aproximadamente el 60% de los afiliados. En su mayor parte son representantes del área urbana.

Los pedidos de información y los reclamos de los afiliados se responden a través de las reuniones mensuales.

5.4 *Gestión de las disponibilidades*

Los gastos corrientes efectivos son autorizados por el presidente del fondo, el administrador y el jefe medico del distrito.

El fondo tiene una cuenta en la cooperativa “El chorolque Ltda.”. Los cheques emitidos deben llevar la firma conjunta del presidente del fondo, el administrador y el jefe medico del distrito.

Un elevado porcentaje de las transacciones se paga con cheque y la caja chica es manejada por el administrador y el jefe medico del distrito.

5.5 *Sistema de información e instrumentos de gestión*

El SIS dispone de una contabilidad propia y los documentos contables son llevados de acuerdo a normas legales y están al día. El responsable de administrarlos es el administrador quien posee un título universitario.

Desde el principio fueron introducidos: registro de afiliados, tarjeta de identificación de afiliados, registro de pago de cotizaciones, registro de seguimiento de prestaciones, así como documentos de registro contable. Asimismo se estableció un sistema de contabilidad desde el primer ejercicio. Sin embargo, no se realizan balances y se inició la elaboración de un presupuesto a partir del año 1998. Además, se iniciará en breve la construcción de indicadores de funcionamiento.

El sistema de información del Fondo permite disponer en un plazo razonable de información sobre la situación de tesorería, evolución de las prestaciones, recaudación de cotizaciones y costos de administración.

Todas las operaciones y los registros se realizan actualmente por computadora. Se cuenta con informes de actividad mensuales que son presentados en las reuniones del directorio. Se utilizan contratos de afiliación, facturas de pago a prestadores, recibo de pago de afiliación entre otros.

5.6 *Función de control*

Los controles internos practicados son los siguientes: control de caja, control de contabilidad, control de afiliación, control del pago de cotizaciones, control de facturación de las prestaciones control del derecho a cada prestación. Los cuatro primeros son realizados por el administrador mensualmente y el último por los médicos y/o enfermeras que atienden a los pacientes cada vez que se presentan para utilizar los servicios.

Por única vez la alcaldía realizó una auditoría externa para controlar el manejo de los fondos y fue realizada por auditores de la alcaldía.

5.7 Distribución de funciones

Cuadro No. 25: Distribución real de funciones

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica/ Distrito	Trabajadora Social
Gestión de prestaciones					
¿Quién decide los paquetes de beneficios?			✓		
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de cobertura?			✓		✓
¿Quién decide la derivación de un enfermo a un nivel superior?			✓		
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones? (frecuencia por servicio cubierto, costo promedio, etc.)		✓	✓		
Gestión de los afiliados y recaudación de cotizaciones					
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?	✓	✓	✓		✓
¿Quién actualiza los registros de afiliados?	✓	✓			
¿Quién establece las tarjetas de identificación de afiliados?		✓			
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?	✓				

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica/ Distrito	Trabajadora Social
¿Quién calcula el monto o porcentaje de las cotizaciones?		✓			
¿Quién decide el monto o porcentaje de las cotizaciones?	✓				
¿Quién recauda las cotizaciones?		✓			
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?		✓			
Gestión de relaciones con los prestadores					
¿Quién elige a los prestadores?	✓				
¿Quién negocia los acuerdos con los prestadores?	✓	✓			
¿Quién retira la autorización a un prestador?	✓				
¿Quién decide el pago a los prestadores?	✓				
Contabilidad y gestión financiera					
¿Quién efectúa los registros contables?		✓			
¿Quién prepara el presupuesto?	✓	✓			
¿Quién elabora el sistema de administración contable?		✓			

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica/ Distrito	Trabajadora Social
¿Quién elabora los estados de resultado?		✓			
¿Quién establece el balance?		✓			
¿Quién calcula los indicadores financieros?		✓			
¿Quién propone la distribución del excedente?*					
¿Quién decide la distribución del excedente?*					
¿Quién realiza el seguimiento de la utilización de las disponibilidades de caja?		✓			
¿Quién cobra los créditos?*					
¿Quién decide las inversiones financieras?*					
¿Quién autoriza los gastos?	✓				
¿Quién administra la caja?		✓			
Control					
¿Quién controla la caja?	✓	✓			
¿Quién efectúa los controles contables y financieros?	✓			✓	
¿Quién controla a los beneficiarios?	✓	✓	✓		

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica/ Distrito	Trabajadora Social
¿Quién controla el pago de cotizaciones?	✓	✓			
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?			✓		
¿Quién controla la facturación de los prestadores?		✓			
¿Quién efectúa el control médico?			✓		
¿Quién sanciona los fraudes?	✓				
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos? *					
Relaciones con los beneficiarios y el grupo destinatario					
¿Quién decide convocar la asamblea general?	✓				
¿Quién organiza la asamblea general?	✓				
¿Quién designa a los responsables?	✓				
¿Quién informa a los beneficiarios en cuanto a los paquetes de beneficios?	✓				
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?	✓				
¿Quién organiza las actividades de prevención y de educación para la salud?	✓	✓		✓	

*No corresponde

Cuadro No. 26: Principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal.

Beneficiarios directos de la formación	Objetivo de la formación	Duración (período) de las actividades de formación	Organizaciones o personas que realizaron la formación	Financiamiento
Personal de Salud Distrito	Socialización de Normas y procedimientos	3 días	Equipo técnico del distrito	OPS/OMS
Equipo técnico del Distrito	Seguimiento	2 días	Equipo técnico	OPS/OMS

5.8 Equipamiento e infraestructura

El fondo comunitario utiliza los locales del distrito de salud para realizar las labores de administración, y los centros de salud para las reuniones que se realizan en las distintas zonas. Además, se utilizan las computadoras de las oficinas del distrito y, en algunas ocasiones, las propias de los empleados. El teléfono y el fax son también de propiedad del distrito.

El SIS no cuenta con equipamiento propio.

6. Actores en relación con el SIS

6.1 Estructuras de reaseguro y fondos de garantía.

El SIS no cuenta con estructuras de reaseguro ni fondos de garantía. Esta función la asume implícitamente el Distrito de Salud.

6.2 Estructuras de asistencia técnica.

El fondo comunitario recibe asistencia técnica del Distrito de Salud y de la OPS. La asistencia la recibe desde su concepción y el mayor apoyo recibido ha sido para la creación y puesta en marcha. Desde su creación ha recibido asistencia puntual de la

OPS de acuerdo a necesidades específicas. La asistencia técnica ha jugado un rol fundamental en la concepción y creación del SIS.

6.3 *Movimientos sociales y organizaciones de la economía social*

No se han establecido relaciones con cooperativas o mutuales. En algunas ocasiones se ha solicitado el apoyo de asociaciones para subsidiar a los afiliados que no podía cubrir sus cuotas.

6.4 *Otros actores*

El fondo tiene estrechas relaciones con el Distrito de Salud y la alcaldía y cubre el espacio dejado por la Seguridad Social.

VI. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

Los indicadores de funcionamiento del sistema no son elaborados por los responsables del Fondo, pero se han podido elaborar a partir de los datos obtenidos en las entrevistas.

1. Dinámica de afiliación

La relación entre el número de familias afiliadas y el número de miembros del grupo destinatario se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro No.27: Numero de familias de alto riesgo y familias afiliadas 1998

	Familias afiliadas ²²	UFAR	Porcentaje
Area urbana	473	1.163	40,6 %
Area rural	456	1.991	22,6 %
Total	929	3.154	29,4 %

Todos los afiliados viven en el municipio de Tupiza, condición necesaria para poder afiliarse. El número de familias afiliadas bajó de 1.225 a 929 familias entre los años 1997 y 1998. La disminución se dio fundamentalmente en el área rural, pues estaban afiliadas al Fondo familias que no pertenecían al grupo de alto riesgo.

En el año 1998, el fondo comunitario contaba con 929 familias afiliadas, y un total de 4380 beneficiarios, representando en promedio 4,71 beneficiarios por familia

2. Utilización de servicios.

En el año 1998, se realizaron en total 2.880 consultas/médico, correspondiendo a 0,66 consulta/ medico por persona asegurada²³.

En el año 1997, del total de la población, el promedio de consultas/médico fue de 0,7 consultas por persona²⁴.

El crecimiento anual promedio del monto de prestaciones por beneficiario del año 1997

22 N.B. En el año 1998 en el área rural se dejó ingresar a todas las familias que lo solicitaron, por tanto la tasa real de cobertura del grupo destinatario en el área rural y total es más baja.

23 Rojas A, Amadeo: Evaluación del Fondo Comunitario de salud del Municipio de Tupiza 1996/1997 y sus tendencias. Ministerio de Salud y previsión social, Unidad departamental de Salud Potosí, Unidad regional de Tupiza. Sin año.

24 Rojas A, Amadeo: Análisis funcional de la red de servicios de salud del Distrito V de Tupiza, sin año.

al año 1998 fue del 50%.

3. Financiamiento y situación financiera

El excedente del año 1998 fue de 29.361,10 Bolivianos. El porcentaje del egreso por prestaciones en relación con el total fue del 91%, mientras que el porcentaje de cotizaciones recaudadas fue del 89%, siendo el porcentaje de afiliados al día en el pago de los aportes del 84%.

Por su parte, la relación cotizaciones devengadas/egresos del ejercicio fue del 25%, la relación [cotizaciones devengadas+ aportes regulares]/egresos del ejercicio fue de 1,16 y la relación costos de administración/[cotizaciones devengadas + aportes regulares] fue de 8%.

El fondo de reserva actual podría cubrir aproximadamente 2 meses de cobertura de prestaciones y gastos administrativos. Dicho fondo es de liquidez inmediata. La relación prestaciones/cotizaciones devengadas fue de 3,6.

El plazo de pago a los prestadores puede variar de 1 a 3 meses, dependiendo de la disponibilidad de fondos de la alcaldía y de la verificación de las facturas.

4. Participación de los afiliados

Las asambleas generales se realizan una vez por año y las reuniones de los miembros del directorio y de los afiliados que pertenecen a los centros de salud del área urbana son mensuales.

No se realizan encuestas de opinión dirigidas a los afiliados. Sin embargo, en algunos centros se utilizan cuadernos para recoger la opinión de los afiliados acerca de los servicios prestados.

La tasa de participación en las asambleas generales, en las cuales se eligen a los miembros del directorio, es de aproximadamente 60%. En las reuniones mensuales, la tasa de participación es elevada, pues se aplican multas de 5 Bolivianos (US\$ 0,8) por inasistencia.

VII. PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES SOBRE EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. Procesos de evaluación

Los socios del Fondo Comunitario se reúnen mensualmente en los centros de salud a los cuales pertenecen. En las reuniones tienen la posibilidad de informarse sobre el fondo a través del directorio local, además de tratar temas de prevención de la salud y de los servicios de atención. En estas reuniones pueden expresar su opinión sobre el funcionamiento del fondo.

En el área urbana, la asistencia de un miembro por familia asegurada es obligatoria y se aplica una multa de 5 Bolivianos (US\$ 0,8) en caso de ausencia. La aplicación de dicha penalización ha aumentado la participación de los afiliados en las reuniones.

Sin embargo, en el área rural la dispersión geográfica dificulta la realización de las reuniones. La mayor parte de los afiliados viven a 10 – 20 kilómetros de distancia del centro de salud y los medios de transporte son escasos. Las reuniones, por tanto, no son frecuentes y la comunicación entre los responsables del Fondo y la población es escasa.

El equipo del Distrito de salud V de Tupiza realizó una extensa evaluación acerca de las actividades del Fondo en los años 1996 y 1997 con el fin de identificar sus ventajas y dificultades, así como describir el perfil epidemiológico y financiero para determinar tendencias futuras²⁵. La evaluación enfatiza las tasas de utilización de los servicios y subraya la efectividad del Fondo para los asegurados. No se proponen recomendaciones específicas.

El municipio, por su parte, evalúa las actividades financieras del fondo en forma continua. Además, en caso de duda sobre la legitimidad de la afiliación de algunas familias, discute el caso con los representantes del fondo.

En el año 1998²⁶, la alcaldía encargó una auditoría externa que fue realizada por el tesorero del municipio. En el informe de auditoría se reclamó la falta de un documento indicativo del funcionamiento del fondo, de informes de ingresos y egresos, así como de un presupuesto. Como resultado se firmó un convenio entre el distrito, la alcaldía y las familias de alto riesgo sobre la futura estructura y funcionamiento del fondo²⁷.

25 Rojas, Amadeo: Evaluación del Fondo Comunitario de salud del Municipio de Tupiza 1996/1997 y sus tendencias. Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad departamental de Salud Potosí, Unidad regional de Tupiza. Sin año.

26 Maygua F, Mauro: Informe reunión con distrito de salud. Tupiza, 14.12.1998.

27 Convenio de cooperación entre el Gobierno Municipal de Tupiza, las familias de alto riesgo, Distrito V de salud, para la implementación y funcionamiento del Fondo Comunitario de salud en el marco del plan

Además, se preparó una lista con los ingresos y egresos del año 1998.

2. Punto de vista de los responsables

2.1 *Puesta en marcha del SIS*

Uno de los factores de éxito en el proceso de la puesta en marcha del Fondo Comunitario es la participación activa del municipio, de la sub-prefectura, de los responsables de la salud del distrito V y de la comunidad en su concepción y creación. Asimismo, un factor de relevancia constituye la constante y activa participación de la comunidad en las asambleas y reuniones mensuales. El fortalecimiento de la conciencia de la población acerca de la importancia de su autocuidado en salud ha incrementado la valoración del fondo.

Las familias afiliadas han promocionado el fondo a otras familias por los resultados positivos obtenidos desde la afiliación al fondo comunitario. El éxito está relacionado también a la calidad de las prestaciones ofrecidas y a la posibilidad de influenciar en ella a través de la presentación de inquietudes en las reuniones mensuales.

Muchos miembros se han afiliado después de enfrentar complejos problemas de salud. Por ello se había previsto un tiempo de espera antes de tener derecho a cualquier tipo de atención. Sin embargo, este tiempo de espera no ha sido aplicado estrictamente. Sólo en el caso que ya están hospitalizados y solicitan la afiliación, deben pagar los gastos en los que incurrieron antes de la afiliación. En las reuniones mensuales se solicita a las familias afiliadas tardíamente y por necesidad que fundamenten su actuación para que actúen como promotores del Fondo.

Otro problema es la inseguridad financiera. Hay periodos en que el municipio demora las transferencias para los prestadores de servicios. En este caso el servicio de salud atiende a los asegurados solo en situaciones de emergencia, creándose desconfianza en la sostenibilidad del Fondo entre los socios.

2.2 *Dinámica de afiliación*

La afiliación está limitada mayormente por falta de disponibilidad de recursos de los miembros del grupo destinatario. Además, el sistema actual favorece la afiliación tardía de las personas. Generalmente, lo hacen cuando están enfermos. Los responsables consideran importante que la entrada al Fondo sea fácil de manera a incentivar el ingreso de las familias del grupo destinatario.

El temor de que el fondo no continúe su funcionamiento reduce la tasa de afiliación,

pues las familias no desearían perder los aportes. Otro factor que limita la afiliación y/o la renovación del contrato es la inmigración temporal (hasta 5-6 meses / año) de gran parte de la población rural es

Por otra parte, el nuevo seguro básico implementado a nivel nacional fue confundido por algunas familias con el Fondo Comunitario. Otras no vieron la necesidad de afiliarse pues creyeron estar totalmente cubiertos por el Seguro Básico.

2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

Las personas entrevistadas subrayaron el hecho que el fondo ha mejorado el acceso a los servicios de salud de los asegurados. Los empleados de las instituciones prestadoras de servicios han remarcado la importancia del fondo comunitario. Con anterioridad a la creación del fondo comunitario los miembros de las familias de alto riesgo venían muy tarde en buscar de atención médica, la mayor parte de las veces demasiado tarde para encontrar soluciones y ser atendidos efectivamente.

La oferta de servicios de salud cubre la mayor parte de las necesidades, aunque algunas especialidades no están cubiertas en Tupiza. Por ejemplo, no se cuenta con oculistas y los pacientes con quemaduras graves deben ser derivados Tarija. Los afiliados debe pagar por estos servicios.

Además de medicina curativa el Fondo ofrece, conjuntamente con los servicios estatales de salud, educación para la salud. Estas actividades no son desarrolladas exclusivamente para los miembros del Fondo.

A través de las reuniones mensuales los socios tienen la posibilidad de reclamar atención médica de mejor calidad. En dichas reuniones participa como mínimo un empleado de los servicios de salud.

El modo de facturación de los prestadores es aceptado por ambas partes. El administrador del Fondo ha mencionado que generalmente las facturas son correctas, solo excepcionalmente las han cuestionado. Los costos de las prestaciones están determinados por aranceles por lo que el control de las facturas es más fácil. Los problemas con los prestadores se generan cuando el municipio se demora en la realización de los desembolsos.

2.4 Pago de las cotizaciones

A finales del año 1998 de las 929 familias inscritas el 84% había cancelado el monto total del aporte, el 10% había cancelado la mitad (es decir 30 bolivianos) y un 6% menos de la mitad del monto del aporte (89,4% del monto total fue cancelado). En las entrevistas con los representantes del Fondo y con los auxiliares de enfermería se

subrayó que algunas familias no contaban con recursos para pagar 60 Bolivianos anuales, mientras que otros no estaban interesados.

Los reclamos del pago de las cuotas se remiten a los centros de salud. Además, se rechaza la renovación del contrato de afiliación si el aporte del año anterior no fue cancelado en su totalidad. Se buscan “padrinos” para aquellos que absolutamente no cuentan con recursos para pagar las cuotas.

2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios

En el año 1997 el monto de las cotizaciones alcanzó un 21% de los gastos por prestaciones²⁸. La mayor parte de los gastos por prestaciones es asumida por la alcaldía.

2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro

La selección adversa es alta pues las personas tienen la posibilidad de asegurarse cuando están enfermos. Para limitar este problema, todos aquellos que se afilian cuando ya están enfermos deben pagar una parte de los costos de hospitalización y los medicamentos utilizados. A través del aseguramiento familiar se puede limitar la selección adversa.

Además, se utilizan las reuniones mensuales para concientizar a los afiliados acerca de que la sostenibilidad del Fondo depende del pago regular de las cuotas y de la buena utilización de los servicios ofrecidos.

Según los médicos y enfermeras entrevistados pocas personas (1-3 pacientes/centro) buscan la atención médica sin indicación. Generalmente un representante del directorio local va al centro de salud todos los días, para controlar que los recursos del fondo no sean utilizados por los asegurados sin indicación.

Los costos han aumentado desde el inicio de las actividades a causa de la mayor utilización de los servicios.

2.7 Fraudes

Al principio aproximadamente 4-5% de los casos atendidos, eran de personas no-

²⁸ Rojas A, Amadeo: Evaluación del Fondo Comunitario de salud del Municipio de Tupiza 1996/1997 y sus tendencias. Ministerio de Salud y previsión social, Unidad departamental de Salud Potosí, Unidad regional de Tupiza. Sin año.

afiliadas que usaban el carnet de un afiliado para utilizar los servicios. Con la implementación de una foto familiar en el carnet se ha logrado disminuir este problema. Además, la administración realiza campañas de concientización acerca la propiedad del fondo. Se promociona el fondo como de propiedad comunidad y por tanto deben cuidarlo, denunciando fraudes cuando existan.

2.8 Administración y gestión

La relación entre los directorios de los centros de salud de la zona urbana y el directorio del fondo es satisfactoria. Sin embargo, por problemas de dispersión geográfica la relación entre el directorio del fondo y los representantes de la zona rural se hace más difícil.

Los gastos de transporte de los representantes del área rural para la participación en las reuniones no se reembolsan. A fin de mejorar la comunicación con el área rural se han planificado actividades de recaudación de fondos de modo que el presidente pueda visitar a los representantes del área rural periódicamente.

La participación en las asambleas anuales es un 60%. Los afiliados son consultados para:

- Seleccionar a los miembros del Consejo de Administración
- Analizar, aprobar o rechazar el presupuesto anual de ingresos y egresos
- Analizar, aprobar o rechazar el informe anual de actividades
- Autorizar incrementos de la cuota anual por familia
- Autorizar cambios en los servicios y beneficios del F.C.S.
- Ampliar y disolver el F.C.S.

Además, la participación en las reuniones mensuales es elevada sobre todo por las multas que son aplicadas en caso de inasistencia.

El personal, el equipamiento y el sistema de información son considerados adecuados para el cumplimiento de las funciones

El trabajo del directorio del Fondo tiene un nivel de complejidad que demanda por lo menos unos meses de experiencia. Por un lado, el cambio periódico de responsables implica tiempo para aprender la mecánica y la lógica de funcionamiento, pero por el otro es importante que todos los miembros tengan la oportunidad de aprender y aportar.

El nivel de gastos de funcionamiento es considerado satisfactorio por los miembros del directorio.

2.9 Relaciones con el Estado (nacional, subnacional y local)

El distrito y el municipio tienen un convenio con las familias de alto riesgo sobre el manejo del Fondo Comunitario. El distrito apoya con la utilización de la infraestructura, equipamiento y la disponibilidad del personal (por ej. estadística, trabajadora social) y el municipio paga a los prestadores de los servicios.

2.10 Funcionamiento global

Se prevé introducir servicios de atención ocular y de psiquiatría por la marcada necesidad y la solicitud de los afiliados del fondo. El distrito de salud incluirá en el hospital un departamento de psiquiatría, incluyendo una psicóloga.

Los miembros de directorio consideran que la adquisición de la personería jurídica colaborará con el fortalecimiento del fondo. Además, el hecho que el presidente del directorio iniciará un trabajo más permanente y de visitas a zonas rurales permitirá elevar la afiliación de las familias del área rural.

Los puntos de mayor debilidad del Fondo son su dependencia del municipio y del distrito, así como la posibilidad de afiliación sólo de familias de alto riesgo.

3. Punto de vista de los beneficiarios

No se contó con una encuesta sistemática para recoger el punto de vista de los beneficiarios. Sin embargo, por considerar esta perspectiva importante, se realizaron dos entrevistas de grupos focales. Una de ellas tuvo lugar en el Centro de Salud San Gerardo (área urbana) con 12 mujeres, y la otra en el puesto de salud de Nazareno (área rural) con 4 hombres y 3 mujeres. Además, se realizaron 3 entrevistas individuales en el área rural. Estas entrevistas no reemplazan una encuesta representativa (pues no se incluyó el punto de vista de los que no están afiliados), pero puede dar algunas indicaciones desde el punto de vista de los beneficiarios, sobre el funcionamiento del Fondo Comunitario.

Las personas entrevistadas consideran el Fondo como una posibilidad de disminuir los gastos por servicios médicos y de tener acceso a salud. “Nos afiliamos las personas de bajos recursos, para que tengamos atención médica. Somos gente pobre, no nos alcanza para pagar” (sic Mujer, San Gerardo). “Con los 60 Bs. se han hecho las operaciones.” (sic Hombre, Nazareno). Aunque las cotizaciones han aumentado, los afiliados reconocen que el aporte es bajo relacionado con los costos reales. Además, se reconoce la voluntad del directorio del Fondo respecto a la capacidad de pago de los afiliados: “Nos dan la facilidad de pagar poco a poco, pero la atención es igual” (sic Mujer, San Gerardo).

El paquete de prestaciones y los servicios ofrecidos se perciben como adecuados. El reclamo más recurrente fue el de servicios de salud ocular. La atención médica es generalmente reconocida como buena, aunque especialmente en Nazareno se solicitó la disponibilidad de más inyecciones y sueros en vez de tabletas. “Solamente hay algunas pastillas, siempre nos hemos asegurado” (Hombre, Nazareno). “Cuando uno está grave le dan los sueros pero si no, hay que ir a Tupiza para comprarlo.” Tener la seguridad de que el Fondo cubre los medicamentos e insumos y que éstos estén disponibles es un punto clave para los entrevistados.

El Fondo como institución de solidaridad fue reconocido por la mayoría de los entrevistados. Hubo una excepción, “65 que pagamos, consultemos o no consultemos, igual pagamos” (Mujer, San Gerardo). Otros, sin embargo, comentaron “Puede ser que usted no se enferme pero usted está apoyando a otro” (Hombre, Nazareno). Respeto a las multas que se debía pagar en caso de ausencia de las reuniones una mujer de San Bernardo dijo: “Esa misma plata nos ayuda para comprar las jeringas”.

El conocimiento sobre el funcionamiento del Fondo era mayor en San Gerardo que en Nazareno. El nombre del presidente era desconocido en Nazareno y se asociaba el Jefe Medico del Distrito.

No hubo ningún comentario respecto a sospechas de malversación de fondos. La preocupación más grande es que el Fondo sea clausurado. “Como ahora parece que se está fracasando por que la alcaldía no quería pagar” (sic Hombre, Nazareno).

4. Punto de vista de los prestadores de atención médica

Como en el caso de los beneficiarios, no se contaba con informaciones recogidas sobre el punto de vista de los prestadores de atención médica. Por tanto, se realizaron entrevistas con el personal del Hospital Eduardo Eguía (Director Hospital, Dr. Milán Román, tres doctores, la jefe de enfermeras, la administradora, los jefes de la farmacia, del laboratorio, de rayos x, de contabilidad, estadísticas y la trabajadora social), con doctores, enfermeras y auxiliares de los Centros de Salud Tupiza, San Bernardo, San Antonio y Villa Fátima en el área urbana. En el área rural con doctores, enfermeras y auxiliares del Centro de Salud de Talina y de los puestos de Salud de Nazareno y Quiriza.

Todos los entrevistados estaban de acuerdo sobre el hecho que el fondo ha mejorado significativamente el acceso de los pacientes a la atención medica. “Los afiliados vienen más temprano cuando están enfermos. Entonces la probabilidad de cura será mas alta” (sic Enfermera, C.S. Tupiza). De acuerdo a la opinión de los entrevistados los pacientes están contentos de haber tenido la posibilidad de asegurarse.

Dependiendo de la institución, entre el 10 y el 50% de los pacientes que consultan son asegurados del Fondo. Cada centro reporta de uno a tres pacientes que consultan

excesivamente sin indicación, pero es percibido como un numero limitado.

En general, los entrevistados reconocen la importancia de la existencia del fondo. Los empleados del hospital y de los centros y puestos de salud ya no tienen que rechazar a los pobres por falta de recursos, o en otros casos ya no es la institución misma que tiene que pagar por los gastos. Uno de los problemas más graves es el atraso de los pagos por los servicios prestados.

Finalmente, el personal considera las reuniones mensuales del directorio como una posibilidad para mejorar los servicios.

5. Punto de vista de otros actores

Fueron entrevistados el alcalde de Tupiza, H. Moisés Terrazas Suarez y el jefe del departamento de cultura y deporte del municipio, Sr. Max Reynaga.

Según la opinión del alcalde, el Fondo Comunitario constituye un gasto adicional para el municipio y considera que los costos de los servicios de salud deberían ser cubiertos por el Estado. Cuestionó la contabilidad del Fondo y lamentó la dependencia financiera del municipio.

El jefe del departamento de cultura y deporte del municipio considera el Fondo como una experiencia piloto con problemas de contabilidad iniciales pero que están mejorando. Reconoce que el Fondo "...ha fortalecido la salud...". Sin embargo, opina que el Fondo debe ser más independiente del municipio. Actualmente, toda la gestión depende del presupuesto del municipio. Con respecto a las cotizaciones reconoce que no pueden ser más elevadas.

VIII. CONCLUSIONES

El Fondo Comunitario de Salud del Municipio de Tupiza es una institución apreciada por el grupo destinatario, las autoridades de los servicios de salud y los prestadores de salud. Es una organización de salud que permite el acceso a los servicios de salud a las familias de alto riesgo del municipio.

La clasificación del total de las familias del municipio en alto, mediano y bajo riesgo ha sido concluida en el año 1998, completándose la clasificación de las familias del área rural especialmente. Se han detectado problemas en la compilación de la información de las carpetas familiares por lo que se requiere la realización de ajustes.

En Tupiza, la ley de participación popular ha permitido una mejor distribución y administración de los recursos públicos, sobre todo en el sector salud. El Fondo comunitario no hubiera podido crearse ni sostenerse sin los fondos de la ley de participación popular. Dicha ley, además, ha servido de marco legal del Fondo Comunitario, otorgándole un mejor posicionamiento en las negociaciones con la alcaldía sobre el presupuesto.

El Fondo Comunitario no es autónomo. Actualmente, sigue recibiendo apoyo del distrito y el municipio se encarga de pagar la mayor parte de los costos de atención médica. Su creación ha sido impulsada por representantes del Distrito de Salud "V" Tupiza con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Se ha contado con la participación del municipio y de la comunidad.

En sus tres años de existencia ha logrado una cobertura aproximada de 25 a 30% del grupo destinatario.

El paquete de servicios ofrecidos a los afiliados depende de la oferta de servicios de Distrito de salud. En el área considerada la disponibilidad del personal médico, de enfermería, odontología y de laboratorios, así como de los centros y puestos de salud es adecuada. Por tanto, los afiliados del fondo tienen la ventaja de disponer de los mismos servicios ofrecidos a toda la población del municipio, inclusive en el sector rural. Además, el fondo ofrece educación para la salud a sus miembros

Las reuniones mensuales permiten a los afiliados conocer el manejo del Fondo y presentar sus opiniones respecto a la calidad de la atención médica. La participación de los afiliados del área urbana es activa, lo cual ha impulsado el mejoramiento de los servicios. La mayoría de los afiliados conoce los puntos más importantes del funcionamiento del fondo y lo asumen como un sistema solidario. En el área rural, sin embargo, la participación de los afiliados es baja y la disponibilidad de la información es limitada.

La confianza en la gestión del fondo por parte de los afiliados es elevada. En cambio, la confianza en la sostenibilidad del fondo es más limitada. Los afiliados temen la clausura del Fondo por falta de presupuesto para mantenerlo.

El directorio permite la afiliación de las familias cuando tienen miembros enfermos u hospitalizados. Esta posibilidad puede incentivar a las familias a afiliarse solo en caso extremo de necesidad, incrementando los costos del Fondo y poniendo en peligro la débil sostenibilidad financiera actual.

El mecanismo para afiliarse y para obtener los servicios médicos es considerado accesible por los usuarios. Además, el sistema de control realizado por los propios usuarios es efectivo sin ser demasiado burocrático. La calidad y sostenibilidad de la atención *percibida* por los pacientes son factores clave en la motivación para afiliarse. El fondo Comunitario ha mejorado la situación y el acceso a salud de las unidades familiares de alto riesgo afiliadas, además de disminuir el gasto en salud de sus afiliados.

BIBLIOGRAFIA

1. Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia. Iniciativa Regional para la reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Washington. USA. 1998
2. Convenio de cooperación entre el Gobierno Municipal de Tupiza, las familias de alto riesgo, Distrito V de salud, para la implementación y funcionamiento del Fondo Comunitario de salud en el marco del plan de salud 1999. Tupiza, 25.3.1999
3. **Díaz Santana, Arismendi:** Propuesta de Universalización de los Seguros de Salud en el Municipio de Tupiza, Organización Panamericana de la Salud, Cooperación Técnica Intensificada, Programa de desarrollo de Servicios de Salud, Tupiza – Bolivia, 1995.
4. **Flores, Silvia Rozsa:** Desarrollo de los Servicios de Salud en Tupiza, su impacto en la percepción de la población (Reportaje investigativo), Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Bolivia, 1993.
5. **Instituto Nacional de Estadística:** Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bolivia, 1998, 1994.
6. **Instituto Nacional de Estadística:** Anuario Estadístico 1998, Bolivia 1998.
7. **Leitzelar de López, María Eloisa:** Diseño, concertación e implementación de un modelo de articulación que permita cumplir con los objetivos propuestos. Organización Panamericana de la Salud, Tupiza- Bolivia, 1994.
8. **Martínez Romero, Felipe:** Informe de la Situación de Salud del Municipio de Tupiza” Secretaría Regional de Salud, Dirección Departamental de Salud de Potosí, Coordinadora territorial de Salud del Sud, Tupiza - Bolivia, Enero de 1997.
9. **Maygua F, Mauro:** Informe reunión con distrito de salud. Tupiza, 14.12.1998.
10. **Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud:** La Atención de salud en Tupiza. Tupiza - Bolivia, 1995.
11. **Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Tupiza:** Proyecto de Implementación de Centros de Atención Primaria de Salud, Distrito de Tupiza, Tupiza – Bolivia, 1994.
12. **Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente:** Ley de Participación Popular y su reglamentación. La Paz, 1995.
13. **Rojas, Amadeo:** Evaluación del Fondo Comunitario de Salud del Municipio de Tupiza, 1996/1997 y sus tendencias, Ministerio de salud y Previsión Social, Unidad regional de Salud de Tupiza, Tupiza- Bolivia, 1998.
14. **Rojas, Amadeo,** Estructura y Funciones del Modelo Sanitario Basado en la Medicina Familiar y Comunitaria del Distrito 5, Ministerio de Salud y Previsión Social, Distrito 5 de Salud Tupiza, Tupiza- Bolivia.
15. **Rojas, Amadeo,** Análisis Funcional de la Red de Servicios de Salud del Distrito 5

de Tupiza, Ministerio de Salud y Previsión Social, Distrito 5 de Salud Tupiza, Tupiza- Bolivia, sin año.

16. **Rojas, Amadeo, Martínez Romero, Felipe, de Alemán, María Luisa y Burgos, Tomasa**, Proyecto de Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud, Distrito de Salud V Tupiza, gestión 1998, Ministerio de Salud y Previsión Social, Distrito 5 de Salud Tupiza, Tupiza- Bolivia, 1999.

ENTREVISTAS

Distrito de Salud

Dr. Amadeo Rojas A., Jefe Medico Distrito V
Dr. Felipe Martínez R., Jefe Planificación
Dr. Víctor Quispe, Jefe de Epidemiología
Lic. Verónica Soza A., Administradora
Lic. Herminia Morales de Terán, Trabajadora Social
Lic. Sebastiana Wayar de Martinez, Jefe Enfermeras
Tec. Tomasa Burgos, Estadística

Fondo Comunitario

Sr. Edwin Delgado R., Presidente Fondo Comunitario
Sr. Teodoro Ramírez, Presidente C.S. San Gerardo
Sr. Leucadio Siles, Presidente C.S. Tupiza
Sra. Rufina Ramírez, Vice-Presidente C.S. Tupiza
Sr. Antonio Guavara, Vice-Presidente C.S. Tupiza
Sr. Mario Luz Arenas de Erazo, Vice-Presidente C.S. Salud Sud
Sr. Vicente Huerta, Vice-Presidente C.S. San Antonio
Lic. Marcelo Morante U., Administrador Fondo Comunitario

Municipio

Sr. Moisés Terrazas Suarez, Alcalde
Sr. Max Reynaga, Jefe Departamento de cultura y deportes del municipio

Servicios de Salud

Hospital Eduardo Eguía

Director Hospital

Jefe enfermeras

Médicos

Administradora

Jefe de la farmacia

Jefe del laboratorio

Jefe de rayos x

Jefe de contabilidad

Jefe de estadísticas

Trabajadora social

Personal de los Centros/Puestos de Salud Tupiza, San Bernardo, San Antonio, Villa Fátima, Talina, Nazareno y Quiriza.

Afiliados Fondo Comunitario

Dos entrevistas de grupos focales en el Centro de Salud San Gerardo (área urbana) con 12 mujeres y en el puesto de salud de Nazareno (área rural) con 4 hombres y 3 mujeres.

Caja Nacional de Salud

Dr. Ricardo Morales, Jefe Médico

LISTA DE CUADROS

- Cuadro No.1** Número de beneficiarios del SIS del año 1998
- Cuadro No.2** Distribución de la población de Tupiza por grupos de edad
- Cuadro No.3** Distribución por grupos de edad, sexo y distribución urbana/rural en Bolivia
- Cuadro No.4** Distribución de la Población Económicamente Activa según ocupación Distrito de Tupiza 1998
- Cuadro No.5** Distribución de ingresos en el distrito de Tupiza 1997
- Cuadro No.6** Nivel de educación y de alfabetización en el distrito de Tupiza 1997
- Cuadro No.7** Algunos indicadores demográficos del departamento de Potosí y de Bolivia
- Cuadro No.8** 10 principales causas de consulta en el Distrito de Tupiza en el año 1997
- Cuadro No. 9** Causas de Mortalidad
- Cuadro No. 10** Personal y instituciones de los servicios estatales, calculado para la población no cubierta por Sistemas de seguros de Salud.
- Cuadro No.11** Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio
- Cuadro No.12** Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio
- Cuadro No.13** Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS
- Cuadro No.14** Asistencia técnica recibida (fase de creación y primer ejercicio)
- Cuadro No.15** Número de beneficiarios 1998
- Cuadro No.16** Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios.
- Cuadro No.17** Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio
- Cuadro No.18** Número de Prestaciones otorgadas por zona urbana/rural
- Cuadro No.19** Monto total de los aportes recibidos
- Cuadro No.20** Prestaciones pagadas
- Cuadro No.21** Costos de administración y otros costos del año 1998
- Cuadro No.22** Prestadores autorizados por el SIS
- Cuadro No.23** Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS
- Cuadro No.24** Otro personal asalariado, no empleado por el SIS o voluntario
- Cuadro No.25** Distribución real de funciones
- Cuadro No.26** Principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal

- Cuadro No.27** Numero de familias de alto riesgo y familias afiliadas 1998

LISTA DE ABREVIATURAS

CAI - Comité de Análisis de la Información
CAPS - Centros de Atención Primaria de Salud
COSSMIL - Caja de Seguros de Salud de Militares
DILOS - Directorio Local de Salud
H.A.M – Honorable Alcaldía Municipal
OIT - Oficina Internacional del Trabajo
OPS/OMS - Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de la Salud
T.G.N - Tesoro General de la Nación
UFAR - Unidades Familiares de Alto Riesgo