

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

ESTUDIO DE CASO

**Seguro de Salud Universal
del Instituto Politécnico Tomás Katari
Sucre - Bolivia**

*Elaborado por:
Mónica Velasco López
Instituto para el Desarrollo de la Pequeña Unidad Productiva*

*La Paz, Bolivia
Julio 1999*



**Programa OIT-STEP
Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza
Departamento de Seguridad Social**

PRESENTACION

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), llevan adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud de la población excluida en América Latina y el Caribe.

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 experiencias emprendidas por los sistemas de seguridad social y por otros sectores de la sociedad, orientadas a promover el acceso de la población a la protección social en el ámbito de la salud.

En el marco de esta iniciativa, el Programa "Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza" (STEP) del Departamento de Seguridad Social, Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha realizado una serie de estudios de caso de sistemas de micro-seguros de salud. Dichos estudios de caso tienen como objetivo, entre otros, proveer material de base para el desarrollo de la reunión de México. Los mismos constituirán la base de un análisis de síntesis.

Los estudios de caso han sido realizados y estructurados en base a una Guía Metodológica elaborada por el Departamento de Seguridad Social de la OIT y la OPS. Copias de esta Guía pueden obtenerse en la sede del Programa STEP en Ginebra.

El caso que ha sido estudiado es el "Seguro de Salud Universal" del Instituto Politécnico Tomás Katari (IPTK), Organización no Gubernamental (ONG) que tiene su sede en la ciudad de Sucre, capital oficial de Bolivia y del Departamento de Chuquisaca.

El informe se elabora basándose en las pautas de una guía preparada para este fin por un equipo multidisciplinario de profesionales de OIT y la OPS. El trabajo de campo en Sucre fue realizado del 21 al 25 de junio de 1999 y estuvo a cargo de la consultora Mónica Velasco del Instituto para el Desarrollo de la Pequeña Unidad Productiva (IDEPRO) y Dennis Arends, el Punto Focal del Programa STEP en el Equipo Técnico Multidisciplinario del Cono Sur de la OIT. El informe fue preparado por Mónica Velasco, e incorporó los valiosos comentarios y observaciones de Dennis Arends y de Roberto Casanovas de IDEPRO.

Queremos agradecer la significativa, generosa y desinteresada colaboración prestada por las siguientes personas para el exitoso cumplimiento de nuestra misión:

- Dr. Gróver Linares, Director General del IPTK
- Sr. José María Valda Vargas , Responsable de Salud Sucre del IPTK

- Sr. Oscar Loredo, Administrador del Proyecto Salud para Todos
- Dr. Carlos Gareca y Dr. Alfonso Dávila, médicos del Policlínico Tomás Katari
- Dr. Fidel Herrera Rellini, Presidente de Consejo Municipal del Departamento de Chuquisaca.

ESTUDIO DE CASO
Seguro de Salud Universal
Instituto Politécnico "Tomás Katari"
Sucre - Bolivia

INDICE

	Pg.
LISTA DE CUADROS	vi
LISTA DE DOCUMENTOS ADJUNTOS	viii
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	ix
I. INTRODUCCION	1
II. DESCRIPCION RESUMIDA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	3
III. CONTEXTO EN QUE FUNCIONA EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	8
1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS	8
2. Aspectos económicos	10
3. Aspectos sociales	11
4. Indicadores de salud	13
5. Articulación con la política nacional de salud y seguridad social	15
6. Oferta de atención médica	17
7. Protección social en material de salud	20
IV. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	22
1. Origen del SIS	22
2. Etapas de la puesta en marcha del SIS	27
2.1 Identificación de necesidades y definición de los objetivos	27
2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad Financiera	28
2.3 Información del grupo destinatario	29
2.4 Inicio de las actividades	29
2.5 Liderazgo y toma de decisiones	29
3. Funcionamiento durante el primer ejercicio	30
3.1. Afiliados y otros beneficiarios	30
3.2. Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	31
3.3. Financiamiento	33
3.4. Prestadores de atención Médica	34
3.5. Administración y gestión	36
4. Asistencia técnica y formación	37

V.	CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	38
1.	Grupo destinatario y beneficiarios	38
1.1	Grupo destinatario	38
1.2	Diferentes categorías de beneficiarios	39
1.3	Número de beneficiarios y evolución	40
1.4	Causas de Pérdida del estatus de afiliado	42
1.5	Penetración del grupo destinatario	42
2.	Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS	42
2.1	Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	42
2.2	Pago de las prestaciones	45
2.3	Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios	46
3.	Aspectos financieros del funcionamiento del SIS	47
3.1	Fuentes de financiamiento del SIS	47
3.2	Costos	51
3.3	Excedentes y distribución de los excedentes	51
3.4	Fondos de reserva	51
4.	Prestadores de atención médica	51
4.1	Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS	51
4.2	Relaciones entre los prestadores y el SIS	52
4.3	Pago a los prestadores	53
5.	Administración y gestión del SIS	54
5.1	Estatutos y reglamentos	54
5.2	Organización de la gestión del SIS	54
5.3	Carácter democrático y participativo de la gestión	56
5.4	Gestión de las disponibilidades	56
5.5	Sistema de información e instrumentos de gestión	57
5.6	Función de control	59
5.7	Distribución de funciones	59
5.8	Equipamiento e infraestructura	62
6.	Actores en relación con el SIS	63
6.1	Estructuras de reaseguro y fondos de garantía	63
6.2	Estructuras de asistencia técnica	63
6.3	Movimientos sociales y organizaciones de la economía social	63
6.4	Otros actores	64
VI.	INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	65

VII.	PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES SOBRE EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	66
1.	Procesos de evaluación	66
2.	Punto de vista de los responsables	67
2.1	Puesta en marcha del SIS	67
2.2	Dinámica de afiliación	68
2.3	Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores	69
2.4	Pago de las cotizaciones	70
2.5	Determinación de la relación cotización/ paquete de beneficios	70
2.6	Gestión de los riesgos vinculados en el seguro	70
2.7	Fraudes	71
2.8	Administración y la gestión	71
2.9	Relaciones entre el Estado y las colectividades locales	72
2.10	Funcionamiento global	72
3.	Punto de vista de los beneficiarios	73
4.	Punto de vista de los prestadores de atención médica	73
5.	Punto de vista de otros actores	74
VIII.	CONCLUSIONES	76

Anexo N° 1: Lista de control

Anexo N° 2: Disponibilidad y calidad de la información

ESTUDIO DE CASO
Seguro de Salud Universal
Instituto Politécnico "Tomás Katari"
Sucre - Bolivia

LISTA DE CUADROS

	Pg.
Cuadro N° 1:	
Población urbana de Chuquisaca, según grupos de edad y sexo, 1995	9
Cuadro No. 2	
Número de establecimientos de salud existentes en la ciudad de Sucre (1996) según nivel, estatus jurídico y dependencia orgánica	22
Cuadro No. 3.	
Tasas de cotización porcentual de Sistemas de Seguro	23
Cuadro No. 4:	
Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio	32
Cuadro No. 5:	
Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio	34
Cuadro No. 6:	
Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS	36
Cuadro No. 7:	
Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios	41
Cuadro No. 8:	
Porcentaje de crecimiento del número de afiliados del SIS y de la organización responsable	41
Cuadro No. 9:	
Beneficios ofrecidos por el SIS	43

Cuadro No. 10:	
Monto total de las cotizaciones recibidas	48
Cuadro No. 11:	
Fuentes principales de financiamiento del SIS	49
Cuadro No. 12:	
Prestadores autorizados por el SIS	52
Cuadro No. 13:	
Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS	55
Cuadro No. 14:	
Distribución real de funciones	60

ESTUDIO DE CASO
Seguro de Salud Universal
Instituto Politécnico "Tomás Katari"
Sucre - Bolivia

**LISTA DE DOCUMENTOS DISPONIBLES EN EL CENTRO DE
DOCUMENTACIÓN DEL PROGRAMA STEP**

Documento adjunto No.1

Linares, Gróver. *Nuevo Sistema de Salud en la Sección Capital Sucre. Borrador, versión 20.09.96*

Documento adjunto No.2

**Cuadernillo de presentación institucional:
Instituto Politécnico "Tomás Katari" I.P.T.K. – Sucre "*Mutual de salud familiar y popular*". Sucre – 1996.**

Documento adjunto No.3

Carnet de asegurado. Instituto Politécnico Tomás Katari.

Documento adjunto No.4

**Triptico de presentación institucional:
I.P.T.K. Instituto Politécnico "Tomás Katari". – *Seguro de Salud Universal. Sucre – Bolivia***

Documento adjunto No.5

Convenio de prestación de servicios médicos. Instituto Politécnico "Tomás Katari".

Documento adjunto No.6

Organigrama. Proyecto Salud para Todos. Instituto Politécnico "Tomás Katari".

Documento adjunto No.7

Copias de registros de información y contables. Proyecto Salud para Todos. Instituto Politécnico "Tomás Katari".

Documento adjunto No.8

Copias de documentos de gestión. Proyecto Salud para Todos. Instituto Politécnico "Tomás Katari".

I. INTRODUCCION

El IPTK es una ONG, fundada en la ciudad de Sucre, capital de Bolivia, en el año 1976. Su ámbito territorial abarca las zonas rurales del Departamento de Potosí y los barrios marginales de la ciudad de Sucre. Su objetivo central es "contribuir a elevar la calidad de vida de la gente, fortalecer la participación popular y la democracia y trabajar por el desarrollo integral y sostenible del país".

Dentro de su estrategia, cuenta con cuatro ejes de intervención:

- El eje educativo, que comprende actividades de profesionalización rural, calificación de recursos humanos para la gestión pública, fortalecimiento cultural, comunicación social alternativa, infraestructura educativa e investigación aplicada.
- El eje económico - productivo, que comprende actividades relativas a infraestructura sanitaria, microriego, forestación y medio ambiente, caminos vecinales, crédito a microempresas, mejoramiento de ganado, producción de semilla mejorada.
- El eje organizacional comprende actividades de fortalecimiento de las organizaciones de base y la promoción al surgimiento de nuevas instituciones de servicio.
- El eje social comprende el desarrollo de centros infantiles, la rehabilitación nutricional, la construcción de redes de agua potable, construcción de viviendas populares. Dentro de este eje, está contemplado el Proyecto Salud para Todos en el que se inserta el Seguro de Salud Universal.

El Proyecto Salud para Todos del IPTK cuenta con más de diez años de funcionamiento, desarrollando actividades orientadas al mejoramiento de la salud de la región. Provee de una amplia infraestructura de atención médica, ubicada tanto al nivel urbano como rural, compuesta por un hospital y cinco postas sanitarias rurales más un policlínico y cuatro centros de salud urbanos.

Este Proyecto, así como todas las actividades que lleva a cabo el IPTK, cuenta con el financiamiento externo de varias agencias de cooperación europeas. Este financiamiento más los recursos propios generados a partir de la prestación de servicios, han permitido que en las últimas gestiones el Proyecto Salud para Todos cuente con una capacidad instalada de oferta de servicios médicos, mayor a la demanda efectiva que recibe.

En el año 1989, en el que ya se registraba en el Proyecto Salud una capacidad de atención mayor a la demanda efectiva, bajo un contexto donde la población de

menores recursos sufría carencias evidentes en materia de atención a la salud, surge la iniciativa del equipo directivo del IPTK de ofrecer un seguro de salud, sustentado en la capacidad de atención del Proyecto. Esta experiencia, que duró cerca de un año, exigía el pago de una reducida cotización a grupos familiares de la zona urbana (ciudad de Sucre), las que tenían a partir de ello acceso sin costo adicional a la atención en las especialidades médicas que ofrecía el Proyecto Salud para Todos.

Si bien fue suspendida esta experiencia por razones administrativas y de organización interna⁽¹⁾, permitió concebir y relanzar el SIS en 1996, inicialmente denominado “Mutual de Salud Familiar y Popular”.

La experiencia de seguro de salud llevada a cabo en 1989 por el IPTK, así como las condiciones cada vez más extremas de carencia en materia de servicios de salud para una población creciente de bajos recursos en la ciudad de Sucre, junto con el lanzamiento de una política orientada al fortalecimiento del sistema de seguridad social y salud de la gestión gubernamental vigente entre los años 1993 y 1997, dieron origen a que el IPTK inicie en 1994 un estudio epidemiológico y de las condiciones de acceso a servicios de salud imperantes en la ciudad de Sucre.

Los resultados de este estudio⁽²⁾, permitieron verificar la necesidad de llevar adelante el proyecto de relanzamiento del SIS, el mismo que sobre la base de la capacidad instalada en el Proyecto Salud para Todos, permitiera cubrir al menos parte de las grandes deficiencias encontradas referidas a la protección social y a servicios de salud para la población de reducidos recursos económicos.

¹ Se trata de una experiencia no registrada en sistemas ni documentos institucionales, de tal forma que no es posible su descripción detallada. Sin embargo, se constituye en una práctica capitalizada por parte del personal directivo, hecho que permitió en 1996 recoger los aprendizajes y relanzar el sistema.

² Linares, Gróver. Nuevo Sistema de Salud en la Sección Capital Sucre. Borrador, versión 20.09.96 (Documento adjunto No.1)

II. DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

En el presente Capítulo se presenta una ficha descriptiva del Seguro de Salud Universal del IPTK, la misma que permite de una forma rápida y somera, conocer los datos y características centrales del mismo.

1. Nombre del sistema de seguro: **Seguro de Salud Universal IPTK**
2. Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente): **Instituto Politécnico Tomás Katari (IPTK)**
3. Dirección de la sede social del SIS: **Policlínico Tomás Katari. Calle Camargo N° 558. Ciudad de Sucre**
4. Fecha de creación del SIS (Concepción): **Marzo 1996**
5. Fecha de inicio de las actividades del SIS (pago de las primeras prestaciones): **Marzo 1996**
6. Fecha de creación de la organización responsable del SIS (Si la misma fuera diferente de la fecha de creación del SIS): **Abril 1976**
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: Organización privada sin fines de lucro (ONG)
8. Personería jurídica del SIS:
 - Posee: forma: _____
 - No posee
9. Otras actividades de la organización responsable del SIS:
 - ninguna
 - seguro de fallecimiento
 - prevención, educación para la salud
 - seguro de invalidez

- ahorro y crédito
- pensión
- actividades de tipo sindical
- educación/alfabetización
- otras formas de seguro
- otras actividades
- otros servicios sociales que se enuncian a continuación:

- El eje educativo, que comprende actividades de profesionalización rural, calificación de recursos humanos para la gestión pública, fortalecimiento cultural, comunicación social alternativa, infraestructura educativa, e investigación aplicada.
- El eje económico - productivo, que comprende actividades relativas a infraestructura sanitaria, microriego, forestación y medio ambiente, caminos vecinales, crédito a microempresas, mejoramiento de ganado, producción de semilla mejorada.
- El eje organizacional comprende actividades de fortalecimiento de las organizaciones de base y la promoción al surgimiento de nuevas instituciones de servicio.
- El eje social comprende el desarrollo de centros infantiles, la rehabilitación nutricional, la construcción de redes de agua potable, construcción de viviendas populares.

10. Tipo de afiliados:

- personas a título individual
- grupos
- otros

11. Beneficiarios:

- familia
- otras personas a cargo
- personas indigentes
- otros: no se definen beneficiarios adicionales a los afiliados

12. Adquisición del carácter de afiliado:

- voluntario
- automático
- obligatorio

13. Número actual de afiliados del SIS clasificados por edad: **A fines de 1998 contaba el SIS con 2.027 afiliados⁽³⁾**
14. Número actual de beneficiarios del SIS: (no hay datos referidos a la edad de los afiliados): **SIS afilia a personas, por lo tanto el número de afiliados corresponde al número de beneficiarios**
15. Número total de afiliados a la organización responsable del SIS: **Ninguno**
16. Zona residencia de afiliados y beneficiarios: **Información no disponible**
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
18. Situación económica de los afiliados: **Información no disponible**
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 étnica
 - según ingresos
 - no pertenencia a una organización particular (empresa , cooperativa, sindicato etc.)
 - otros : Ninguna restricción

³ Debe aclararse que la calidad de información estadística con la que cuenta el SIS, no permite presentar cifras verificables sobre el número total de afiliados vigentes a la fecha y el número de afiliados con los que históricamente contó el sistema. Por lo tanto, la cifra que se presenta, se constituye en un aproximado del número de afiliados vigentes con el que contaba el SIS a fines de 1998, traducido en los informes oficiales del Sistema.

20. Zona geográfica cubierta por el SIS: **Ciudad de Sucre, Ciudad de Potosí, y zonas rurales aledañas**
21. Tipo de servicios de salud cubiertos por el SIS:
- servicios ambulatorios
 - atención hospitalaria (internación)
 - medicina especializada
 - prevención y promoción de la salud
 - farmacia
 - atención del parto
 - exámenes de laboratorio
 - radiología
 - vacunaciones
 - otros: **diagnóstico como ecografía y electrocardiograma, y odontología**
22. Monto total de prestaciones en el último ejercicio (último año en su defecto): **Información no disponible**
23. Modalidades de financiación del seguro de salud:
- cotizaciones de afiliados
 - otras cotizaciones
 - contribuciones del Estado (nacional, subnacional, local)
 - transferencia de las utilidades (ganancias procedentes) de otras actividades desarrolladas por la organización responsable del SIS
 - contribuciones y subvenciones de otros actores: **cooperación internacional**
 - rendimiento financiero de las reservas
 - otros
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

25. Monto promedio de cotizaciones pagadas por afiliado en el último año:
Bs.10 equivalente a US\$1.7⁽⁴⁾
26. Prestadores de servicios autorizados:
- | | | |
|--|-----------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> sector público | nivel _____ | número _____ |
| <input type="checkbox"/> sector privado con fines de lucro | nivel _____ | número _____ |
| <input type="checkbox"/> sector privado sin fines de lucro | nivel _____ | número _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> organización responsable del SIS | nivel: 2 | número: 1 |
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:
- se beneficia de asistencia técnica continua
- beneficia de asistencia técnica con carácter periódico
- beneficia de asistencia técnica puntual
- no beneficia de asistencia técnica
30. Participación en un sistema de reaseguro:
- si
- no
31. Participación en un fondo de garantía:
- si
- no
32. Otros actores que desempeñan un papel importante en el funcionamiento:
No existen

⁴ Para el propósito y a lo largo de todo el documento, se utiliza la tasa de cambio vigente a la fecha de Bs.5.8 por dólar americano.

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

En el presente capítulo se presenta la información más relevante del contexto donde desarrolla sus actividades el SIS: la Ciudad de Sucre, parte integrante de la Provincia Oropeza, capital del Departamento de Chuquisaca (uno de los nueve departamentos que integran el país). Sucre, a pesar de no ser sede de gobierno, es a su vez capital de Bolivia.

La información⁽⁵⁾ que se brinda se centra en los aspectos demográficos, económicos, sociales y, principalmente relativos a indicadores de salud y servicios de salud que existen en la zona.

La carencia de acceso a servicios públicos y las bajas condiciones de saneamiento básico y de baja calidad en el sistema de atención a la salud de Bolivia, se expresan con mayor nitidez en los departamentos que se encuentran fuera del eje donde se concentra la actividad productiva y comercial, como es el Departamento de Chuquisaca el que, junto al Departamento de Potosí, presenta las cifras más bajas en relación con los indicadores de Desarrollo Humano de Bolivia.

1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS

El total de la población de Bolivia se ha incrementado de 7,589,296 a 7,664,010 de junio a noviembre de 1996 y si las cifras preliminares de noviembre de 1997 son aproximadas, a la fecha el país contaría con 7,826,844 personas.

La ciudad de Sucre, según las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE) para 1999, arrojó un total de 212,709 habitantes en todo el espacio urbano, que representan alrededor del 2.7% del total de población boliviana para ese año, desagregado en 101,485 hombres (47.71%) y 111,224 mujeres (52.29%).

Este mismo Censo proporciona el dato de la Tasa de Crecimiento de la Población que para la zona urbana de Chuquisaca es de 4.2 y la densidad (personas/km²) es de 7.1. La Tasa de crecimiento de la población nacional es de 2.1 y la densidad es de 5.86 personas/km².

⁵ Dada la poca precisión y falta de actualización de los sistemas de información nacionales, se ha adoptado la convención del tratamiento de la información estadística que se presenta en este Capítulo de la siguiente manera: Si existe el dato de la ciudad de Sucre, se utiliza esta información; si no existe este dato, se presenta el dato de la provincia Oropeza y si no se lo puedo conseguir se presenta la información acerca del Departamento de Chuquisaca.

En la provincia Oropeza que incluye las ciudades de Sucre y de Yotala, el porcentaje de población urbana es del 89.4% y el de la rural constituye el 14.6%. El porcentaje de población urbana del Departamento de Chuquisaca es 32.5% y el de población rural es 67.5%, mientras que al nivel nacional el porcentaje de población urbana es 62% y el rural es 38%.

En el departamento de Chuquisaca se verifican corrientes migratorias desde las áreas rurales hasta las zonas urbanas como la ciudad de Sucre y desde las zonas rurales del Departamento hacia otros departamentos como Cochabamba, Santa Cruz y La Paz. Es a partir de la primera corriente migratoria que, desde la década de los 80, en la que se registra una importante crisis en el sector minero y agrícola en las zonas aledañas a la ciudad, la ciudad de Sucre experimenta una de las tasas de crecimiento más elevadas del país.

Tomando como fuente a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 98) realizada en 1998, el número promedio de hijos por familia para el Departamento de Chuquisaca es de 5.3, algo superior al promedio nacional que se encuentra en alrededor de 4.2 hijos/familia.

En el siguiente Cuadro se puede apreciar la desagregación de la población urbana del departamento Chuquisaca por grupos de edad y sexo para el año 1995. En éste se puede notar la preminencia de población joven (la mayoría de la gente se concentra en el rango entre 0 y 19 años edad).

Cuadro No. 1: Población urbana de Chuquisaca, según grupos de edad y sexo, 1995

DESCRIPCION	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0 - 4	24,722	12,252	12,470
5 - 9	23,555	11,655	11,900
10 - 14	22,297	10,832	11,466
15 - 19	21,622	10,681	10,941
20 - 24	20,099	9,829	10,270
25 - 29	15,084	7,031	8,054
30 - 34	11,234	5,124	6,110
35 - 39	8,481	3,973	4,508
40 - 44	6,970	3,139	3,830
45 - 49	5,914	2,598	3,315
50 - 54	5,059	2,218	2,841
55 - 59	4,228	1,792	2,436
60 - 64	3,297	1,269	2,028
65 - 69	2,809	1,143	1,665

DESCRIPCION	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
70 – 74	1,871	702	1,168
75 – 79	1,075	406	669
80 Y MÁS	717	269	448
TOTAL	179,033	84,913	94,120

Fuente: INE – CELADE; Bolivia: Proyecciones de población por departamentos, según área urbana – rural, sexo y grupos de edad. 1990–2010; 1996.

2. Aspectos económicos

De acuerdo a los datos proporcionados por el IPTK – Sucre, los gastos promedio de bolsillo en salud se encuentran alrededor de US\$17/mes, equivalente a Bs.98.6/mes.

La Encuesta Nacional de Empleo, realizada en 1997, permite información sobre el ingreso mensual promedio total en el departamento de Chuquisaca, el mismo que asciende a US\$109.23 (Bs.633.53), duplicando el salario mínimo legalmente definido para Sucre (US\$56.9 que corresponde a Bs.330),

Existen en la ciudad de Sucre, categorías ocupacionales con mejores ingresos mensuales que el promedio departamental, como son los empleados con US\$241.62 (Bs.1,401.42), los profesionales independientes con US\$209.48 (Bs.1,215) o los Patrones y Empleadores con un ingreso promedio de US\$284.26 (Bs.1,648.73); mientras el trabajador independiente percibe un ingreso promedio mensual de US\$55.83 (Bs.323.81).

Las principales categorías profesionales en la zona se pueden resumir de la siguiente manera: artesanos y operadores de oficios (19.7%), peones y trabajadores no calificados (17.0%), trabajadores de servicios y vendedores (13.3%), técnicos y profesionales de nivel medio (11.3%), operadores de máquinas e instalaciones (8.6%), profesionales e intelectuales (7.1%), empleados de oficina (6.3%).

La Tasa de Desempleo Abierto (TDA) nacional⁽⁶⁾ es de 2.07 y el mismo indicador para la ciudad de Sucre es de 9.93 de acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo del INE. La misma Encuesta nos muestra que en noviembre de 1997 el Subempleo Visible Total (SVT)⁽⁷⁾ era de 68,076 y el mismo indicador en Sucre era

⁶ Desempleo Abierto entendido como la relación entre la Población Desocupada y la Población Económicamente Activa (PEA).

⁷ Subempleados Visibles representa a la PEA cuya capacidad de trabajo no se aprovecha plenamente, debido a trabajan involuntariamente una jornada parcial.

de 3,467 (5.09%). El Subempleo Invisible Total (SIT)⁽⁸⁾ presentaba en la misma fecha la cifra de 305,483 personas y en Sucre era del orden de 15,361 personas (25.4% del total de la población ocupada en esa fecha). En esta ciudad, en 1997 solo en el sector de las cuentas propias (sector informal de la economía), se encontraban alrededor de 10,165 personas, que representan alrededor del 54% del total de la población subempleada para esa fecha que ascendían a 18,828 personas (15,361 Subempleados invisibles y 3,467 Subempleados Visibles).

3. Aspectos sociales

El departamento de Chuquisaca presenta los indicadores educativos más preocupantes en relación con los otros departamentos del país. La Tasa Neta de Analfabetismo (TNA) en Chuquisaca es la mas alta del país y se encontraba en 1992, de acuerdo al Censo de ese mismo año, por el orden del 39.5%. La TNA urbana de todo el departamento de Chuquisaca estaba en 12.8% y el mismo indicador para el municipio de Sucre se encontraba en la fecha del mencionado Censo en 25.83%, habiéndose contabilizado en ese año 32,712 analfabetos funcionales y 24,142 analfabetos absolutos.

En el análisis de la situación del analfabetismo nacional se señala que, entre los censos de 1976 y 1992, la tasa de analfabetismo *absoluto* ha pasado del 36.8% al 20% de la población mayor de 15 años. Al respecto existen brechas significativas relativas al sexo de la población, situación geográfica urbano/rural y de carácter étnico, asociadas a la situación de pobreza, marginación y calidad de vida.

Al nivel nacional, se estima que el analfabetismo *funcional* alcanza al 35% que sumado al analfabetismo absoluto arroja una tasa total del 55%, es decir 1 de cada 2 personas son analfabetas funcionales en Bolivia.

La situación del nivel de instrucción alcanzado en las mujeres es realmente crítico en todo el país pero en especial en Chuquisaca, dado que la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1998 (ENDSA 98) mostró que para el grupo de mujeres de seis años y más, el 29.8% no tenía ninguna instrucción, el 37.20% poseía una educación hasta el nivel básico, el 9.5% había llegado hasta el intermedio y el 22.9% contaba con un nivel educativo de medio o más.

Siempre describiendo al Departamento, la situación de la población masculina de seis años y más es relativamente mejor, dado que la misma Encuesta muestra que un 16.8% se encuentra sin instrucción, un 44.5% ha alcanzado un nivel de

⁸ El Subempleo Invisible Total (SIT) representa el número de personas cuya capacidad de trabajo no se aprovecha plenamente, porque a pesar de trabajar una jornada completa, genera bajos ingresos, baja productividad o desaprovecha sus calificaciones.

ciclo básico, un 12.4% un nivel de ciclo intermedio y un 25.3% ha llegado al ciclo Medio o lo ha sobrepasado con estudios universitarios.

De acuerdo a datos de la Superintendencia de Servicios, que presenta cifras actuales sobre porcentajes de cobertura de servicios en la ciudad de Sucre (únicos datos disponibles a nivel del Departamento), observamos que un 90% cuenta con el servicio de agua potable, un 95% posee energía eléctrica, un 72% cuenta con alcantarillado, un 24% dispone de una línea de teléfono y un 28% dispone del servicio de recojo de basura.

Ingresando en el análisis de las organizaciones de base de la población, debemos referirnos al hecho que en abril de 1994 se promulga la Ley 1551 de Participación Popular (LPP), basada en la municipalización del territorio nacional con la conformación de 311 Gobiernos Municipales encargados del desarrollo local y que reciben recursos de coparticipación tributaria.

Los actores del proceso desde la sociedad civil, son las organizaciones de base, que actúan en un escenario al que se le incorporan mecanismos de control social sobre la gestión municipal, mediante la creación de los Comités de Vigilancia (CV's).

La LPP reconoce a la comunidad campesina, la comunidad indígena, el pueblo indígena y la junta vecinal como sujetos de derecho, a través de la Personalidad Jurídica que les da la posibilidad para optar a créditos y donaciones, de actuar y participar ante cualquier instancia pública o privada para demandar o hacer valer sus derechos y contraer obligaciones. Denomina genéricamente a estas organizaciones como Organizaciones Territoriales de Base (OTB's).

Las Asociaciones Comunitarias (AC's) son las instancias que agrupan a las OTB's según su especificidad y cumplen funciones de articulación entre sus diferentes niveles.

El rol de las OTB's y las AC's en el marco de la LPP, está dirigido a intervenir en diferentes momentos de la planificación participativa municipal, aportando con sus criterios a la detección y priorización de demandas y ejerciendo control social a la ejecución de obras para lo que tienen como instrumento al Comité de Vigilancia.

Un diagnóstico sobre la situación de las OTB's, realizado recientemente por el Viceministerio de Participación Popular muestra un total de 874 OTB's en todo el Departamento de Chuquisaca de un total de 5,409 OTB's legalizadas en todo el país. De ese total en Chuquisaca, las OTB's ubicadas en la ciudad de Sucre alcanzan a 203 llegando a 97 las Juntas Vecinales y a 106 las Comunidades Campesinas y Pueblos Indígenas dependientes del municipio de Sucre. No se cuenta con el dato acerca del número promedio de miembros por OTB.

Adicionalmente a esto, en las zonas periféricas de la ciudad de Sucre, existen otras organizaciones promovidas por ONGs y centros religiosos. Entre ellas están los grupos familiares y Clubes de Madres que se organizan alrededor de actividades específicas en el ámbito de la educación – principalmente la alfabetización – y la salud, las que permiten principalmente el acceso a donaciones alimentarias o suplemento nutritivo para los niños provista por la cooperación internacional y a información para la salud y prevención de enfermedades. Por otro lado existen organizaciones barriales autónomas de tipo deportivo y cultural.

4. Indicadores de salud

El indicador de Esperanza de Vida en Bolivia alcanza a 62 años de edad siendo uno de los más bajos en Latinoamérica. Para el periodo 1990 a 1995 se tenía una Esperanza de Vida al nacer de 57.7 años para hombres y 61 años para mujeres.

La última medición sobre la mortalidad materna nacional se la realizó en 1994 en la penúltima ronda de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 94) y en ese momento mostró una cifra de 390 x 100,000 nacidos vivos. Es decir que anualmente mueren alrededor de 1000 mujeres, de acuerdo a los datos que son manejados en el INE y en UNICEF. Esta cifra es equivalente a la Tasa de mortalidad materna presentada anteriormente.

Las causas de mortalidad materna están asociadas a las fases del pre-parto, parto o puerperio, es decir que las causas de muerte se asocian en las mujeres al hecho de dar vida. El 43% de las muertes maternas en 1994 estaban asociadas a hemorragias, el 23% a abortos, el 22% a eclamsias y el restante porcentaje se distribuía entre partos obstruidos, embolias y sepsis.

En la ENSA 94 (no se cuenta con el dato para 1998), se detectó que en el área ecológica de los Valles, lugar donde se encuentra la ciudad de Sucre, la Tasa de Mortalidad Materna alcanza a 293 x 100,000 nacidos vivos.

La Mortalidad Infantil en 1998 a través de los datos de la ENSA 98 muestran el siguiente panorama para el Departamento de Chuquisaca:

- a) La Mortalidad de la Niñez (mortalidad de los niños menores de cinco años) alcanza a 105 x 100,000 nacidos vivos, siendo una de las Tasas departamentales más altas en el país junto a la de Potosí y La Paz.
- b) La Mortalidad Infantil (mortalidad de niños menores de un año) en el Departamento alcanza a 69 x 100,000 nacidos vivos siendo la segunda Tasa Departamental mas alta.

Las mayores causas de mortalidad en los niños menores de cinco años están asociadas a las diarreas y a las enfermedades respiratorias agudas o neumonías. Existen también muchos casos de muerte infantil asociados con problemas de desnutrición.

De acuerdo a información proporcionada por el IPTK – Sucre, las principales causas de morbilidad urbana en Chuquisaca son las siguientes: enfermedades infecciosas y parasitarias: 13.6%; enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y trastornos de la inmunidad: 12.9%; enfermedades del aparato respiratorio: 11.4%; traumatismos y envenenamientos: 8.2%; enfermedades del aparato digestivo: 8.0%; enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos: 4.6%; enfermedades del aparato génito – urinario: 4.0%; enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo: 3.9%; tumores: 1.0%; tuberculosis: 0.9%; problemas mal definidos: 1.5% y finalmente otras causas: 30.0%.

Las principales causas de morbilidad rural en Chuquisaca son las siguientes: Infecciones respiratorias agudas: 15.9%; enfermedades infecciosas intestinales: 13.6%; otras enfermedades del aparato digestivo: 6.4%; deficiencias de la nutrición: 5.1%; enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y afecciones afines: 4.9%; trastornos del ojo y sus anexos: 4.4%; otras enfermedades infecciosas y parasitarias: 3.4%; reumatismo: 3.3%; enfermedades del esófago y del duodeno: 2.6%; mal definidas: 6.7% y finalmente el resto de las causas: 33.7%.

Adicionalmente, los datos de saneamiento básico que presenta el IPTK⁽⁹⁾ en el área periurbana para 1992 son los siguientes: agua por cañería: 94.6%, agua de pozo: 1.1%, alcantarillado: 82.6%, servicio higiénico: 81.5%, letrina o pozo ciego: 4.3%, canchón o corral en casa: 2.2%, defecación en campo libre fuera de casa: 12.0%.

Los datos del IPTK nos muestran que el número promedio de visitas a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Previsión Social es de 0.8 Consultas/Persona/Año, a la Caja Nacional de Salud es 1.5, a la Caja Petrolera de Salud es 9.7 y al Policonsultorio del IPTK es 4.7 Consultas/Persona/Año, incluidas las personas con seguro, con datos actuales correspondientes al presente año.

⁹ Ver Documento adjunto No.1.

5. Articulación con la política nacional de salud y seguridad social

El 30 de diciembre de 1998 el Gobierno actual promulga el Decreto Supremo No. 25265 en el que se crea el Seguro Básico de Salud que resulta siendo una copia de los mecanismos de financiamiento y de la importancia asignada al municipio en su rol social, otorgada por el Seguro de Maternidad y Niñez, promulgado en el anterior Gobierno. Este Seguro es gratuito para todos los habitantes de los municipios adscritos y sustituirá a todos los otros sistemas públicos y semi-privados. No existe en la actualidad otro Seguro público.

El mencionado Decreto cuando detalla oficialmente las prestaciones del Seguro propone:

“ARTICULO 4.- (Prestaciones en beneficio de la niñez). Todos los niños y niñas menores de cinco años tienen derecho a la atención de salud promocional, preventiva y curativa en las siguientes áreas:

- a) Atención del recién nacido.
- b) Promoción de la nutrición y desarrollo infantil.
- c) Atención de enfermedades infecciosas que incluyen enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, sepsis y meningitis.
- d) Prevención de enfermedades mediante la vacunación.

ARTICULO 5.- (Prestaciones en beneficio de la mujer). Todas las mujeres tienen derecho a la atención de salud promocional, preventiva y curativa en las siguientes áreas:

- a) Control prenatal.
- b) Atención del parto y del recién nacido.
- c) Control postparto.
- d) Prevención y atención de las complicaciones del embarazo.
- e) Transporte de emergencia obstétrica.
- f) Información, educación y comunicación sobre parto institucional.

ARTICULO 6.- (Prestaciones en beneficio de la población en general). Toda la población del país tiene derecho a la atención de salud promocional, preventiva y curativa en las siguientes áreas:

- a) Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.
- b) Diagnóstico y tratamiento de la malaria.
- c) Diagnóstico y tratamiento del cólera.

- d) Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, exceptuando el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- e) Consejería y servicios de planificación familiar, respetando la libre decisión de las personas⁽¹⁰⁾.

Otro elemento que resalta en la propuesta es que las prestaciones que otorga el Seguro incluyen consulta externa, hospitalización, medicamentos, exámenes auxiliares, diagnósticos y visitas de seguimiento, en el caso de las áreas rurales, el seguro cubre las visitas periódicas de personal de salud y de la atención realizada por agentes comunitarios capacitados, acreditados y autorizados.

En la actualidad este Seguro Básico se encuentra en proceso de implementación y cuenta con importantes recursos que lo sustentan en esta fase provenientes del Banco Mundial y de la Cooperación Internacional.

La obligatoriedad de atención en las prestaciones establecidas por el mencionado Decreto Supremo, se verifica para toda la red de servicios del sector público, para las cajas de salud, para ONGs, Organizaciones Religiosas u otros prestadores. Es en este marco que el Proyecto Salud para Todos y el SIS del IPTK, como ONG prestadora de servicios de salud se tendrá que regir por esta normativa en el futuro cercano, dado que en la actualidad, el mencionado Seguro se encuentra en su fase de implementación.

En relación con el Seguro, las modalidades de financiación son las siguientes:

- a) Fondos Locales Compensatorios de Salud constituidos con recursos municipales, equivalentes al seis coma cuatro por ciento (6,4%) del ochenta y cinco por ciento (85%) de la coparticipación tributaria municipal destinada a inversión, que serán abonados automáticamente por el Ministerio de Hacienda en las cuentas respectivas y administrados por el Gobierno Municipal. Estos fondos cubrirán los costos de medicamentos e insumos (excluyendo vacunas, jeringas y otros insumos esenciales provistos por el nivel central), costo de reposición de materiales, costo de consulta externa, hospitalización, exámenes auxiliares, diagnósticos, visita domiciliaria, costo de viáticos y carburantes para la atención de comunidades rurales sin servicios de salud y costo de transporte de pacientes en casos de emergencia obstétrica.
- b) Saldos de las cuentas de los Fondos Locales Compensatorios de Salud establecidos mediante Decreto Supremo No. 24303.

¹⁰ GACETA OFICIAL DE BOLIVIA; AÑO XXXIX, No. 2113; La Paz; 25 de enero de 1999; Página No. 8 y 9.

- c) Recursos asignados por el Tesoro General de la Nación para el pago del personal de salud, consignados en la planilla actual del sector salud.
- d) Recursos de la cooperación bilateral, multilateral o de otras instituciones u organismos, aportados en especie o en efectivo.

En relación con la gestión del Seguro, sigue existiendo esta descentralización de los factores que hacen a la prestación de un servicio de salud, dado que los municipios continúan con la responsabilidad de las inversiones en infraestructura y equipamiento, el estado se encarga de pagar los salarios de los médicos y por la Ley de Participación Popular, las organizaciones campesinas, juntas de vecinos y ayllus, reconocidas legalmente, deben participar en la definición de las prioridades de inversión en los 311 territorios municipales.

La articulación entre el Seguro Básico de Salud y el Sistema de Seguridad Social se define de la siguiente manera:

La infraestructura dependiente tanto del Sistema de Salud Pública como de las diversas Cajas Nacionales de Seguridad se la utiliza para dar el servicio de Seguro Básico de Salud.

Para sostener ese servicio, se establecen contratos entre las Cajas Nacionales y las Municipalidades, a partir de los cuales éstas últimas se obligan a traspasar fondos en forma periódica. Esta condición se constituye en el principal cuello de botella para el funcionamiento del Seguro Básico, dado que se registran permanentes incumplimientos a las obligaciones de los municipios.

Los mecanismos de control de la calidad del Seguro Básico, si bien están basados en el ejercicio de las funciones otorgadas a las organizaciones territoriales y vecinales puestas en vigencia por la Ley de Participación Popular, a la fecha el mismo no se ha puesto en práctica en su totalidad, dada la reciente creación del Seguro Básico.

6. Oferta de atención médica

De acuerdo a información proporcionada por el IPTK, en 1996 la ciudad de Sucre contaba con un total de 50 establecimientos de salud de primer y segundo nivel, con tres hospitales de tercer nivel, de referencia departamental que pertenecían al Municipio y con dos Institutos de también de Tercer Nivel, de referencia Nacional, que dependían directamente de la Secretaría Nacional de Salud (ver mayor detalle en próximo Capítulo).

La información proporcionada por el Primer Censo de Gobiernos Municipales, citado anteriormente y que fue realizado en 1998 nos muestra la existencia de una oferta total aproximada en la ciudad de Sucre de 253 médicos, 390 Auxiliares médicos y 410 administrativos que trabajan en los tres niveles de atención.

El “Primer Censo de Gobiernos Municipales” realizado en 1998 por el Ministerio de Hacienda y por el Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, muestra que la ciudad de Sucre cuenta con 75 médicos en Centros de Salud de Nivel I de complejidad, que es donde se pueden resolver alrededor del 75% de las patologías más importantes del país; 71 de estos médicos se ubican en el sector público y 4 en el sector privado. Al nivel nacional, se dispone de 1,410 médicos, es decir que en Sucre está solo el 5.32% de los médicos que trabajan en el Nivel I.

De acuerdo a esta última fuente de información, dentro del Nivel I de resolución médica, el número total de personal administrativo que trabaja en la ciudad de Sucre alcanza a 54, desagregados en 51 que se ubican en el sector público y 3 en el sector privado. Al nivel nacional, los datos muestran un total de 668 administrativos.

A pesar de no existir información local sobre el número de camas, el número de médicos, auxiliares médicos y administrativos que posee el Nivel II de resolución, se cuenta con el dato nacional que muestra un total de 3,585 camas, de las cuales 309 se encuentran en el Departamento de Chuquisaca; se dispone de 545 médicos en este Nivel de resolución, de los cuales, 33 se encuentran en Chuquisaca. Siempre en el Nivel II de resolución se posee la información de la existencia de 792 Auxiliares médicos a nivel nacional, de los cuales 49 se ubican en el Departamento de Chuquisaca y un total de 530 administrativos en todo el país, de los cuales 49 están en el Departamento.

En el Tercer Nivel de Resolución Médica que se denomina Hospital General de Apoyo, que posee la característica de la especialidad médica, en total se cuenta con 10 establecimientos en el Departamento de Chuquisaca, 9 pertenecientes al sector público y 1 al sector privado. En estos Centros de Salud se cuenta con 980 camas, 957 ubicadas en el sector público y 23 en el sector privado.

En estos Centros trabajan un total de 178 médicos, la mayoría en el sector público, se dispone también de 332 Auxiliares médicos, de los cuales 329 se ubican en el sector público y 3 en el sector privado y 356 administrativos, de los cuales solo 4 se encuentran en el sector privado y 352 en el sector público.

Siempre analizando la situación del Nivel III de resolución, se cuenta a nivel nacional con 129 establecimientos, 5,472 camas, 1,135 médicos, 1,681 Auxiliares médicos y 2,464 administrativos.

Las farmacias que disponen en la ciudad de Sucre de acuerdo al mencionado Censo de Gobiernos Municipales son un total de 96 con la característica que 84 son privadas y 12 del sector público, mientras que a nivel nacional se cuenta con aproximadamente con 2,902 Farmacias.

Lamentablemente no se cuenta con la desagregación del ámbito urbano y rural sobre esta proporción de prestadores médicos; sin embargo, los datos presentados por el IPTK muestran información relativa al Departamento de Chuquisaca que presenta a la Secretaría de Salud atendiendo al 44% de la población, las Cajas de Seguro al 2%, las ONGs e Iglesias al 3%, los Servicios Privados al 7%, las Farmacias al 4%, los Curanderos o Jampiris (medicina nativa) al 37% y no atienden su salud un 8% de la población.

En la ciudad de Sucre, la proporción de prestadores médicos es la siguiente: el sector público atiende aproximadamente al 26.3% de la población, las Cajas de Seguridad Social atienden al 28.5%, las ONG's e Iglesia prestan el servicio al 3.5%, los Servicios Privados al 26.5, las farmacias al 6.1%, los Curanderos o Jampiris atienden al 1.2% y un 7.9% no atiende su salud.

Estas cifras muestran que en el Departamento de Chuquisaca, así como en la ciudad de Sucre, los proveedores de asistencia en materia de salud se concentran en el sector público (Secretaría de Salud).

A pesar de haberse promulgado importantes leyes gubernamentales en el período 1993–1997, orientadas al fortalecimiento de los sistemas de atención en materia de seguridad social y salud, toda la infraestructura sanitaria y hospitalaria del sector público ha recibido inversiones poco significativas en relación con las deficiencias existentes. El equipamiento en general sigue siendo obsoleto, el presupuesto para el trabajo de reposición y mantenimiento de los equipos es reducido, no existe una política de personal orientada a garantizar calidad en la atención profesional y el sistema de dotación de insumos y medicamentos aún es poco efectiva y eficiente.

Entre los prestadores privados con los que cuenta la ciudad de Sucre, se observan mayores niveles de inversión en tecnología e infraestructura y el recurso humano profesional que utiliza es especializado. Sin embargo, sólo acceden a ellos las familias de mayores recursos económicos, posibilitadas de pagar los precios por consulta y atención que éstos fijan.

7. Protección social en materia de salud

En general, el tratamiento de la problemática de la salud en las familias, sobre todo del área urbana, se resuelve en el seno de las familias y no existen formas más colectivas de resolución de la problemática sanitaria. Es de acuerdo a la capacidad de pago de las familias que se opta por un servicio o por otro; si existiera alguna forma de solidaridad entre familias urbanas, la tendencia es hacia el declive de esta forma de colaboración.

El Sistema de Seguridad Social en Bolivia, vigente desde más de veinte años, sufre a partir del gobierno anterior un proceso de reforma, cuya centro es la desagregación estructural, orgánica y financiera de los sistemas a corto y largo plazo, dándole a este último un marco jurídico, orgánico y financiero de índole privado.

La separación de los sistemas de seguros en largo y corto plazo en 1996, a supuesto la creación de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPs) que se concentran en la atención del sistema de seguro a largo plazo y la especialización de las Cajas de Seguridad Social en la atención al seguro de corto plazo.

Las Cajas de Seguridad Social cuentan con las siguientes características principales:

- A pesar de que desde 1996 la afiliación a las Cajas de Seguridad se ha abierto a una competencia por calidad de servicios, tradicionalmente es y ha sido de tipo sectorial y, por lo tanto empresarial, sin una cobertura de tipo territorial, (por ejemplo: la Caja Petrolera se organiza para la atención exclusiva de trabajadores del sector petrolero).
- En general, salvo pequeñas excepciones la cotización sectorial ronda el 10% del salario básico del contribuyente.
- Antes de la desagregación de los sistemas de corto y largo plazo, se calculaba un universo de contribuyentes de alrededor de 300.000 personas (titulares) y una cobertura de alrededor de 1 millón.
- El modelo de afiliación es familiar; cubre al titular, cónyuge, hijos menores de 19 años y otros que se demuestre su total dependencia.

La población excluida de los servicios de la seguridad social son campesinos suburbanos, comerciantes minoristas, artesanos y las pequeñas unidades productivas, los estudiantes y las trabajadoras del hogar. Ellos son excluidos del sistema de Seguridad Social porque no cuentan en su actividad con una relación obrero-patronal que obliga legalmente a los empleadores a dotarles de Seguridad Social. En el caso de las Trabajadoras Domésticas, por ejemplo, en la actualidad no están incorporadas en la Ley General del Trabajo.

Se supone que toda esta población ahora podrá ser atendida gratuitamente por el Seguro Básico de Salud que obliga al sector público y a las Cajas de Seguridad Social a la atención en los tres niveles de complejidad médica.

IV. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

En el presente capítulo se realiza una descripción de las condiciones del contexto local e institucional que dieron origen al Seguro de Salud Universal del IPTK, se describen además las etapas de su puesta en marcha y el diseño técnico y de gestión del SIS en su primera fase.

1. Origen del SIS

El SIS tiene su origen en el año 1996, el mismo que fue puesto en marcha por el Proyecto Salud para Todos del IPTK bajo el nombre de “Mutual de Salud Familiar y Popular”.

Como fue mencionado en el anterior Capítulo y de acuerdo a estudios realizados por el IPTK⁽¹¹⁾ que permitieron el diseño y lanzamiento del sistema, en 1996 la ciudad de Sucre contaba sólo con un total de 50 establecimientos de salud de primer y segundo nivel, de funcionamiento regular y efectivo, distribuidos en función de su estatus jurídico y dependencia orgánica de la siguiente manera.

Cuadro No. 2 Número de establecimientos de salud existentes en la ciudad de Sucre (1996) según nivel, estatus jurídico y dependencia orgánica

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	NUMERO
Establecimientos públicos, dependientes del Estado (Municipio)	16
Establecimientos privados sin fines de lucro (ONGs)	12
Sistemas de seguro dependientes de instancias descentralizadas del Estado	9
Establecimientos dependientes de la Iglesia Católica	8
Establecimientos privados	5
TOTAL	50

Además la ciudad contaba con tres hospitales de tercer nivel, de referencia departamental que pertenecían al Municipio y con dos Institutos de también de Tercer Nivel, de referencia Nacional, que dependían directamente de la Secretaría Nacional de Salud.

¹¹ Ver Documento adjunto No.1.

Del total de 55 establecimientos de primero, segundo y tercer nivel, el 54.5% contaba con financiamiento estatal, el 36.4% con financiamiento externo (Cooperación internacional e Iglesia Católica) y el 9.1% con financiamiento propio.

En general estos establecimientos de salud, satisfacían las necesidades básicas de los requerimientos sanitarios de la población. Sin embargo, existían muchas limitaciones en equipamiento, material de funcionamiento y adecuación de la infraestructura, tal como se señala en el anterior Capítulo.

El financiamiento de los sistemas de seguro de salud vigente en 1996, estaba fundamentalmente vinculado al aparato estatal y las tasas de cotización de éste estaban cubiertas tanto por aportes patronales (empresas descentralizadas del Estado) y aportes laborales. Al respecto, por Decreto Ley 924 de 1987, se define la siguiente política de financiamiento, traducida en las tasas de cotización porcentual: aporte laboral 5.0% y aporte patronal: 15.0% del salario. En los dos Sistemas de Seguro de mayor relevancia tanto en la región como al nivel nacional por fuente, se registran las siguientes tasas de cotización porcentual.

Cuadro No. 3. Tasas de cotización porcentual de Sistemas de Seguro

EMPRESA DE SEGURO	APORTE LABORAL (tasa de cotización)	APORTE PATRONAL (tasa de cotización)
Caja Nacional de Seguridad Social	20.0	3.5
Caja Petrolera	29.0	4.0

Las tasas de cotización que se muestran en el Cuadro, presentan un valor mayor a la tasa de cotización porcentual definida como política nacional de financiamiento, en la medida en que se añaden a éstas el aporte a los fondos complementarios sectoriales, como es el sector petrolero y los sectores laborales diversos que fungen como entidades de retención de las cotizaciones al sistema de seguridad social.

A pesar de contar la ciudad de Sucre con una oferta de sistemas de protección a la salud, aplicado a través del Sistema Nacional de Seguridad Social, éste se dirigía fundamentalmente a los trabajadores asalariados y sus familias, sean éstos del sector privado formal o del sector público.

Un centro urbano como el de Sucre, en el que existen muy pocas industrias y empresas formales y donde el aparato estatal ocupa a una proporción muy reducida de la población económicamente activa (ver capítulo III), supone la existencia de una gran cantidad de población ocupada en el sector informal de la

economía o subempleada, carente de un sistema de protección social y de la salud. En 1996, año en el que se pone en marcha el SIS, esta situación era tan evidente que la cobertura del sistema de seguridad social ascendía sólo a un 13% del total de la población de la ciudad.

Por las características de organización urbana de la ciudad de Sucre, la población que cuenta con un trabajo formal y asalariado adscrito al sector público o privado, se asienta en el Distrito Municipal No.1⁽¹²⁾, la zona más antigua y tradicional de la ciudad y en la que habitan mayoritariamente familias originarias de Sucre.

A partir de 1980, la ciudad se convierte en receptor de un gran contingente de población migrante, desalojada de zonas mineras y agrícolas aledañas que entran en un proceso acelerado de crisis de producción y contracción económica. Esta migración se asienta en las zonas periféricas de la ciudad (Distritos del 2 al 4), constituyéndose en un grupo económico principalmente autoempleado o desempleado.

El SIS en su etapa de puesta en marcha, estuvo dirigido a las familias de estos cuatro distritos. Se trata de distritos periféricos de mayor concentración de pobreza, en los cuales se registraba la siguiente distribución de población⁽¹³⁾:

- Distrito 2: 49.359 habitantes
- Distrito 3: 27.825 habitantes
- Distrito 4: 16.638 habitantes
- Distrito 5: 15.778 habitantes

Del total de 109.600 habitantes a los que estaba dirigido el SIS, el 47.6% era población masculina y el 52.4% femenina, con una distribución por edad correspondiente al conjunto de la ciudad de Sucre (ver capítulo III). En los cuatro distritos de atención del SIS se registraba un 28.9% de analfabetismo femenino y un 15.7% de analfabetismo masculino; doce de cada cien niños no asistieron a la escuela. El total del grupo destinatario del SIS se constituían en residentes urbanos con poca dispersión geográfica de sus viviendas.

Un 22.4% de las viviendas de los cuatro distritos no contaban con acceso a redes de agua y el 38.3% no contaba con sistema de alcantarillado y el nivel de acceso a la atención médica era sustancialmente menor con relación al Distrito No.1. En éste último se concentraba el 30.9% del total establecimientos de salud y, dentro de ellos los de mayor calidad y nivel de cobertura.

¹² La ciudad de Sucre se divide administrativamente en cinco distritos municipales.

¹³ Información extraída de Documentación del IPTK (ver Documento adjunto No.1). En estos distritos, una familia promedio estaba compuesta por 6.2 personas.

Los principales sectores de actividad se concentraban en el comercio minorista, industrias manufactureras de pequeña escala (microempresas) y la construcción. El costo de la canasta básica de alimentos, para una familia promedio tipo ascendía a Bs.541 (US\$93).

Siendo que el SIS estaba dirigido a todas las familias sin distinción que habitaban en los cuatro distritos municipales, las características que hacían de ésta una población homogénea tenían que ver con las condiciones de pobreza y falta de acceso a servicios.

La principal dificultad a la que debían hacer frente los miembros del grupo destinatario del SIS tiene que ver con que la infraestructura de salud del Estado en la zona era escasa, la oferta de la Iglesia y ONGs se concentraba en atención primaria y la oferta de atención a partir de médicos de barrio era reducida y de baja calidad. Las instalaciones del Sistema Nacional de Seguridad Social y los establecimientos de tercer nivel de atención se asentaban principalmente en el distrito municipal No.1. La oferta privada, también instalada principalmente en este distrito, era económicamente inaccesible para la gran mayoría de la población del resto de los distritos.

En suma, en las zonas donde se dirigía originalmente el SIS, en las que se registraba una alta concentración de pobreza, escasos y deficientes servicios públicos (agua potable, alcantarillado) y una población con indicadores de salud de alto riesgo, en general existía no sólo una oferta de servicios de salud muy reducida, sino que la poca oferta que existía adolecía de deficiencias tanto en la dotación de infraestructura como de equipamiento especializado. Adicionalmente, el recurso humano profesional que normalmente atendía en los centros de salud, carecía de una formación actualizada y especializada.

Como respuesta a esta situación de evidente pobreza y carencia de protección social, presente no sólo en las zonas periféricas de la ciudad de Sucre sino en una gran proporción de las zonas suburbanas y rurales de Bolivia, en 1994 se promulga la Ley de Participación Popular en Bolivia (ver capítulo III), donde se inician acciones de fortalecimiento de la oferta de salud a través de los Municipios. Es dentro de éstas acciones que se inserta la ampliación del Proyecto Salud para Todos de la organización responsable del SIS y el posterior arranque del SIS.

A pesar de que la Ley de Participación Popular se asienta en la creación y/o el fortalecimiento organizaciones sociales como son las Organizaciones Territoriales de Base, los Comités de Vigilancia y las Juntas Vecinales (ver capítulo III), en los cuatro distritos a los que se dirigía el SIS en sus orígenes, se encontraban en vigencia con personería jurídica reconocida al nivel nacional sólo las Juntas

Vecinales, las mismas que se ocupan de representar y elevar las necesidades de las zonas frente al municipio y de realizar obras sociales de bien común⁽¹⁴⁾.

Al margen de lo establecido por la Ley de Participación Popular, se encontraban en la zona organizaciones de tipo gremial dedicadas al fortalecimiento de ramas específicas de actividad laboral. Adicionalmente se encontraban activos los Centros Familiares, organizados sobre la base de un programa de seguridad alimentaria de la organización responsable del SIS, proyecto compuesto por un programa de educación en nutrición y distribución de leche a niños menores a cinco años.

Si bien no se creó una organización específica para el lanzamiento del SIS, en su primera etapa se aprovechó de estos grupos (fundamentalmente de los Centros Familiares y organizaciones gremiales) para motivar la participación de sus miembros en el Sistema.

A pesar de que el grupo destinatario, antes de la creación del SIS no contaba con ningún tipo de tuición sobre la administración de la oferta de atención médica ni en el funcionamiento del sector salud, la población de menores recursos de los cuatro distritos de la ciudad se organizó en 1996 para presionar a las autoridades municipales para la implementación de servicios de salud en general, utilizando la representación de las organizaciones de base arriba mencionadas.

No puede afirmarse que el contexto político nacional y regional da origen al SIS, sin embargo puede decirse que éste favorece su implementación a través de la promulgación de la Ley de Participación Popular. En el marco de los inicios de la puesta en marcha de la Ley de Participación Popular y de la cada vez más evidente presión social sobre las instancias gubernamentales en relación a la situación de desprotección social y de salud de las zonas periféricas de la ciudad de Sucre, las instancias directivas del IPTK (Directorio y Junta Constitutiva), junto con el Director de Área de la ciudad de Sucre de la Institución, deciden el diseño e implementación del SIS.

Fueron además dos los hechos que motivaron el desarrollo y lanzamiento del SIS. Por un lado están los resultados de estudios empíricos llevados a cabo entre 1994 y 1996 por el IPTK⁽¹⁵⁾ que permitieron verificar las deficiencias de atención médica en cuatro distritos municipales de la ciudad. Por otro está la constatación de que el Proyecto Salud para Todos de la institución contaba con una capacidad de atención médica no utilizada (infraestructura física y recursos humanos técnicos

¹⁴ Los Comités Populares de Vigilancia y las Organizaciones Territoriales de Base, sólo a partir de 1997 cumplieron un rol importante en el mejoramiento de la calidad de los servicios municipales y, dentro de ellos, especialmente los de salud.

¹⁵ Los resultados de estos estudios se traducen en el Documento adjunto No.1.

asalariados) y que podía aprovecharse para prestar servicios médicos a la población desatendida de estos distritos.

Si bien el equipo inicialmente responsable no contaba con experiencia en el tema, en 1989 el IPTK llevó a cabo una experiencia piloto de seguro de salud, el mismo que, habiendo operado por un período muy corto (menos de un año), permitió sentar las bases sobre las cuales se definió el SIS.

2. Etapas de la puesta en marcha del SIS

2.1 Identificación de necesidades y definición de los objetivos

Adicionalmente al proceso de investigación llevado a cabo entre 1994 y 1996 por el IPTK (ver Documento adjunto No.1), en enero de 1996, el equipo del Proyecto Salud para Todos y el director de Área (ciudad de Sucre) del IPTK, bajo el encargo del Directorio, llevaron a cabo los procesos de identificación de necesidades específicas de la población y definición de objetivos del Sistema.

Para el efecto, fueron realizadas indagaciones de tipo verbal sobre las necesidades no cubiertas en el campo de la atención médica, con los grupos familiares organizados por el IPTK y adscritos a su Proyecto Salud para Todos. La principal expectativa recogida de éstas indagaciones tuvo que ver con la atención no sólo de medicina general sino de especialidades médicas. Frente a la propuesta de iniciar un sistema de seguro, se identificó desconfianza por parte de estos grupos a aportar antes de recibir el servicio y a portar sin tener la seguridad de permanencia de la institución (organización responsable). Así también se mostró falta de confianza con relación a la calidad de los recursos humanos que ofrecerían atención médica especializada. Este último hecho dio origen a que la campaña de promoción del SIS se centre en la descripción detallada de la formación técnica y experiencia del equipo médico con el que se contaba.

Si bien no se sistematizó ni documentó la información sobre el proceso de indagación de carencias en salud que debía cubrir el SIS, se cita a continuación las necesidades que en ese momento se consideraban como más importantes:

- Falta de acceso a servicios de salud en general
- Falta de acceso a servicios médicos especializados
- Poca capacidad de pago para los servicios existentes
- Ventajas identificadas y no accesibles del sistema de seguro estatal

A partir de esta identificación de necesidades, se fija el objetivo de “dar cobertura en salud a la población desprotegida de estos servicios, llevando a cabo una experiencia institucional en el campo de la protección social y evaluar las

perspectivas de replicabilidad”. Dicho objetivo se constituyó en un acuerdo tácito entre el grupo directivo, no explicitado en ningún documento.

Tanto la identificación de necesidades de atención en materia de salud, como la definición de objetivos y el diseño y puesta en marcha del SIS, se constituyen en una iniciativa autónoma del IPTK y del Proyecto Salud para Todos del mismo. Esto es, tanto en la fase previa al lanzamiento del SIS como en su etapa inicial, no se solicitó ni obtuvo en forma espontánea ningún tipo de apoyo de las autoridades sanitarias locales ni de otros actores externos. Una vez iniciadas las operaciones, tampoco hubo reacciones ni ningún tipo de involucramiento de éstos. Sin embargo, el IPTK reconoce haber tenido siempre apoyo del Sistema Estatal de Salud en el marco del Proyecto Salud para Todos, del que dependió desde sus inicios el SIS.

2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera

El documento “Nuevo Sistema de Salud en la Sección Capital de Sucre” del Dr. Gróver Linares, 1996 (Documento adjunto No.1), sienta las bases para el plan de fortalecimiento a la propuesta regional de salud del IPTK, frente a la promulgación e implementación de nuevas políticas de salud al nivel nacional, enmarcadas dentro de la Ley de Participación Popular. Este trabajo, iniciado en 1994, permitió describir y analizar el contexto económico y político departamental y nacional para 1996, actualizar la información social y demográfica de la ciudad de Sucre y valorar el funcionamiento del modelo sanitario vigente en dicha ciudad. Permitted a su vez justificar el lanzamiento del SIS, tomando en cuenta las carencias en servicios de salud identificadas.

A demás de haber contado el IPTK con una base amplia de información sobre la situación socioeconómica que justificaba el lanzamiento del SIS, no fue realizado ningún estudio de factibilidad financiera para el sistema. Su viabilidad fue asentada en la existencia de infraestructura y recursos humanos para la atención de salud con la que contaba la organización responsable dentro de su Proyecto Salud para Todos. La lógica que determinó los paquetes y beneficios fue la de dar uso a la infraestructura existente y subutilizada de servicios de salud que ofrecía dicho Proyecto y, por lo tanto, las cotizaciones fueron pensadas como un aporte al equilibrio entre costos e ingresos del Proyecto Salud para Todos.

Tanto para el diseño como para el lanzamiento del Sistema, no se realizó una visita oficial a sistemas nacionales de seguro de tal forma que oriente dichas acciones hacia el lanzamiento de una oferta complementaria y/o competitiva. Sin embargo, el personal directivo del IPTK se consideraba conocedor de los sistemas nacionales de seguridad social a través del estudio de documentación escrita, hecho que permitió aportar al diseño del SIS.

2.3 Información del grupo destinatario

Inicialmente no se establecieron campañas de información sobre el SIS entre el grupo destinatario; ésta actividad se restringió a contactos directos con los beneficiarios del Proyecto Salud para Todos y otros programas del IPTK. Posteriormente se editaron folletos para informar a la población meta (ver Documento adjunto No.2).

A pesar de haberse registrado una desconfianza inicial por parte de los grupos a realizar pagos previos a la prestación de los servicios, una vez iniciadas las operaciones en general se observó una reacción positiva de la población en su conjunto, en la medida en que se constituía en una nueva oportunidad para resolver sus carencias en cuanto a servicios de salud. Sin embargo se recogieron afirmaciones de los grupos donde se realizó promoción, referidas a que la cotización que se exigía era muy elevada con relación a su capacidad de pago. A partir de ello, a los seis meses de implementado el SIS, se redujo a la mitad la cotización (de US\$20 a US\$10 por familia), hecho que no significó un impacto negativo financiero para el SIS, debido a que éste utilizaba la capacidad instalada del Proyecto Salud para Todos.

2.4 Inicio de las actividades

Dentro de la estructura de la organización responsable del SIS y el Proyecto Salud para Todos, fue nombrada una comisión compuesta por el Responsable de Área de la ciudad de Sucre, el Responsable y el Administrador del Proyecto Salud para todos, con el propósito de estructurar el SIS. Para su aprobación se realizaron reuniones de directorio del IPTK en las que fue transmitida y tomada en cuenta la opinión del personal del Proyecto Salud para Todos.

En reunión de principios de 1996 del directorio, conformado por el Director General, Directores de Área de la Institución y un delegado de la Junta Constitutiva, fue aprobado el SIS. El Directorio pasó dicha aprobación a consideración de la Junta Constitutiva, constituida por personas naturales de alto prestigio en la ciudad, de la que participa sin derecho a voto la Dirección General. Aprobado el Proyecto por la Junta, el SIS inició sus operaciones de forma inmediata (marzo de 1996).

2.5 Liderazgo y toma de decisiones

El Director General del IPTK, como único representante legal de la institución, asumió la responsabilidad de la creación del SIS. La supervisión y control del funcionamiento de éste recayó, en primera instancia, sobre el Responsable de

área (ciudad de Sucre) y sobre el Responsable del Proyecto Salud para Todos. Bajo delegación de la Junta Constitutiva y el Directorio del IPTK, el equipo administrativo y de profesionales médicos que constituía el Proyecto Salud para Todos, se hizo cargo de la operación del SIS, los mismos que conformaron un equipo de trabajo para enfrentar actividades especiales, como evaluación de resultados y elaboración de propuestas de ajuste del SIS.

Sin ningún tipo de asistencia técnica externa para la adopción de decisiones y sobre la base de propuestas elaboradas por el Responsable de Área y el Responsable del Proyecto Salud para Todos, la Junta Constitutiva y el Directorio del IPTK fueron las instancias que decidieron sobre aspectos como: los servicios cubiertos, el paquete de beneficios, las cotizaciones, las condiciones de afiliación, las modalidades de administración y los prestadores de atención médica.

3. Funcionamiento durante el primer ejercicio

3.1 Afiliados y otros beneficiarios

Sin la exigencia de ninguna condición o preferencia para la afiliación, a excepción de la zona de residencia (los cuatro distritos de la ciudad de Sucre⁽¹⁶⁾, el SIS permitió la afiliación de familias en forma voluntaria.

Respecto a las características de afiliación identificadas en el SIS y en relación a la exigencia o no de una cuota de afiliación, aquí cabe aclarar los siguientes puntos que servirán de base para la descripción no sólo de las condiciones iniciales del SIS sino de las condiciones actuales de funcionamiento:

- Al momento de solicitar la afiliación al SIS, éste exigía el **pago único** y con **vigencia anual** de Bs.120 (US\$20) por familia.
- Este monto es considerado por los responsables del SIS tanto como cuota de afiliación al SIS como cotización.
- De acuerdo a las definiciones técnicas de ambos conceptos, a esta pago se lo puede considerar como cuota de afiliación al constituirse en un monto único de dinero que se cancela al momento de inscripción y que es utilizado por el SIS para cubrir gastos administrativos
- También puede ser considerado como cotización en la medida en que le otorga al beneficiario el derecho a acceder a las garantías ofrecidas por el seguro

Por el grado de importancia que cobra dicho pago, al permitir el acceso a las prestaciones del SIS, se adopta la convención de considerarlo no como una cuota

¹⁶ Ver acápite 1 del presente Capítulo.

de afiliación sino como cotización y, por lo tanto, se asume que el SIS no exigía una cuota de afiliación; a pesar de ello, a los titulares de las familias que acceden al SIS, se los denomina como afiliados, en la medida en que están inscritos y cotizan al Sistema.

Adicionalmente se consideraban como beneficiarios del SIS a los familiares de los afiliados, los mismos que podían guardar hasta un segundo grado de parentesco, sin restricciones de edad.

Cuando se puso en marcha el SIS, los afiliados y los beneficiarios eran miembros de una misma comunidad geográfica, constituida por los cuatro distritos de la ciudad de Sucre. A partir de los procesos de promoción enfrentados por el SIS, los que eran inicialmente dirigidos a organizaciones de base existentes en los cuatro distritos, los primeros afiliados constituyeron un sub-grupo del grupo destinatario, al ser éstos representantes de un gremio (choferes del sistema de transporte público).

Al finalizar el primer ejercicio (definido por el cierre contable al 31 de diciembre de 1996, a los nueve meses del arranque de las operaciones del SIS), el número de familias beneficiarias alcanzó a 300, habiendo sido previsto afiliar a al atender a 3.000 familias. Se consideró que los factores que determinaron un nivel de cobertura poblacional menor al planificado fue, por un lado, el valor fijado para la afiliación, el mismo que fue definido como muy elevado por el grupo destinatario. Por otro, se observó una falta de información y conocimiento sobre los beneficios que conlleva un sistema de seguro y una aparente falta de valoración de la salud en familias de menores recursos económicos.

3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

El SIS ofrecía un solo paquete de beneficios con una gran variedad de servicios como puede observarse en el Cuadro No.4. Este paquete fue elegido sobre la base de la identificación de servicios disponibles en el Proyecto Salud para Todos, los mismos que fueron definidos a partir de la identificación de demandas de servicios de salud más comunes en la región.

Cuadro No. 4: Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio

SERVICIOS	PERSONAS CUBIERTAS ⁽³⁾	CO-PAGO ⁽¹⁾	LIMITE DE COBERTURA	PERÍODO DE ESPERA	DERIVACIÓN OBLIGATORIA
Intervenciones quirúrgicas no programadas					
<i>No cubierto</i>					
Atención del parto					
<i>No cubierto</i>					
Hospitalizaciones medicalizadas no programadas					
<i>No cubierto</i>					
Intervenciones quirúrgicas programadas					
<i>No cubierto</i>					
Atención ambulatoria programada					
Medicina General	B	0%	Sin límite	0	No
Pediatría (hasta 12 años)	B	0%	Sin límite	0	No
Ginecología – Obstetricia	B	0%	Sin límite	0	No
Cardiología	B	0%	Sin límite	0	No
Traumatología	B	0%	Sin límite	0	No
Otorrinolaringología	B	0%	Sin límite	0	No
Atención preventiva					
<i>No cubierto</i>					
Atención ambulatoria no programada					
Todas las señaladas en ambulatoria programada	B	0%	Sin límite	0	No
Medicamentos⁽²⁾					
Todos	B	80%	Sin límite	0	No
Transporte/evacuación					
<i>No cubierto</i>					
Laboratorio/radiografía					
Laboratorio médico	B	50%	Sin límite	0	No
Otros					
Consulta odontológica	B	0%	Sin límite	0	No
Odontología (extracciones y obturaciones)	B	50%	Sin límite	0	No
Enfermería	B	0%	Sin límite	0	No
Ecografía	B	15%	Sin límite	0	No

Nota: (1) Debe hacerse notar que la información que se presenta en el Cuadro como co-pago, no corresponde estrictamente a la definición técnica de este concepto (monto pagado por el afiliado de una cuota parte de los servicios médicos). Se trata en realidad de un precio rebajado al que tienen acceso los afiliados, exento del sobreprecio definido por el Proyecto Salud destinado a cubrir los costos operativos.

(2) Los medicamentos son adquiridos por los afiliados de la farmacia con la que cuenta el Policlínico del Proyecto Salud para Todos. Ellos deben cancelar el 80% del precio fijado por medicamento para los pacientes que no son afiliados; dicho porcentaje corresponde al valor de compra de los medicamentos en el distribuidor mayorista.

(3) B = Beneficiarios.

El Cuadro anterior muestra la variedad de beneficios ofrecidos por el SIS en momento en el que se pone en marcha. En la mayoría de ellos no se exigía co-pago (de acuerdo a la definición de co-pago arriba expuesta) o contaban con un

porcentaje importante de descuento; ninguno establece límite de cobertura y tampoco un período de espera.

El SIS definió dos modalidades para otorgar estas prestaciones al afiliado:

- a) Prestaciones a partir de la capacidad instalada (planta asalariada de médicos) del Proyecto Salud para Todos. El afiliado y su familia tenía acceso a éstas en forma gratuita (servicios señalados en "0% de la columna de co-pago" en el Cuadro No.4), al sólo haber cancelado la cotización anual.
- b) Prestaciones a partir de convenios preestablecidos con médicos externos, no asalariados del Proyecto Salud para Todos. Para acceder a éstas, el afiliado y su familia debía cancelar al SIS sólo un porcentaje (desde el 15 al 80% definidos en la columna de co-pago del Cuadro No.4) de las tarifas fijadas por el Proyecto Salud para Todos para los pacientes no afiliados al SIS. El porcentaje no cubierto por el pago que debía hacer el beneficiario, correspondía a los gastos administrativos del Proyecto. Es decir, a fin de hacer a los servicios médicos que ofrecía el Proyecto, más accesibles para la población destinataria del SIS, era deducido del precio la cuota parte correspondiente al costo administrativo de dicho Proyecto; los beneficiarios pagaban sólo el precio destinado al pago de los servicios médicos.

El sistema de seguimiento del SIS llevado a cabo desde el inicio se restringió al registro de número afiliados. No se contaba con datos sobre las prestaciones donde se registrara información sobre número de consultas por beneficiario; costo de las prestaciones con relación a los ingresos o tipo de prestaciones más frecuentes.

3.3 Financiamiento

En el Cuadro No.5 se detallan los recursos utilizados para financiar infraestructura, equipamiento, costos directos y de administración del SIS en su primera fase. No se contó con recursos para financiar asistencia técnica, capacitación o para crear un fondo inicial para su funcionamiento.

Cuadro No. 5: Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio

FUENTE	MONTO US\$	PROPÓSITO	TIPO
IPTK, Proyecto Salud para Todos	No cuantificado	Infraestructura y equipamiento	Subvención
IPTK, Proyecto Salud para Todos	No cuantificado	Costos de administración	Subvención
IPTK, Proyecto Salud para Todos	No cuantificado	Prestaciones	Subvención

Debe aclararse que la fuente principal de financiamiento para el SIS desde sus inicios fue el Proyecto Salud para Todos del IPTK, el mismo que se traduce en la infraestructura y recursos humanos con los que contaba, gracias al financiamiento de agencias de cooperación y el cobro por servicios médicos. La única fuente directa de financiamiento con la que contó el SIS desde su fase de implementación es la cuota única, fija y anual de cotización (ver acápite 3.1 del presente capítulo).

En la primera fase del SIS (seis meses de operación), se define un solo tipo de cotización – como cuota fija, única y con validez de un año – de Bs.120 (US\$20) por familia, independientemente del número de miembros ésta u otras características de los afiliados (como edad, sexo, estado de salud, etc.).

Este monto debía ser cancelado al momento de solicitar la afiliación y fue calculado únicamente sobre la base de una apreciación sobre la capacidad de pago que pudiera tener la población destinataria.

No fue necesario ni previsto generar una reserva o fondo inicial para operar las prestaciones, en la medida en que éstas no suponían un desembolso por parte del SIS.

3.4 Prestadores de atención médica

El único prestador de atención médica que ofrecía los servicios cubiertos por el SIS al término del primer ejercicio era el Proyecto Salud para Todos (uno de los varios Proyectos de la organización responsable del SIS), el mismo que contaba con una infraestructura de atención médica de segundo nivel (Policlínico Tomás Katari), cuatro consultorios ubicados en diferentes barrios de la ciudad denominados CIMAs y seis postas sanitarias, las mismas que si bien estaban ubicadas en la zona rural de la Provincia Oropeza y que, por lo tanto no atendían

a los afiliados del sistema, se constituían en una infraestructura de atención importante para el Proyecto.

Estos servicios de atención médica contaba como base principal los siguientes recursos humanos:

- 14 profesionales de planta, asalariados del Proyecto Salud para Todos
- 4 profesionales independientes, quienes por convenio verbal con la organización responsable del SIS, prestaban sus servicios de consulta a los afiliados del SIS con tarifas rebajadas.

El criterio utilizado para la elección del Proyecto Salud para Todos como prestador de la atención médica para los afiliados del SIS, fue la constatación que los profesionales asalariados por el Proyecto, contaban con un significativo porcentaje de su tiempo pagado y no utilizado. Este hecho se constituyó en el origen y sustento del SIS.

El criterio para elegir a los profesionales asalariados del Proyecto Salud para Todos, fue la identificación de especialidades médicas más demandas por la población. El criterio para elegir a los profesionales independientes adscritos tanto al Proyecto como al SIS, fue la identificación de especialidades médicas demandadas y no cubiertas por el Proyecto y la disposición de dichos profesionales a brindar servicios con tarifas mínimas.

El personal médico ha sido calificado por el directorio de la organización responsable, a partir de su experiencia y formación profesional y el nivel de compromiso con los objetivos institucionales.

Los prestadores pertenecientes a la organización responsable del SIS, al ser laboralmente dependientes de ésta, no facturaban al SIS. A partir de contratos con los prestadores independientes, se establecían tarifas fijas y reducidas para el cobro de servicios y como contraparte a estos bajos precios, el IPTK ponía a disposición de los prestadores independientes la infraestructura y equipamiento del Policlínico. Estos profesionales facturaban al SIS por consulta o visita médica el valor de Bs.8 (valor menor a un dólar americano), monto que correspondía al 80% del valor de la consulta fijada por el Proyecto Salud para Todos y cobrada a pacientes no afiliados, quienes debían cancelar Bs.2 adicionales, los mismos que eran destinados a cubrir los costos administrativos del Proyecto.

3.5 Administración y gestión

a) Estatutos y reglamentos

No se establecieron ni estatutos ni reglamentos para el funcionamiento del SIS. Tampoco cuenta ni contó el SIS desde sus inicios con personería jurídica independiente a la de la organización responsable. El único documento descriptivo del sistema con el que se contó, se refiere al Documento adjunto No.2.

b) Organización de la gestión

La Dirección de Área (ciudad de Sucre), el Responsable del Proyecto Salud para Todos y el Administrador del mismo Proyecto, dependientes de la organización responsable (IPTK) fueron las instancias a cargo de la gestión global del SIS. Sus responsabilidades frente al SIS, las mismas que eran adicionales a la gestión del Proyecto Salud para Todos, se referían a la supervisión global del SIS, la planificación y supervisión de presupuesto y actividades.

Al ser el SIS parte integrante del Proyecto Salud para Todos, desde un inicio el aseguramiento y la gestión de servicios que ofrecía el SIS no contaban con gestiones independientes ni con órganos de gestión exclusivos.

Cuadro No. 6: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS⁽¹⁷⁾

CATEGORÍA	NÚMERO	EMPLEADOR	PORCENTAJE DE TIEMPO DEDICADO AL SIS ⁽²⁾
Personal Directivo	1	Organización responsable del SIS	10%
Personal Administrativo	2	Proyecto Salud para Todos	10%
Personal Médico ⁽¹⁾	18	Proyecto Salud para Todos	10%
Personal Paramédico	16	Proyecto Salud para Todos	10%

Nota: (1) Incluye al personal médico asalariado y el equipo de médicos independientes que prestaban sus servicios en el Policlínico, en los consultorios médicos del Proyecto Salud para Todos (CIMAs) y en los consultorios particulares de los médicos independientes.

(2) Si bien no existe un registro del tiempo dedicado al SIS, el personal afirma que dedica a éste aproximadamente una hora al día.

¹⁷ Se aclara que el personal descrito en el Cuadro No. 6, se refiere al total del personal que trabajaba en el Proyecto Salud para Todos, los mismos que cumplían adicionalmente las actividades del SIS.

El Responsable del Proyecto Salud para Todos y el Administrador del mismo Proyecto, que gestionaban directamente el SIS, fueron elegidos por el Directorio y el Consejo Directivo de la organización responsable.

c) Sistema de información

El SIS desde el inicio de las actividades y durante el primer año de funcionamiento, contaba con los siguientes documentos:

- registro de afiliados
- tarjeta de identificación de afiliados
- registro de consulta médica
- registros contables:
 - comprobante de pago diario y comprobante contable
 - registro de egresos (cancelación por servicios profesionales externos)

El SIS no contaba con un registro de seguimiento de prestaciones o de pago de cotizaciones. Tampoco contaba con un sistema de contabilidad, un presupuesto y balance independiente al del Proyecto de Salud para Todos.

4. Asistencia técnica y formación

Durante la fase de creación del SIS y durante su primer ejercicio, no se recibió ningún tipo de asistencia técnica y tampoco se realizaron actividades de capacitación o formación de las personas responsables.

V. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

El presente Capítulo tiene como objetivo el describir las características actuales del SIS, haciendo énfasis en aquellas que han sufrido variaciones o ajustes en relación a la etapa de arranque descrita en el anterior Capítulo. Se describen en detalle las características del grupo destinatario, los paquetes de beneficios y los prestadores de atención médica, los aspectos financieros, de administración y gestión.

1. Grupo destinatario y beneficiarios

1.1. Grupo destinatario

El grupo destinatario actual es el mismo que en los inicios del SIS, salvo que al momento éste se dirige ya no a familias sino a todas las personas sin exclusión, independientemente de la edad, sexo o condición socioeconómica. Por este hecho, habiéndose denominado inicialmente al sistema “Mutual de Salud Familiar y Popular”, actualmente es denominado “Seguro de Salud Universal”.

Si bien en 1996 el SIS estaba dirigido a atender los requerimientos de salud de la población que habitaba las zonas periféricas de la ciudad de Sucre (Distritos Municipales del 2 al 4). Actualmente se constituye en un servicio abierto; es decir, en sus lineamientos de estrategia no se define un grupo destinatario específico. De esta manera, a la fecha el SIS atiende a residentes de toda la ciudad de Sucre e inclusive a habitantes de zonas rurales aledañas a la ciudad, incluyendo la ciudad de Potosí, situada a 200 kilómetros.

Estos cambios han sido definidos a partir de una menor demanda a la esperada de grupos específicos a los que originalmente se dirigía el SIS. Al haber definido la atención a personas y no familias, con un valor de la cotización menor al inicial y al haber ampliado la cobertura geográfica de influencia, permite contar con mayores perspectivas de ampliar la población atendida por el SIS.

Como consecuencia a la mayor apertura de atención del SIS, de la población total que atiende el Proyecto de Salud para Todos a partir de su servicio de consulta médica, las personas que atiende con mayor frecuencia el SIS son aquellas que tienen residencia permanente en la zona urbana central de la ciudad de Sucre, en la medida en que cuentan con mayor experiencia en relación a los sistemas de seguridad social nacional.

1.2 Diferentes categorías de beneficiarios

Siendo que en la primera gestión del SIS, éste estaba dirigido a familias, compuestas como promedio por un titular (el afiliado) y cinco miembros (beneficiarios), a partir de un análisis de los resultados llevado a cabo a inicios de 1997⁽¹⁸⁾, las instancias directivas de la organización responsable decidieron modificar la modalidad de afiliación. Actualmente el SIS afilia a toda persona (a título individual) que lo solicite en forma voluntaria, sin exigirle cuota de afiliación, independientemente de donde habite o de la pertenencia a un grupo humano específico. Estas personas pueden ser de cualquier edad, sexo o condición socioeconómica, sin importar su estado de salud.

Al ser un sistema abierto y universal, no existe ningún vínculo entre los afiliados. Sin embargo, al contar con centros focales de promoción, se cuenta con un 25% de afiliados de sectores particulares (escuelas, centros de promoción, grupos atendidos por ONGs).

Los pasos que un solicitante debe seguir para afiliarse son:

- El Administrador (del Proyecto Salud para Todos y del SIS) recibe la demanda y otorga la información sobre sus derechos y obligaciones como afiliado (tipo de prestaciones, los precios de las prestaciones, horarios de atención).
- El solicitante debe proveer de fotocopia de carnet de identidad o certificado de nacimiento no legalizado, cuya información es verificada por el Administrador
- El solicitante cancela el monto fijado como cotización (Bs.10 que equivalen a US\$1.7) contra entrega de comprobante de pago
- Con base en el comprobante de pago y el documento de identidad, se llena un kardex y carnet de asegurado (el mismo que no lleva fotografía).
- El carnet es entregado inmediatamente al afiliado/asegurado

Todo el proceso se realiza en un mismo momento (no mayor a media hora). Si bien al inicio del SIS las familias beneficiarias firmaban un contrato con el SIS, actualmente ha sido eliminado este requisito. La afiliación debe renovarse cada año, para lo que solo se requiere la renovación del carnet y el pago otros Bs.10.

¹⁸ Como resultados de este análisis, se verificó que el número de afiliados efectivos era mucho menor al planificado bajo el supuesto que el valor de la cotización fuera muy elevado y que no todos los miembros de las familias destinatarias requerían del servicio (ver acápite 3.1 del Capítulo IV).

A partir de la entrega del carnet, el afiliado cuenta con el derecho inmediato de atención en el SIS por el período de un año. Las afiliaciones se reciben independientemente de determinadas épocas del año.

El registro de afiliados (kardex), cuenta con la siguiente información:

- Nombre
- Procedencia
- Dirección
- Sector o gremio
- Número consecutivo de seguro
- Fecha de inscripción

Como Documento adjunto No.3 se incluye copia del carnet de asegurado que es utilizado para la identificación del afiliado/asegurado.

Al ser un sistema universal e individual, actualmente el SIS no contempla otras categorías de beneficiarios; sin embargo, durante 1998 (octubre a diciembre) se ofreció atención gratuita a los ancianos como una medida frente a la suspensión del seguro de vejez del Estado.

Los afiliados deben presentar sus tarjetas de identificación (carnet) cada vez que éstos solicitan atención médica. El afiliado debe presentar el carnet en la recepción (que atiende al Proyecto Salud para Todos y al SIS), para recabar una ficha de atención. Tanto el carnet como la ficha deben ser presentados al médico o al servicio demandado.

Si bien el proceso de afiliación es el mismo desde la puesta en marcha del SIS, en la primera época la afiliación estaba definida por familia, por lo tanto la afiliación requería la presentación de documentación de todos los miembros de la familia. Este cambio se da por las nuevas condiciones del SIS, hecho que permite no sólo mayor cobertura sino mayor agilidad en la afiliación.

1.3 Número de beneficiarios y evolución

La información que solicita el SIS a partir de la ficha inscripción (kardex) y carnet de asegurado, si bien permite discriminar el dato de edad, no está codificado el sexo del afiliado. La información sobre edad y, en general la información que contienen estos documentos, no es transcrita en un sistema que permita acceder a información estadística (sobre sexo y grupos de edad por ejemplo) de afiliados al SIS.

En el Cuadro No.7 se identifica el número de afiliados al SIS en las gestiones de 1996 y 1998, la misma que no se discrimina por sexo y grupos de edad por el tipo de información con la que cuenta el SIS. Tampoco es disponible esta información para la gestión de 1997.

Cuadro No. 7: Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios

	1996	1997	1998
Número total de afiliados cotizantes	300 familias	IND	2.027 personas
Afiliación voluntaria	300 familias	IND	2.027 personas
Número total de beneficiarios	1.200 personas ⁽¹⁾	IND	2.027 personas

Nota: (1) Promedio de cuatro miembros por familia, de acuerdo a percepción de los responsables del SIS.
(2) IND = información no disponible.

El gran volumen de servicios y beneficiarios con los que cuenta la organización responsable y un sistema de información no centralizado y actualizado, impide mostrar el porcentaje de crecimiento del número de afiliados al SIS comparándola con el número de beneficiarios de la organización responsable. Sin embargo, a partir de los datos del Cuadro No.8, se observa un porcentaje de crecimiento cercano al 70% entre el número de afiliados al cierre del primer ejercicio y el número de afiliados a fines de 1998.

Cuadro No. 8: Porcentaje de crecimiento del número de afiliados del SIS y de la organización responsable

	NÚMERO ACTUAL DE AFILIADOS	PORCENTAJE DE CRECIMIENTO DEL NÚMERO DE AFILIADOS DESDE EL FIN DEL PRIMER EJERCICIO DEL SIS
SIS	2.027	68.9%
Organización responsable⁽¹⁹⁾	IND	IND

Nota: (1) IND = información no disponible.

¹⁹ La organización responsable desarrolla muchas otras actividades a las cuales están adscritos muchos otros participantes (beneficiarios), los mismos que no son considerados como miembros. Si bien correspondería realizar una comparación entre el porcentaje de crecimiento del número de afiliados del SIS y los beneficiarios del Proyecto Salud para Todos, no existe información de éste último correspondiente al fin del primer ejercicio del SIS.

1.4 Causas de pérdida de estatus del afiliado

Por los procedimientos y criterios establecidos por el SIS, no corresponde una pérdida de estatus del afiliado. Tal es así que a la fecha no se han excluido afiliados y no existe reglamentación a la fecha para el efecto. Sin embargo se prevé que cuando sea mal utilizado el seguro (por ejemplo la derivación de los derechos a terceros), se podría retener el carnet y de asegurado y obligar el pago por la prestación.

1.5 Penetración del grupo destinatario

Dado que se trata de un sistema abierto y universal, el grupo destinatario no fue cuantificado ni fijada una meta de cobertura por el SIS. Por lo tanto, no existe información sobre la evolución y proyecciones de la proporción cubierta y por cubrir del grupo destinatario.

Si bien no se han definido por escrito metas referidas a la cobertura del SIS del total del grupo destinatario, para 1998 fue previsto un incremento del 20% del número de afiliados alcanzados en 1997, y para 1999 se ha fijado la meta de afiliar a 20.000 personas. Esta meta ha sido fijada bajo el criterio de dar cobertura con el SIS a toda la población que se planificó atender con los diferentes proyectos que opera el IPTK tanto a nivel urbano como rural. El tipo de información con el que se cuenta no permite identificar el nivel de logro de la meta fijada para 1998, y a mayo del presente año se ha cumplido en un 10% de la meta fijada para 1999.

Para lograr el objetivo de incrementar el número de afiliados, se realizan campañas por radio, visitas a centros educativos, reuniones de coordinación y promoción con otros proyectos de la organización responsable y de otras ONGs y promoción entre pacientes que son atendidos por el Proyecto Salud para Todos.

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

2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

Los criterios utilizados para definir el paquete de beneficios actualmente vigentes son los mismos sobre los cuales se fijó el paquete original, los que tienen que ver fundamentalmente con la demanda y servicios disponibles en el Proyecto Salud para Todos (ver acápite 3.2 del Capítulo IV).

Cuadro No. 9: Beneficios ofrecidos por el SIS

SERVICIOS	PERSONAS CUBIERTAS ⁽³⁾	CO-PAGO ⁽¹⁾	LÍMITE DE COBERTURA	PERÍODO DE ESPERA	DERIVACIÓN OBLIGATORIA
Intervenciones quirúrgicas no programadas					
<i>No cubierto</i>					
Atención del parto					
<i>No cubierto</i>					
Hospitalizaciones medicalizadas no programadas					
<i>No cubierto</i>					
Intervenciones quirúrgicas programadas					
<i>No cubierto</i>					
Atención ambulatoria programada					
Medicina General	A	0%	Sin límite	0	No
Medicina Interna	A	0%	Sin límite	0	No
Pediatría (hasta 12 años)	A	0%	Sin límite	0	No
Ginecología – Obstetricia	A	0%	Sin límite	0	No
Cardiología	A	0%	Sin límite	0	No
Traumatología	A	80%	Sin límite	0	No
Otorrinolaringología	A	80%	Sin límite	0	No
Atención preventiva					
<i>No cubierto</i>					
Atención ambulatoria no programada					
Todas las señaladas en ambulatoria programada	A	0%	Sin límite	0	No
Medicamentos					
Todos ⁽²⁾	A	80%	Sin límite	0	No
Transporte/evacuación					
<i>No cubierto</i>					
Laboratorio/radiografía					
Laboratorio médico	A	50%	Sin límite	0	No
Otros					
Consulta odontológica	A	0%	Sin límite	0	No
Odontología (extracciones y obturaciones)	A	80%	Sin límite	0	No
Enfermería	A	0%	Sin límite	0	No
Ecografía	A	15%	Sin límite	0	No
Electrocardiología	A	70%	Sin límite	0	No
Fisioterapia	A	70%	Sin límite	0	No
Dermatología	A	80%	Sin límite	0	No
Neumología	A	80%	Sin límite	0	No

Nota: (1) Debe hacerse notar que la información que se presenta en el Cuadro como co-pago, no corresponde estrictamente a la definición técnica de este concepto (monto pagado por el afiliado de una cuota parte de los servicios médicos). Se trata en realidad de un precio rebajado al que tienen acceso los afiliados, exento del sobreprecio definido por el Proyecto Salud destinado a cubrir los costos operativos.
 (2) Los medicamentos son adquiridos por los afiliados de la farmacia con la que cuenta el Policlínico del Proyecto Salud para Todos. Ellos deben cancelar el 80% del precio fijado por medicamento para los pacientes que no son afiliados; dicho porcentaje corresponde al valor de compra de los medicamentos en el distribuidor mayorista.
 (3) A = Afiliado.

Las instancias directivas de la organización responsable (Dirección General) y del Proyecto Salud para Todos son los que tomaron las decisiones sobre la cobertura actual del paquete de prestaciones.

El único documento que define la cobertura del paquete de prestaciones es un tríptico que se lo utiliza para promocionar el SIS (ver en Documento adjunto No.4).

El Cuadro No.9 muestra la variedad de servicios médicos que cubre actualmente el SIS, de ellos, los cuatro últimos se constituyen en nuevas coberturas en relación a la primera gestión del SIS.

El afiliado, al cancelar una cuota de Bs.10 ó US\$1.7 (única y anual), puede acceder (sin período de espera) a toda la gama de ofertas que incluye el Cuadro No.9 (el mismo que se constituye en un único paquete que ofrece el SIS). Al momento de afiliación, el solicitante es informado verbalmente sobre los servicios cubiertos y se les hace entrega de folletería informativa (ver Documento adjunto No.4).

Dentro de esta información ofrecida al solicitante, se explicita el tipo de servicio al que tienen derecho sin pago adicional (los mismos que son definidos a partir de la existencia del recurso humano asalariado por el Proyecto Salud para Todos) y el tipo de servicio al que tendrán acceso a partir de un pago mínimo.

Este pago mínimo es denominado por el SIS como co-pago (ver acápite 3.2 del Capítulo IV), que no se constituye ni en un ticket moderador, en una cobertura máxima o una franquicia, sino en un servicio con precio rebajado (acordado vía convenio previo entre el prestador y el SIS), exento del cobro por gastos administrativos de parte del Proyecto de Salud. Por lo tanto, el así denominado co-pago (el mismo que se cobra a todos los afiliados sin excepción) se lo define a partir de dichos convenios elaborados bajo la tuición de la Dirección General de la organización responsable del SIS.

El SIS, de la forma en que fue diseñado, no prevé la derivación de pacientes a instancias superiores y no exige autorización previa para el pago de las prestaciones (atiende a todos los asegurados de acuerdo a su requerimiento). Tampoco permite una cobertura de gastos no relacionados con los servicios médicos y no se aplican procesos de arbitraje debido a que se trata de prestaciones a libre demanda del paciente asegurado.

Si bien el tipo de información con la que cuenta el SIS no permite precisar el porcentaje y monto que representan las cinco prestaciones otorgadas con mayor frecuencia del total de prestaciones, se considera que éstas se refieren a: Medicina general y medicina interna, pediatría, ginecología y cardiología.

La principal diferencia entre el paquete de beneficios original y el actual es la mayor cobertura de especialidades de éste, incremento que se dio sobre la base de la demanda de la población atendida (ver Cuadro No.9). Adicionalmente se han realizado ajustes en el precio cobrado por especialidades (co-pago). Así por ejemplo, si bien en la fase inicial los servicios de traumatología y otorrinolaringología no exigían un pago adicional, actualmente exigen el pago del 80% del precio fijado para pacientes no afiliados al SIS.

Estas modificaciones se han llevado a cabo a partir de una política del Proyecto Salud para Todos orientada a priorizar la atención a través de la realización de convenios con médicos externos (modalidad que exige el co-pago), antes que la ampliación de personal asalariado.

2.2 Pago de las prestaciones

La formula que utiliza actualmente el SIS para otorgar las prestaciones no ha sido modificada desde su inicio (ver acápite 3.2 del Capítulo IV). En este sentido, los beneficiarios, una vez que realizan el pago único y anual, en forma personal y directa al momento de afiliarse al SIS, tienen derecho a recibir sin recargo adicional las prestaciones que contempla el Proyecto Salud para Todos; pagan a través del SIS una tarifa reducida a prestadores especializados externos que firmaron el convenio con dicho Proyecto. El SIS, una vez al mes deriva el pago recaudado a cada prestador, de acuerdo al número de prestaciones efectuadas. Este sistema evita el que el beneficiario deba pagar directamente al prestador y los consecuentes reembolsos.

El prestador (externo al Proyecto Salud para Todos) no recibe dinero en efectivo del beneficiario; éste entrega al prestador la boleta de pago que le ha sido entregada por el SIS (Proyecto de Salud), al momento de solicitar y precancelar la prestación. Este hecho evita el que el SIS deba realizar control de facturas de los prestadores.

Las prestaciones que provienen de médicos asalariados del Proyecto de Salud, tampoco suponen control de facturas; el número de prestaciones que realizan es independiente al salario mensual que reciben.

La administración del SIS registra manualmente y sin documentación de respaldo el número de prestaciones otorgadas, sin discriminarlas por tipo de servicio otorgado. A pesar de no contar con una estadística de respaldo, los responsables del SIS consideran que las prestaciones se concentran en el sector central de la ciudad de Sucre, donde habita una población con mayor experiencia en sistemas de seguro y donde proporcionalmente existe mayor número de trabajadores asalariados.

2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios.

a) Otros servicios financieros en el ámbito de la salud

Ni el SIS, tampoco la organización responsable ponen ni pretenden poner a disposición de los afiliados un sistema de crédito o de ahorro de la salud para los servicios no cubiertos o para los co-pagos.

b) Oferta de atención médica

El SIS como tal cuenta con escasos recursos propios por lo que es operativa y financieramente dependiente del Proyecto Salud para Todos del IPTK. Por lo tanto es éste el que provee de los servicios médicos y el SIS se constituye en la instancia que administra los beneficios y las prestaciones a los afiliados.

El Proyecto Salud cuenta desde hace más de diez años con un policlínico en la ciudad de Sucre (donde son atendidos los afiliados al SIS), el mismo que está dotado de infraestructura (consultorios), equipamiento médico y personal especializado, gracias a la cooperación de organismos internacionales (ver acápite 3.1 y 5.8 del presente Capítulo).

c) Prevención y educación para la salud

El SIS en forma autónoma, no organiza ni promueve actividades de prevención y/o educación para la salud ni cualquier otro tipo de actividades especiales en beneficio de grupos determinados de la población.

Sin embargo el Proyecto de Salud realiza actividades educativas en las áreas de saneamiento básico, inmunización, educación sexual y reproductiva. Los propósitos y temas que se abordan en estas actividades, las mismas que no tienen ninguna relación directa con los objetivos del SIS, se determinaron a través de la experiencia con la que cuenta en la materia la organización responsable y a partir de las líneas de política nacional fijadas por el Ministerio de Salud.

Estas actividades se dirigen a toda la población que la Secretaría de Salud asigna al IPTK para su intervención (distritos periféricos de la ciudad de Sucre). Dentro de ella se encuentra la población del SIS y del Proyecto de salud.

d) Otro tipo de servicios

La organización responsable del SIS, si bien no ha desarrollado servicios específicos ni especiales para los afiliados del SIS, provee desde hace más de diez años no sólo a éstos sino a una importante proporción de la población tanto urbana como rural del Departamento de Chuquisaca, servicios en el ámbito educativo (como profesionalización rural, calificación de recursos humanos, comunicación social alternativa); en el ámbito social (dentro del que se inscribe el Proyecto Salud para Todos, el SIS, centros infantiles, rehabilitación nutricional y otros); en el ámbito económico y productivo (como construcción de infraestructura sanitaria, microriego, forestación, medio ambiente y otros); en el ámbito organizacional (donde desarrolla actividades como el fortalecimiento de las organizaciones de base). Dentro de este conjunto de actividades del IPTK, el presupuesto asignado al SIS es prácticamente irrelevante, más aún si se tiene en cuenta que su funcionamiento está basado en la capacidad instalada no utilizada del Proyecto Salud.

Si bien existe dentro de la organización responsable esta amplia y diversa gama de actividades, el SIS establece vínculos casi exclusivamente con el Proyecto de Salud para Todos del cual depende. Normalmente la población que se afilia al SIS es aquella que acude a los centros de salud del Proyecto y opta por pagar la cuota de afiliación al SIS en lugar de pagar cada una de las consultas médicas. A pesar de haberse promocionado la afiliación al SIS en forma regular entre la población atendida por otros proyectos de la organización, no se recibió una respuesta efectiva.

3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS

3.1. Fuentes de financiamiento del SIS

a) Cotizaciones

A diferencia de la primera etapa de funcionamiento del SIS donde se cobraba una cotización por familia de Bs.120 (US\$20), Actualmente el SIS establece como pago único, de vigencia anual y a título individual (es decir, por persona, sin diferenciar edad, sexo o estado de salud) para la prestación de los servicios, el monto de Bs.10 (US\$1.7).

Este valor es el mismo que el Proyecto Salud para Todos fijada para cada consulta médica de pacientes no afiliados al SIS, el que está muy por debajo del los precios por consulta de la oferta médica privada, el mismo que oscila entre Bs.50 (US\$8.6) y Bs.100 (US\$. 17).

Al comparar este valor de cotización con el único sistema similar que existe en la ciudad de Sucre⁽²⁰⁾, puede observarse una diferencia a favor del SIS, dado que dicho sistema cobra una cotización de US\$12 por familia, el mismo que equivale a US\$2.4 por persona, tomando en cuenta el promedio nacional de cinco miembros por familia.

Este pago debe ser realizado por cada solicitante al momento de inscribirse al seguro y el mismo le da derecho a acceder a las prestaciones de forma inmediata. De acuerdo a lo definido en el acápite 3.1 del Capítulo IV, este pago único y anual se constituye en la cotización que recibe el SIS del afiliado.

La cotización no se fija en función de los ingresos del afiliado ni está diferenciada por grupos de personas. Sólo se han establecido casos excepcionales, como por ejemplo estudiantes de colegios públicos, a quienes se les cobra sólo el 50% de la cotización o personas identificadas como indigentes quienes tienen acceso gratuito a los servicios⁽²¹⁾. Estas excepciones están determinadas por el encargado del Proyecto Salud para Todos y no representan más del 10% de la población total afiliada.

Las cotizaciones son aportadas en efectivo por los afiliados y son sólo estos los que aportan al SIS. Estas cotizaciones deben ser pagadas a la administración del Proyecto de Salud al momento de solicitar la afiliación al SIS (hecho que puede darse en cualquier momento del año), quien hace entrega de un recibo como único documento de registro de dicho pago.

Sobre el monto de las cotizaciones recibidas, la información contable sólo permite identificar lo percibido durante la gestión 1998, el mismo que no llega a cubrir el sueldo anual de uno de los médicos de planta del Proyecto Salud para Todos (ver Cuadro No.10).

Cuadro No. 10: Monto total de las cotizaciones recibidas

ORIGEN	MONTO TOTAL		
	1996	1997	1998
Cotizaciones recibidas de los afiliados	IND	IND	US\$4.035 ó Bs.23.403

Nota: (1) IND = información no disponible.

²⁰ Se trata de la Mutua de Seguro de Salud - CIMES (ONG) que cuenta con sistema de atención similar al del IPTK. A la fecha cuenta con 10.054 afiliados y fija una cotización equivalente a 12 dólares americanos por familia y de 2 dólares americanos por estudiante.

²¹ Los casos de atención gratuita no se registran en las estadísticas de afiliación al SIS.

En los tres años de funcionamiento del SIS, el monto de la cotización ha sido fijado a partir de una percepción subjetiva (de parte de los responsables del Proyecto Salud y del IPTK) sobre la capacidad de pago de los potenciales afiliados. Al principio (con una cotización de US\$20 por familia), se consideró que las pocas afiliaciones registradas se debían entre otras causas, al elevado monto de dicha cotización. Esta consideración llevó al equipo directivo a ir reduciendo el monto de la cotización hasta llegar al actualmente fijado. Adicionalmente, los responsables del SIS toman en cuenta el valor de la cotización definida por el sistema de seguro similar que existe en Sucre (CIMES) para fijar el monto de la cotización, a fin de ofrecer ventajas al afiliado.

b) Cuota de afiliación, parte del capital social.

En función al diseño operativo y el esquema financiero con el que cuenta el SIS, para que un potencial beneficiario se afilie al SIS, no requiere pagar una cuota de afiliación. El SIS no cuenta con un capital social propio.

c) Contribuciones financieras del Estado

El SIS se soporta financieramente a partir de los recursos del Proyecto Salud para Todos y marginalmente de las cotizaciones. El SIS no recibe ni recibió del Estado o colectividades locales ningún tipo de contribución. Sin embargo, el Proyecto de Salud recibe soporte en medicamentos para llevar a cabo las campañas preventivas y educativas.

d) Donaciones y subvenciones provenientes de otros contribuyentes

Actualmente el Proyecto Salud para Todos, y por lo tanto el SIS, recibe el soporte financiero que se detalla en el siguiente Cuadro. Las fuentes de financiamiento que se enlista son consideradas como tradicionales dentro del IPTK y se prevé que a futuro seguirán siendo fuente importante de recursos.

Cuadro No. 11: Fuentes principales de financiamiento del SIS

FUENTE	MONTO	DESTINO
Agencia de cooperación NOVIB (Holanda)	US\$18.000 por año, destinados a financiar las gestiones 1997, 1998, y 1999	<ul style="list-style-type: none"> Costos directos (pago de parte de la planilla de sueldos del personal médico y paramédico)

FUENTE	MONTO	DESTINO
Agencia de cooperación SOS PG: (Bélgica)	US\$206.000 destinados a financiar las gestiones 1995, 1996 y 1997	<ul style="list-style-type: none"> • Inversión (construcción del policlínico y equipamiento) • Costos directos (pago de parte de la planilla de sueldos del personal médico y paramédico)
Agencia de cooperación LED (Suiza)	US\$20.000 por año, destinados a financiar las gestiones 1998, 1999, y 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Costos directos (pago de parte de la planilla de sueldos del personal médico y paramédico) • Equipamiento para consultorios • Gastos operativos específicos
Familia Steiger	US\$40.000 (última gestión)	<ul style="list-style-type: none"> • Inversión (construcción del policlínico)

e) Préstamos y créditos

El Proyecto Salud para Todos y, por lo tanto el SIS no acudió nunca a préstamos bancarios o con costo financiero de ninguna naturaleza.

f) Transferencia de fondos

En relación al control contable del SIS, éste permite diferenciar únicamente los ingresos que percibe por cuota de afiliación. Los gastos son registrados como parte no diferenciada del Proyecto de Salud. Se piensa que a futuro se separará la contabilidad del SIS de la del Proyecto.

Si bien la organización responsable no transfirió fondos en efectivo al SIS, el funcionamiento de éste depende directamente de la infraestructura y recursos humanos del Proyecto Salud.

g) Otros

Como fuente importante de financiamiento del SIS, están considerados los ingresos que generan las prestaciones médicas del Proyecto Salud y las afiliaciones al SIS (los mismos que durante 1998 ascendieron a US\$56.000).

3.2 Costos

Por el tipo de sistema establecido, el SIS no paga las prestaciones y, como ya se dijo, el sistema de control contable no permite diferenciar los costos del SIS de los costos totales del Proyecto Salud para Todos.

El Proyecto Salud para Todos paga los salarios del equipo médico que atienden tanto al SIS como a pacientes externos al SIS, monto que ascendió para la gestión 1998 a alrededor de US\$97.000. Los costos de administración para el Proyecto en la misma gestión ascendieron a US\$12.658 y los rubros de gasto más importantes son: insumos, bienes de oficina por especialidad, servicios básicos, comerciales, de mantenimiento.

3.3 Excedentes y distribución de excedentes

El SIS no cuenta con un estatus jurídico independiente, la organización responsable se define como una organización sin fines de lucro, por lo tanto, si el SIS generara excedentes estos se reinvertirían en el propio sistema o Proyecto Salud para Todos.

El sistema contable y de gestión del SIS no permiten identificar al déficit del SIS. Sin embargo éste es financiado por las donaciones que recibe el Proyecto Salud.

3.4 Fondos de reserva

El SIS, por sus características propias de funcionamiento, no dispone ni requiere de fondos de reserva.

4. Prestadores de atención médica

4.1. Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS

Los beneficiarios pueden recurrir a la infraestructura de atención médica del Proyecto de Salud compuesta por un Policlínico y cuatro consultorios ubicados en la ciudad de Sucre, cinco postas sanitarias localizadas al nivel rural y a los médicos independientes adscritos a éste (ver Cuadro No.12).

Se informa sobre la oferta y médicos con los que cuenta la oferta en el momento en que se recaba información para la afiliación.

Cuadro No. 12: Prestadores autorizados por el SIS

NOMBRE/IDENTIFICACIÓN PRESTADORES	LOCALIZACIÓN	TIPO	NIVEL	TIPO SERVICIOS OFRECIDOS	FECHA DE AUTORIZACIÓN
Policlínico IPTK, consultorios médicos y postas sanitarias del Proyecto Salud para Todos	Instalaciones de la organización responsable	ONG	Primario y Segundo	Los mencionados en Cuadro No.9	No requieren
Proyecto Salud para Todos, médicos externos	Instalaciones de la organización responsable y Consultorios privados	Adscritos a ONG	Segundo	Los mencionados en Cuadro No.9	Cada médico cuenta con una fecha determinada, en función al momento de la firma de convenio

Existen varios prestadores del mismo nivel en la ciudad de Sucre, entre ellos los más destacables están cuatro del sector público, dos privados y uno perteneciente a la Iglesia Católica (ver acápite 3.4 del Capítulo IV). Sin embargo, la infraestructura de prestación de servicios médicos del IPTK y los profesionales adscritos a éste, se constituyen en los únicos prestadores a los que puede acceder un afiliado del SIS. Por lo tanto, los márgenes de negociación para convenir precios de prestación se limitan a las políticas establecidas por el Proyecto y el Sistema. Esto es, el personal asalariado se sujeta a las tarifas de prestación definidas y los profesionales independientes adscritos al Proyecto, acuerdan los precios en función a lo establecido por el SIS al suscribir un convenio con el Proyecto.

En suma, al ser el SIS parte integrante del Proyecto Salud para Todos, el que se constituye en el único prestador de atención médica, los responsables tanto del Proyecto como la Dirección General de la organización responsable no consideraron la posibilidad de elegir otros prestadores autorizados y, por lo tanto, es la organización responsable la que define las condiciones de prestación.

Dado que las ofertas del SIS se definen en función a los servicios disponibles del Proyecto, no se presentan casos de no disponibilidad de servicios cubiertos por el SIS.

4.2 Relaciones entre los prestadores y el sistema de seguro

Existe un acuerdo implícito no formal de tipo institucional que define al Proyecto Salud para Todos y su infraestructura de servicios médicos como el único prestador autorizado del SIS.

Al interior del Proyecto Salud para Todos, existen convenios de prestación de servicios con los profesionales externos adscritos al Proyecto (ver Documento adjunto No.5); con los profesionales asalariados del Proyecto existe un memorándum de asignación de cargo y el Responsable del Proyecto es quien está a cargo de la negociación y acuerdos. En una ocasión, el Responsable anuló el acuerdo con un médico externo adscrito al Proyecto por no cumplir con las condiciones de cobro establecidas por el SIS.

Los médicos asalariados y externos exigen la presentación del carnet de asegurado toda vez que son solicitados sus servicios.

Aunque no se ha establecido ningún mecanismo para recoger la opinión de los beneficiarios sobre la calidad de los servicios, se les informa que la administración está dispuesta a recibir quejas y sugerencias para mejorar el servicio. Además el responsable del Proyecto Salud para Todos establece reuniones de coordinación y evaluación de la calidad al inicio de cada mes con todo el equipo médico que presta sus servicios a los afiliados.

Los administradores del SIS pueden influir sobre la calidad y procedimientos de los servicios médicos y lo hacen de forma espontánea, poco sistemática, sin respaldo escrito de procedimientos. La relación entre los responsables del SIS con los médicos prestadores pretende ser cada vez más fluida, a través de la comunicación directa. Actualmente la administración del SIS no ha establecido un sistema de incentivos a la eficiencia o calidad de la prestación de servicios médicos provista por el Proyecto.

4.3 Pago a los prestadores

La modalidad y procedimiento de facturación no ha sufrido modificaciones desde los inicios del SIS (ver acápite 3.4 del Capítulo IV), el mismo que se traduce (sólo en caso de médicos externos adscritos al Proyecto/SIS) en un monto por consulta y es la administración la que controla la pertinencia de la facturación de los prestadores. Los médicos de planta están sujetos a sueldo mensual fijo y los médicos externos reciben también mensualmente el pago correspondiente al número de prestaciones (atenciones) realizadas durante el mes.

5. Administración y gestión del sistema de seguro

5.1 Estatutos y reglamentos

Como se menciona en el acápite 3.5 del Capítulo IV, el SIS no cuenta ni contó desde sus inicios con personería jurídica independiente, tampoco con estatutos o reglamento interno.

Las disposiciones en el plano fiscal tienen que ver con el estatus legal de la organización responsable. A partir de éste, por los ingresos generados por la prestación de servicios se tributa mensualmente a la Dirección General de Impuestos Internos.

5.2 Organización de la gestión del SIS

Las condiciones de organización, estructuras encargadas y responsabilidades del SIS se mantienen invariables en relación a la primera gestión (ver acápite 3.5 del Capítulo IV). Permanece la dependencia entre la gestión del sistema de aseguramiento y de los servicios de asistencia médica.

Para la gestión del SIS no se definen órganos exclusivos ni unidades descentralizadas. El Proyecto de Salud para Todos, y por lo tanto del SIS, cuenta con una estructura organizativa definida por una unidad y dos departamentos que funcionan en un mismo edificio y bajo dependencia directa del Responsable del Proyecto, quien es designado por la Dirección General de la organización responsable.

Estos son: la unidad de estadística (encargada de los registros y sistema de información del Proyecto), el departamento de servicios indirectos (que se constituye en la administración del Proyecto y del SIS, de la que depende la recepción y la portería) y una unidad de servicios directos (de la que dependen las cuatro especialidades con las que cuenta el Policlínico: medicina, odontología y servicios auxiliares de diagnóstico y servicios auxiliares de tratamiento; ver organigrama en el Documento adjunto No.6).

Son cinco personas que trabajan en el departamento administrativo y de ellas son dos mujeres; es una sola mujer la que trabaja en la unidad de estadística. Entre el personal médico, el 80% son hombres.

En el Cuadro No.13 se detalla el personal directivo y administrativo que trabaja como dependiente del Proyecto Salud para Todos y cumple adicionalmente las actividades del SIS.

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

TITULO DEL PUESTO	ASALARIADO/ BENÉVOLO	FECHA DE CREACIÓN DEL PUESTO	CALIFICACIÓN DEL TITULAR ACTUAL	PRINCIPALES TAREAS
Responsable del Proyecto Salud	Asalariado	01/94	Médico	Planificación Seguimiento y control
Administrador	Asalariado	01/94	Auditor	Manejo administrativo, financiero y administración de personal, elabora la contabilidad
Encargada de estadística ⁽¹⁾	Asalariada	04/90	Enfermera	Elaboración y control de información
Recepcionista ⁽¹⁾	Asalariado	04/88	Profesora	Venta de fichas, recepción de solicitudes, otorgar información
Portero ⁽¹⁾	Asalariado	04/84	Sin calificación	Cuidado del edificio

Nota: (1) Cargos creados dentro de la organización responsable, previamente a ser adscritos al Proyecto Salud para Todos.

Además de este personal, el Proyecto y por lo tanto el SIS cuenta con seis médicos asalariados, nueve médicos independientes adscritos al Proyecto y un total de 15 personas asalariadas que trabajan en servicios médicos auxiliares.

De este total de 30 personas que trabajan en las especialidades médicas, 23 trabajan dentro de las instalaciones del policlínico y siete trabajan en consultorios externos (todos ellos médicos independientes).

El Proyecto Salud para Todos eventualmente cuenta además con el apoyo de estudiantes de enfermería, de farmacia y bioquímica, quienes realizan sus prácticas universitarias por convenio con la Universidad Estatal, bajo supervisión del Responsable del Proyecto y de los médicos especialistas.

5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión

Desde los inicios del SIS, se informa a los nuevos afiliados sobre sus derechos y obligaciones de la misma manera (ver acápite 2.3 del Capítulo IV). Adicionalmente a este tipo de información, no se suministra a los afiliados información sobre el funcionamiento del SIS, en la medida en que no se prevé un papel activo y participativo de éstos en las definiciones del SIS. No están previstas asambleas generales y no se recoge de forma sistemática pedidos de información o reclamos. Estos son atendidos personalmente por el Responsable Proyecto y/o el Administrador.

5.4 Gestión de las disponibilidades

El Administrador del Proyecto Salud para Todos y del SIS valida los gastos corrientes y el Responsable de Salud y el Gerente Administrativo de la Organización Responsable aprueban dichos gastos.

El SIS cuenta con una Caja de Ahorros independiente al Proyecto a la que ingresan sólo las cotizaciones de los afiliados. Contra ella tienen firma autorizada el Director General y Gerente Administrativo de la Organización responsable. Para efectuar los gastos corrientes, el responsable del Proyecto Salud para Todos solicita a estas instancias un traspaso de la cuenta de ahorro a una cuenta corriente (que pertenece al Proyecto), contra la que firman el Responsable del Proyecto y el Gerente Administrativo de la organización responsable. Al sistema se lo consideran ágil y de fácil acceso.

La única transacción que realiza en efectivo es el cobro de las cotizaciones y prestaciones, las que son abonadas diariamente a la cuenta del Proyecto. Tanto el personal asalariado como los médicos externos que reciben mensualmente sus ingresos por número de prestaciones, reciben su remuneración vía cheque o por depósitos directos a sus cuentas de ahorro personal.

El Proyecto salud para Todos y por lo tanto el SIS no utilizan caja chica, los pagos normalmente se realizan en cheque directamente al proveedor; inclusive los proveedores chicos facturan mensualmente y se realiza el pago con cheque. El Administrador cuenta con la disponibilidad de pequeños montos de dinero para cubrir gastos de transporte.

5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión

a) Registro contable

El SIS no dispone de una contabilidad propia; sólo se registran en forma específica para el sistema, los ingresos por cotizaciones. Los ingresos por el co-pago se registran como parte de los ingresos totales del Proyecto Salud para Todos en la partida correspondiente a la prestación de servicios. Los gastos son registrados como gastos del Proyecto, sin discriminar lo que corresponde al SIS.

La contabilidad así diseñada se encuentra al día y se la realiza de acuerdo a normas y sistemas de contabilidad definidas por el Código de Comercio.

Los documentos contables que utiliza el Proyecto Salud para Todos son los siguientes⁽²²⁾:

- Registro de ingresos:
- Recibo (respaldo para la factura)
- Factura o comprobante de ingreso
- Comprobante de contabilidad de ingresos
- Registro de egresos:
- Solicitud de materiales (respaldo para el gasto)
- Factura del proveedor
- Comprobante de egreso
- Cheque de pago
- Comprobante de contabilidad de egresos

Adicionalmente el sistema contable realiza el registro de cuentas por pagar y cuentas por cobrar, en forma muy poco frecuente y normalmente una a fin de año. Se realizan cierres contables sólo anuales.

El Administrador del Proyecto Salud para Todos, licenciado en Auditoría es el responsable de administrar los registros contables. Aunque no recibió formación especial para administrar sistemas de seguro o servicios de salud, su profesión le permite cumplir sus funciones.

b) Información sobre afiliaciones, cotizaciones y prestaciones

Los siguientes documentos son utilizados por el SIS y los mismos se encuentran actualizados:

²² Copias de registros de información y contables se encuentran en Documento adjunto No.7.

- Registro de afiliados
- Tarjeta de identificación de afiliados
- Registro de pago de cotizaciones

No cuentan con un registro de seguimiento de prestaciones y recientemente se implementó el registro de la historia clínica del paciente, que permitirá hacer seguimiento a las prestaciones.

c) Instrumentos de gestión

Para el Proyecto de Salud que incorpora el SIS, se establece anualmente⁽²³⁾:

- Presupuesto y ejecución presupuestaria
- Estado de resultados
- Balance contable
- Informes financieros por fuente de financiamiento y sobre la base de formatos establecidos por fuente
- Indicadores de funcionamiento relativos al nivel de cumplimiento de las metas del Proyecto (número de prestaciones por especialidad) sin especificaciones para el SIS.

Sólo la contabilidad (estados de resultados, balance general y ejecución presupuestaria) es elaborada a partir de procesos informáticos; el resto de la información es elaborada manualmente.

Del Proyecto Salud para Todos, incluyendo actividades del SIS, se elabora un plan e informe anual elevados a consideración de la dirección General del IPTK. Adicionalmente se elaboran informes anuales o semestrales de acuerdo a requerimiento de las agencias de financiamiento.

d) Formalización de los procedimientos de gestión

El SIS no cuenta formularios que permiten registrar solicitudes de afiliación, tampoco con contratos de prestaciones. Por el sistema establecido no requiere de formularios para pedidos de reembolso. Con lo único con lo que cuenta es con un formulario de registro de pago de cotización y pago de prestaciones.

²³ Copias de algunos documentos de gestión se encuentran en Documento adjunto No. 8.

5.6 Función de control

Con relación a los controles internos, practicados en forma regular, se tiene la siguiente situación:

- Control de caja: la realiza el Administrador a partir de comprobantes
- Control de contabilidad: se la realiza a través de la auditoría externa
- Control de afiliación: se la realiza por sistema numérico y alfabético
- Control de pago de cotizaciones: no corresponde por el tipo de sistema
- Control de derecho a cada prestación: no corresponde por el tipo de sistema
- Control de facturación: se lo realiza a partir de las exigencias de la renta interna
- Control médico: no corresponde por el tipo de sistema

La auditoría externa es cubierta financieramente y establecida obligatoriamente por cada agencia de cooperación donante.

5.7. Distribución de funciones

Como puede verse en del Cuadro No.14, la mayoría de las funciones del SIS las cumple el personal asalariado del Proyecto Salud que incorpora el SIS y, dentro de éste, es el Administrador que se hace responsable de una gran parte de las actividades.

Cuadro No. 14: Distribución real de funciones

	ORGANOS DEL SIS	PERSONAL ASALARIADO DEL SIS/ PROYECTO SALUD	PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA	PERSONAL DE ASISTENCIA TÉCNICA	PRESTADORES EXTERNOS	ORGANIZACIÓN RESPONSABLE
Gestión de prestaciones						
¿Quién decide los paquetes de beneficios?						XXX
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de cobertura?	NO APLICA					
¿Quién decide la derivación de un enfermo a un nivel superior?	NO APLICA					
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones? (Frecuencia por servicio cubierto, costo promedio, etc.)		XXX				
Gestión de los afiliados y recaudación de cotizaciones						
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?		XXX				
¿Quién actualiza los registros de afiliados?		XXX				
¿Quién establece las tarjetas de identificación de afiliados?		XXX				
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?	NO APLICA					
¿Quién calcula el monto o porcentaje de las cotizaciones?	NO APLICA					
¿Quién decide el monto o porcentaje de las cotizaciones?	NO APLICA					
¿Quién recauda las cotizaciones?		XXX				
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?		XXX				
Gestión de relaciones con los prestadores						
¿Quién elige a los prestadores?						XXX
¿Quién negocia los acuerdos con los prestadores?		XXX				

Cuadro No. 14 (cont.)

	ORGANOS DEL SIS	PERSONAL ASALARIADO DEL SIS/ PROYECTO SALUD	PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA	PERSONAL DE ASISTENCIA TÉCNICA	PRESTADORES EXTERNOS	ORGANIZACIÓN RESPONSABLE
¿Quién retira la autorización a un prestador?		XXX				XXX
¿Quién decide el pago a los prestadores?		XXX				
Contabilidad y gestión financiera						
¿Quién efectúa los registros contables?		XXX				
¿Quién prepara el presupuesto?		XXX				
¿Quién elabora el sistema de administración contable?		XXX				
¿Quién elabora los estados de resultado?		XXX				
¿Quién establece el balance?		XXX				
¿Quién calcula los indicadores financieros?	NO APLICA					
¿Quién propone la distribución del excedente?	NO APLICA					
¿Quién decide la distribución del excedente?	NO APLICA					
¿Quién realiza el seguimiento de la utilización de las disponibilidades de caja?		XXX				
¿Quién cobra los créditos?	NO APLICA					
¿Quién decide las inversiones financieras?	NO APLICA					
¿Quién autoriza los gastos?						XXX
¿Quién administra la caja?		XXX				
Control						
¿Quién controla la caja?		XXX				
¿Quién efectúa los controles contables y financieros?		XXX				
¿Quién controla a los beneficiarios?		XXX				
¿Quién controla el pago de cotizaciones?		XXX				

Cuadro No. 14 (cont.)

	ORGANOS DEL SIS	PERSONAL ASALARIADO DEL SIS/ PROYECTO SALUD	PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA	PERSONAL DE ASISTENCIA TÉCNICA	PRESTADORES EXTERNOS	ORGANIZACIÓN RESPONSABLE
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?		XXX				
¿Quién controla la facturación de los prestadores?		XXX				
¿Quién efectúa el control médico?		XXX				
¿Quién sanciona los fraudes?	NO APLICA					
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos?						XXX
Relaciones con los beneficiarios y el grupo destinatario						
¿Quién decide convocar la asamblea general?	NO APLICA					
¿Quién organiza la asamblea?	NO APLICA					
¿Quién designa a los responsables?						
¿Quién informa a los beneficiarios en cuanto a los paquetes de beneficios?		XXX				
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?		XXX				
¿Quién organiza las actividades de prevención y educación para la salud?		XXX				

Desde los inicios del SIS no se han ejecutado programas de capacitación o formación del personal.

5.8 Equipamiento e infraestructura

El Proyecto de Salud para Todos, donde opera el SIS, cuenta con un terreno de propiedad de la organización responsable de 1.500 m² con 3.000 m² construidos. Incluye el Policlínico y un hospital en construcción también de propiedad del IPTK.

El Policlínico cuenta con cuatro oficinas destinadas al área administrativa, con 21 consultorios, un laboratorio médico, un espacio destinado a farmacia, otro a enfermería, una sala de reuniones y la portería.

El Proyecto y por lo tanto el SIS cuenta con cuatro computadoras independientes (en las que están instalados el Windows 95 y un paquete contable) y tres impresoras; no cuentan con la instalación de internet o correo electrónico. Cuenta además con una central telefónica con dos líneas y fax.

Para las actividades de educación y prevención, cuentan con un aparato de video, seis televisores y proyectora de acetatos y de slides. No cuentan con fotocopiadora ni vehículo propio.

6. Actores en relación con el SIS

6.1. Estructuras de reaseguro y fondos de garantía

El SIS no participa en un mecanismo de reaseguro o en un fondo de garantía.

6.2 Estructuras de asistencia técnica

El SIS no recibe ni recibió asistencia técnica para su puesta en marcha o ejecución.

6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social

En los inicios del SIS se afilió a sindicatos de tipo gremial (choferes y carpinteros). Sin embargo a la fecha, y en la medida de que se trata de un seguro individual, estas organizaciones se constituyen sólo en vehículo de promoción para el SIS. Actualmente tampoco establece relaciones formales con cooperativas, asociaciones o mutuales.

A partir de la decisión de la Junta Constitutiva de la organización responsable (IPTK), ésta tiene y ha tenido relación con sindicatos y organizaciones de base como parte del cumplimiento de sus objetivos y estrategias de intervención. Actualmente el IPTK ocupa la presidencia del directorio de una red que agrupa a ONGs de los Departamentos del sur de Bolivia (UNISUR). Esta participación permite al IPTK influir en planes, programas y políticas de desarrollo local de tipo municipal y estatal y coordinar la intervención regional con otras instituciones similares. En estas actividades el SIS no desempeña un papel importante.

6.4 Otros actores

El SIS no mantiene relaciones de coordinación o cooperación directa con el Estado, el municipio o el sistema de seguridad social. Sin embargo, el Proyecto Salud y la organización responsable (IPTK), mantienen una permanente relación con el Gobierno Municipal y la Secretaría de Salud. Estas instancias convocan al IPTK para definir planes y programas anuales sobre la base de la infraestructura de servicios de salud con la que cuenta la institución.

VI. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

Dentro de los elementos que permitirían una descripción más exhaustiva de un caso de extensión de la protección en materia de salud como es el que aquí se presenta, se considera pertinente identificar y señalar los indicadores de funcionamiento establecidos por el sistema. A pesar de que la guía provista por la OIT para la realización del estudio de caso, sugiere un vasto conjunto de posibles indicadores con los que un sistema de micro-seguro de salud pudiera contar, pudo constatar que en el SIS estudiado no se ha fijado ningún tipo de indicador para medir su funcionamiento.

Como se explicitó en los capítulos anteriores, el SIS solo registra y hace seguimiento al número de afiliados al sistema y al monto de ingresos que se genera por el pago de cotizaciones.

Estos escasos datos, los mismos que adolecen de imprecisiones, son analizados en forma aislada, sin relacionarlos entre sí o a partir de su evolución en el tiempo. Por lo tanto, no es posible otorgar información sobre indicadores de funcionamiento y tampoco construirlos a partir de los datos que se pudo recoger.

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

El punto de vista sobre el SIS fue recogido, por un lado del Administrador del Proyecto Salud para Todos (y por lo tanto del SIS) de la organización responsable, quien es la persona que se hace responsable de la mayor parte de las actividades relacionadas con la gestión del SIS. Por otro fue recogido el punto de vista del Director General del IPTK, quien fue la persona que impulsó la creación del SIS. Adicionalmente se recogió el punto de vista de profesionales médicos prestadores del servicio y del Presidente de Consejo Municipal del Departamento de Chuquisaca, quien se encuentra vinculado con el IPTK desde las funciones que actualmente cumple.

A continuación se expresan dichos puntos de vista, los mismos que serán discriminados según la fuente de opinión, en caso de que éstos fueran divergentes.

1. Procesos de evaluación

De acuerdo a los entrevistados, no se utilizan encuestas, reuniones u otros medios para obtener la opinión de los beneficiarios en lo que se refiere al funcionamiento del SIS. Sin embargo, se realizan evaluaciones internas bimensuales y semestrales (sin participación de los afiliados) sobre los resultados alcanzados por el SIS y son el responsable del Proyecto Salud y el administrador quienes se hacen cargo de dichas evaluaciones.

Los principales temas que se enfrentan en estas evaluaciones se refieren al funcionamiento de los servicios de seguro, la coordinación entre las diferentes especialidades de atención médica y las relaciones de trabajo.

Las reuniones bimensuales son analizadas por el responsable del Proyecto Salud para Todos y son comunicados verbalmente sus resultados al personal del Proyecto. Los resultados de las reuniones semestrales tienen como producto un informe, el mismo que se pone a consideración de la Dirección General de la organización responsable.

Las agencias de financiamiento de la organización responsable, financian y demandan evaluaciones externas (llevadas a cabo por consultores), las mismas que se orientan a identificar el nivel de logro de planes, programas y objetivos planteados a nivel institucional y por Proyecto.

Si bien se llevaron a cabo estas evaluaciones durante los últimos tres ejercicios, sus recomendaciones no se refieren específicamente al SIS y éste no accede a los informes.

2. Punto de vista de los responsables

2.1 Puesta en marcha del SIS

De acuerdo a los entrevistados, los principales factores de éxito en el proceso de puesta en marcha del SIS, tienen que ver con:

- Un sistema alternativo económico, a partir de una infraestructura preexistente con atención médica adecuada, oportuna y especializada
- La propuesta el acceso a servicios de salud de una mayor cantidad de población desprotegida
- La calidad humana y el compromiso con los objetivos institucionales del personal médico y su disposición a realizar atenciones a bajo costo.

Las principales dificultades encontradas tienen que ver con las siguientes:

- No estaba establecido totalmente el sistema antes de iniciar operaciones
- Se lo puso en marcha sin una base orgánica sólida
- Carencia de estatutos y reglamentos. Antes de empezar debió diseñarse el sistema por escrito
- La clientela no estaba motivada a la utilización de previsión, no había conciencia de la utilidad del seguro. Hubiera sido necesario implementar sistemas de promoción, motivación y educación para poder cambiar la actitud de la población meta hacia un seguro.
- A pesar de que se hizo un trabajo de promoción, pudo habérselo hecho con mayor intensidad y recursos
- No se tuvo contacto con otras instancias públicas y privadas, para socializar la iniciativa, para motivar la participación y para recibir ideas para fortalecer dicha iniciativa
- Estuvo y está ausente un sistema de control de calidad de las prestaciones.

Desde el 1996 al 1999 se tuvo tres responsables del Proyecto Salud para Todos y ello influyó en la gestión, a partir de nuevos enfoques y cambio de estrategias; sin embargo, se considera que la Dirección General y el Directorio de la organización responsable siempre han dado apoyo efectivo al SIS y permanece la voluntad de fortalecerlo.

Decisiones inconsultas entre el personal médico, como la rebaja en las cotizaciones, han generado rechazo de parte del personal interno del Proyecto, en la medida en que se considera que restringen las posibilidades de generar ingresos personales y de hacer sostenible al sistema.

2.2 Dinámica de afiliación

De acuerdo al Administrador del SIS, los afiliados tienen una idea clara sobre el paquete de servicios ofertados y sobre sus derechos como afiliados. Es mecanismo ha sido bien comprendido y aceptado por el grupo destinatario.

El factor principal que limita la afiliación es el económico; el grupo destinatario normalmente no destina sus escasos ingresos a cuidar su salud y mucho menos a realizar acciones preventivas como es el seguro.

Por otro lado se considera que esta población no cuenta con la información ni conocimiento suficiente como para comprender un sistema de seguro. Este hecho ha permitido que las personas que más acceden al SIS sean las que tuvieron experiencias previas en el sistema previsional (trabajadores asalariados) y, por lo tanto, no son necesariamente las más indigentes de la región.

Si bien no se prevé modificar a futuro el hecho que el SIS atienda a toda la población sin distinciones, la persona entrevistada no se encuentra satisfecha con que a éste acceden con frecuencia personas de mayores recursos. Por ello se prevé la futura diferenciación de paquetes, a fin de poder realizar ofertas más acordes a las necesidades de la población de menores recursos.

A pesar de no contar con información estadística de respaldo, se considera que de cada 20 afiliados al SIS, solo uno renueva su afiliación. Aunque no se sabe con certeza las causas de este bajo índice, se supone que se debe a que se trata de personas que cambiaron de lugar de residencia, o que mejoraron su situación económica, o que no requirieron del servicio de salud durante su periodo de afiliación.

Se considera que para los afiliados, el ser atendidos con amabilidad y de forma inmediata por médicos del SIS, es el principal motivo de satisfacción. Por el contrario, lo que no satisface al afiliado es el hecho de que no siempre puede ser atendido por el médico de su confianza, dado que se establecen turnos de atención. Al respecto se prevé ampliar los turnos de los médicos más solicitados.

2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

El Proyecto Salud para Todos, y por lo tanto el SIS, se preocupó por dar acceso a los beneficiarios a cada vez mayor cantidad de especialidades médicas. Esto dio lugar a que se adscriban al Proyecto cada vez mayor cantidad de médicos externos con diversas especialidades.

A partir de la importante variedad que comprende el paquete de beneficios, se considera que la oferta permite responder a las enfermedades más comunes en la zona. Sin embargo, se reconoce que no se han realizado evaluaciones ni estudios para confirmar el hecho y eventualmente ajustar la oferta.

El diseño del Sistema y el soporte financiero que recibe del Proyecto Salud para Todos, hace que no existan para el SIS problemas económicos como podrían darse a partir de retrasos en el pago de cotizaciones.

Para el SIS las actividades de prevención y de educación para la salud, se constituyen en fuente de contacto con potenciales afiliados y le permite identificar oportunidades para mejorar la oferta. Se observa que los afiliados que tienen mayor conocimiento sobre los beneficios de un servicio preventivo como es el seguro, se encuentran más sensibilizados a las actividades de educación para la salud. Por el contrario, existe una importante proporción de pacientes que se afilian al SIS sólo por el hecho de evitar los pagos frecuentes por asistencia médica; entre ellos es difícil identificar interés por estas actividades.

La presencia del SIS dentro del Proyecto no significó cambios en la calidad de atención médica; al paciente afiliado se pretende que se le de la misma calidad de atención que al paciente que paga.

Por la forma en que opera el SIS, no existen problemas de acceso a los servicios cubiertos.

La modalidad de facturación de los prestadores se la considera eficiente y no se pretende cambiarla, en la medida en que permite un control cruzado entre la administración del SIS y los prestadores. De hecho no ocurren reclamos de parte de los prestadores hacia el SIS o viceversa.

Si se tiene en cuenta que la única instancia que presta servicios médicos al SIS es parte de una sola organización, el control y posibilidad de influir sobre ésta es total. Con los médicos prestadores de los servicios especializados que forman parte del sistema, se definen las condiciones al principio y la negociación se la cierra en este momento. En general la relación con los médicos fluye sin mayores problemas.

2.4 Pago de las cotizaciones

Siendo que la cotización se la realiza al momento de afiliación, como cuota única y fija, el SIS no enfrenta problemas de atraso en el pago de éstas.

2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios

Al paquete de beneficios se lo considera apropiado en la medida en que cubre los servicios más importantes. El personal del SIS está consiente que el valor de la cotización es muy baja en relación tanto a la cobertura, como a la calidad de servicios que se otorga, sin embargo es apropiado en relación a la capacidad de pago de la población de menores recursos de la región.

La amplia cobertura en relación al bajo monto es posible en la medida en que las fuentes de financiamiento externo (pago de salarios) permite una capacidad instalada no utilizada dentro del Proyecto. El equilibrio financiero se lo logra con las prestaciones a pacientes externos al SIS y a partir de las donaciones.

Esta es una lógica de funcionamiento que, si bien por el momento no pretende ser modificada (a no ser por la posible diversificación de paquetes de cobertura en función a diferentes estratos económicos que se mencionó anteriormente), se la considera válida en tanto no se modifiquen las políticas de las agencias de financiamiento externo con las que cuenta el IPTK.

2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro

Las modalidades de funcionamiento y la lógica sobre la cual ha sido implementado el SIS hace que:

- no se limite ni pretenda limitar la selección adversa de afiliados
- no se corre riesgo de que los médicos cobren indebidamente, dado que no se permite una transacción monetaria entre el médico y el asegurado
- tampoco es posible el fraude de parte del asegurado, por la ausencia de reembolsos.

De acuerdo a entrevista con el personal médico, el único hecho que se observa que se podría relacionar con un riesgo moral del SIS, está constituido por la solicitud de algunos afiliados de atención médica frecuente y no siempre justificada de las especialidades que no requieren co-pago. Si bien ello no se constituye actualmente en un problema debido a que aún existe capacidad

instalada no utilizada en el Proyecto Salud para Todos, para evitar el hecho los médicos otorgan información orientada a un uso más efectivo de la afiliación.

Desde el inicio de funcionamiento del SIS, el incremento en los costos es mínimo y no se ha constituido en un problema a resolver.

El SIS no cuenta con reservas y el único respaldo que necesita es el financiamiento externo de agencias de cooperación.

2.7 Fraudes

El único fraude identificado y poco frecuente es cuando los afiliados transfieren su carnet cuando la atención supone la intervención de más de un especialista. Se superó parcialmente el hecho exigiendo el carnet en cada atención y realizando atenciones inmediatas.

2.8 Administración y gestión

El marco regulatorio al que está sujeto el SIS, siendo el mismo que el de la organización responsable, no ha supuesto problemas en su aplicación ni se desean modificaciones del estatuto jurídico.

El SIS no encarga operaciones a terceros y no existen unidades de gestión descentralizadas.

El SIS no prevé la participación activa de los afiliados por lo tanto ésta no puede evaluarse. Sin embargo se considera que ella sería deseable en la medida en que sean éstos parte de una asociación o gremio y que puedan abrirse consultas para ampliar los beneficios o modificar condiciones de acceso.

Los médicos adscritos al SIS mantienen una relación desde hace mucho tiempo con el IPTK y por lo tanto cuentan con el compromiso necesario para cumplir con los objetivos del SIS. A nivel del equipo administrativo, se nota la falta de recursos y ello restringe en las posibilidades de realizar nuevas y mejores actividades. Las rebajas de cotizaciones (cuotas de afiliación) se las consideró atentatorias contra la sostenibilidad del Proyecto.

Al sistema de información se lo considera insuficiente; se requieren datos más precisos sobre el número y evolución de afiliados; sobre el tipo de prestaciones y el número de consultas por afiliado. Se requiere un banco de datos sobre casos médicos atendidos. Se necesita que el sistema de información se computarice.

Es desventajoso el cambio periódico de responsables del Proyecto Salud para Todos debido a que no se mantienen líneas estratégicas de intervención. El proceso de conocimiento y transferencia es largo y se pierde tiempo efectivo en las actividades. Además, se observa incertidumbre en el personal cuando no hay continuidad en la gestión.

El presupuesto para el gasto es muy reducido, por lo tanto, con frecuencia los gastos superan a lo presupuestado, siendo que se gasta sólo lo necesario. Ello provoca que con alguna frecuencia se den cortes de suministro de servicios públicos por falta de pago.

2.9 Relaciones con el Estado

El SIS como tal no tiene relaciones con el Estado y éste no interfiere en su funcionamiento.

La Secretaría de Salud apoya al Proyecto Salud para Todos con insumos de salud (vacunas). Se ha pedido apoyo de movilidad para realizar supervisiones conjuntas. La respuesta no ha sido negativa pero no se ha hecho efectivo el apoyo.

2.10 Funcionamiento global

El IPTK pretende fortalecer en primera instancia el Centro Nacional de Profesionalización al nivel rural y urbano. Contiene una carrera de enfermería (habiendo formado 4.500 profesionales) y se proyecta transformar el instituto en Universidad Indígena Tomás Katari, incluyendo licenciatura en enfermería y técnicos medios para medicina.

Se prevé una inversión de cuatro millones de dólares americanos (financiamiento de la cooperación belga y suiza) destinados a mejorar el sistema de salud y, dentro de éste al SIS, a partir de la construcción de un hospital, que contará con diversas especialidades médicas, con capacidad de 50 camas, servicios de terapia intensiva y diagnóstico con tecnología de punta.

Se prevé por otro lado fortalecer la atención primaria y los programas de educación para la salud.

Estos tres proyectos beneficiarán a la población atendida por el SIS y le permitirá a ésta ampliar y mejorar sus beneficios.

Los principales punto fuertes del SIS están en:

- la posibilidad de que el beneficiario pueda elegir directamente el servicio y dentro de este, a un determinado profesional
- que el servicio está abierto 8 horas diarias, hecho que permite una atención inmediata

Los factores que limitan la eficacia son:

- que aún no se cuenta con el servicio hospitalario.
- la dependencia con el Proyecto Salud para Todos: En la medida en que el Proyecto se desarrolle, el SIS se desarrollará; si éste es financiera u operativamente insostenible, el SIS no podrá sobrevivir.
- la autogestión y autosostenimiento del SIS no la considera viable, en la medida en que no cuente con infraestructura propia y de hospitalización.

Siendo que actualmente el SIS provee sólo de servicios de salud del primero y segundo nivel de complejidad, se detecta cada vez mayor necesidad de contar con un servicio hospitalario. En la medida en que se concluya la fase de construcción del hospital adscrito al Policlínico, se considera que mejorará sustancialmente el funcionamiento y el impacto del SIS.

3. Punto de vista de los beneficiarios

No se ha recogido el punto de vista de los beneficiarios de forma sistemática, ya sea mediante encuestas o estudios, por lo tanto no se cuenta con material escrito disponible para tratar el presente acápite.

4. Punto de vista de los prestadores de atención medica

Desde el punto de vista de los médicos adscritos al Proyecto Salud para Todos y que prestan sus servicios a los afiliados, el SIS incide positivamente en la salud de los beneficiarios en la medida en que estos tienen acceso a los servicios a menor precio. Dado que, a diferencia de los no asegurados, estos no deben cancelar por siguientes atenciones, se observa que los afiliados regresan con mas frecuencia a visitas post-tratamiento e inclusive a realizar consultas preventivas, hecho que permite alcanzar mejores resultados sobre la salud del asegurado.

Una vez puesto en operación el SIS, no significó modificaciones en la práctica profesional para los médicos; continuaron atendiendo a las solicitudes de atención médica, sean éstas de parte de pacientes externos al SIS o de asegurados, los mismos que representan aproximadamente un 30% con relación a los primeros.

No se observa que el SIS hubiera incidido en mejorar la calidad de los servicios.

Los médicos asalariados por el Proyecto Salud para Todos, perciben el mismo sueldo con mayor volumen de trabajo a partir de la atención a los asegurados. Los médicos externos adscritos al Proyecto, reducen sus ingresos al atender a asegurados, en la medida en que el convenio suscrito con éste fija tarifas de atención rebajadas.

De acuerdo a la opinión de los médicos asalariados, el SIS no es económicamente sostenible. Se lo mantiene a partir de los objetivos institucionales y los recursos con que éste cuenta. Se considera que, sin dejar de atender las necesidades de la población de bajos recursos, el SIS debe ser manejado "más racionalmente y revisarse los sistemas para garantizar mayor cobertura de costos".

La propuesta del grupo de médicos se orienta a revisar las estrategias de financiamiento de la institución, dirigidas a mantener el SIS con mayor efectividad, mantener los servicios y su calidad, mejorar el equipamiento y bajar los precios de acceso a farmacia a través de una política de adquisición de medicamentos esenciales, cuyos precios son menores que los genéricos. De no reducirse el precio de acceso a tratamiento médico (por ejemplo farmacia) el hecho de contar con consulta médica gratuita no incide en forma definitiva en la calidad de la salud de los beneficiarios.

5. Punto de vista de otros actores

A continuación se expone el punto de vista del Presidente del Consejo Municipal de la ciudad de Sucre en relación al rol de los servicios de salud del IPTK y el SIS.

Considera que entre el sector de la tercera edad y el gran volumen de población no asalariada (informales, artesanos, estudiantes, etc.) que no tienen acceso al sistema estatal de seguro, el rol de las ONGs y por lo tanto del sistema de seguro del IPTK es fundamental. No entran estos servicios en una disputa con el sistema estatal sino que los complementa.

Se reconoce la vasta experiencia con la que cuenta el IPTK en materia de atención a la salud y se valora que, en el marco de la Ley de Participación Popular, ha sido la única ONG en Bolivia que ha transferido la infraestructura física (las postas, los puestos médicos, el equipamiento) y la experiencia a los municipios, administrados actualmente por el Sistema de Salud Estatal.

La estrecha relación entre el IPTK y el Municipio hace que existan convenios específicos entre ambas instancias para una prestación de servicios de salud coordinada.

Se considera que el IPTK se encuentra a la vanguardia con relación a calidad y precio de servicios médicos especializados en la ciudad de Sucre. Este hecho permite complementar las acciones municipales e impulsa a la oferta del medio a mejorar la calidad de sus servicios.

Se afirma que el modelo de atención a la salud del IPTK y del SIS debería ser adoptado por el Estado a fin de ampliar la cobertura del seguro de salud, a sectores que no tiene acceso a la Seguridad Social Pública. Esta experiencia del IPTK está siendo transferida a los municipios de provincia y en el caso de la ciudad de Sucre se empieza a replicar el modelo con los médicos de barrio.

VIII. CONCLUSIONES

El Seguro de Salud Universal del IPTK, se inserta en uno de los nueve Departamentos de Bolivia – Chuquisaca – que presenta una de las cifras más bajas en relación a los indicadores de Desarrollo Humano de Bolivia.

La ciudad de Sucre donde opera el SIS (capital del Departamento), cuenta con 212,709 habitantes y una tasa de crecimiento del 4.2, provocada fundamentalmente por migraciones rurales compuesta por familias desalojadas de las zonas mineras y agrícolas aledañas, en búsqueda de oportunidades de trabajo.

Actualmente se registra en la ciudad una tasa de desempleo abierto de 9.9 y el subempleo invisible alcanza al 25% de la población económicamente activa. El 54% de los trabajadores se insertan dentro de la categoría ocupacional de trabajadores independientes (sector informal de la economía).

La tasa neta de analfabetismo del departamento de Chuquisaca es la más alta del país; en la ciudad de Sucre este indicador alcanza al 25.8% de la población, el mismo que se incrementa sustancialmente al tomar en cuenta que, a nivel nacional, el analfabetismo funcional alcanza al 35%

En cuatro de los cinco distritos municipales de la ciudad de Sucre, donde se concentra la población migrante, de menores recursos económicos, fundamentalmente autoempleada o desempleada (distritos donde originalmente se asentó la oferta del SIS), según estudios realizados en 1996, un 22.4% de las viviendas no contaban con acceso a redes de agua y el 38.3% no contaba con sistema de alcantarillado.

Tanto la calidad como la cantidad de oferta de servicios médicos y de salud en general en estos distritos era sustancialmente menor con relación a otras zonas de la ciudad. El sistema de Seguridad Social Público, que atendía con dificultad y deficiencias casi en forma exclusiva a los trabajadores asalariados y sus familias, tenía mínima presencia efectiva en estos distritos.

Es en este marco que el IPTK, como una de las ONGs de mayor reconocimiento en la ciudad de Sucre, a partir del 1976 decide desarrollar una infraestructura para la prestación de servicios de salud a la población de bajos recursos no sólo de la ciudad de Sucre sino también de las zonas aledañas a ésta.

Con el apoyo financiero de la cooperación internacional, a la fecha el IPTK cuenta con un hospital rural, cinco postas sanitarias rurales, un policlínico en la ciudad de Sucre y un hospital en fase de construcción en la misma ciudad. Esta infraestructura se constituye en la base operativa de uno de los proyectos más

importantes de la institución tanto con relación a la inversión realizada como a la cobertura alcanzada: el Proyecto Salud para Todos.

Con algo más de diez años de experiencia, el Proyecto cuenta actualmente con una infraestructura bien montada y con una capacidad instalada, (en cuanto a equipo, consultorios y, sobre todo recursos humanos), que sobrepasa el volumen de demanda efectiva recibida por el Proyecto.

Este hecho se constituye en la base, el fundamento y la justificación para diseñar y poner en marcha el Seguro de Salud Universal del IPTK. Esto es, siendo que el Proyecto cuenta con un cuerpo médico que recibe su salario mensual gracias a la cooperación internacional y que dispone de tiempo pagado para atender a mayor cantidad de pacientes, se decide promover el Seguro de Salud, el mismo que deberá permitir hacer uso de dicha capacidad instalada no utilizada, a fin de dar una respuesta más efectiva a las carencias en materia de atención a la salud de la población de menores recursos.

Este Seguro de Salud consiste en el cobro de Bs.10 (US\$1.7) anuales por persona, sin restricciones de edad, sexo o condición de salud, monto que da derecho inmediato al beneficiario a recibir por un año en forma gratuita los servicios médicos del personal asalariado del Proyecto. Además le da derecho a recibir los servicios de médicos externos adscritos al Proyecto y los servicios de diagnóstico y tratamiento (farmacia por ejemplo) a precios menores que los fijados para pacientes externos al seguro. Esta rebaja es correspondiente a los costos administrativos del Proyecto; es decir, por cada servicio médico, el Proyecto deja de percibir la cuota parte del precio definido, la misma que está destinada a cubrir parte de sus costos administrativos. Este déficit lo cubre a partir de donaciones externas.

El diseño y funcionamiento del SIS analizado a la luz de las características comunes de los sistemas de seguro identificadas por la OIT, permite precisar su naturaleza y función. Para el propósito, se cita a continuación dichas características:

1. *Los sistemas poseen un seguro de salud, es decir un instrumento financiero por el cual los afiliados, a cambio del pago de una cotización, obtienen una garantía de compensación financiera (o de atención) en caso de enfermedad. Los afiliados renuncian a la propiedad de las cotizaciones pagadas, las que son utilizadas para cubrir el costo de las prestaciones.*

El caso que aquí se analiza, si bien exige el pago de una cotización (cuota única y de vigencia anual), esta no está concebida como una garantía de compensación financiera, en la medida en que su valor no corresponde ni cercanamente al valor de los servicios prestados (cobertura). La diferencia,

que si bien no ha sido calculada por el propio sistema, es cubierta fundamentalmente por fuentes externas que soportan financieramente al SIS.

- 2. Los afiliados del sistema de seguro garantizan, al menos parcialmente, la financiación de las cotizaciones y de otros aportes necesarios para la cobertura de las prestaciones.*

En este caso, el valor de las cotizaciones ha sido fijado a partir de una percepción subjetiva sobre la capacidad de pago de los potenciales afiliados y, en ningún caso ya sea sobre el valor de las prestaciones, la perspectiva de constitución de un fondo de garantía y/o el fortalecimiento del patrimonio institucional.

Es más, el caso estudiado no fija las cotizaciones a partir de criterios técnicos (como porcentaje de ingreso, valorización de los riesgos personales u otros) y tampoco ofrece diversos paquetes de prestaciones en función a dichos criterios. Su sostenibilidad financiera no se basa en el valor de las cotizaciones y no asume los riesgos de terceros, sobre una base financieramente sólida, ya sea constituyendo un fondo de reserva, un sistema de reaseguro, y/o procedimientos diseñados para evaluar y minimizar el riesgo.

Es decir, analizado el SIS bajo estas dos últimas características propuestas por la OIT, permite reflejar su verdadera naturaleza: Ha sido concebido y diseñado como un mecanismo para ofrecer el acceso casi gratuito o de muy bajo costo a servicios de salud por parte de población de bajos recursos. Para ello no se ha tomado en cuenta la viabilidad financiera y la sostenibilidad a futuro del sistema como tal; ello está garantizado, al menos por ahora, a partir de la subvención que recibe de parte del Proyecto y sus fuentes externas de financiamiento.

- 3. Los afiliados del sistema son asegurados con carácter voluntario o automático y no de modo obligatorio.*

Esta es una característica que se cumple en el caso estudiado. De hecho, una de las mayores ventajas que ofrece el SIS, a criterio de sus responsables, es que es un “seguro universal”; es decir, permite la afiliación en forma irrestricta de todas las personas que, a título individual lo demanden, sin exigir ninguna condición de acceso más que el pago de una reducida cotización.

- 4. Los beneficiarios del sistema son, al menos en parte, personas excluidas de todos los sistemas de seguridad social existentes y/o cuentan con ingresos inferiores al umbral de pobreza definido a escala nacional.*

Si bien la información estadística con la que cuenta el sistema estudiado, no permite verificar con certeza el cumplimiento de esta afirmación, sólo el hecho que el SIS se asiente en una región que presenta una de las cifras más bajas en relación a los indicadores de Desarrollo Humano de Bolivia, carente por su composición ocupacional de protección del sistema de seguridad social, permite afirmar que esta condición se cumple.

5. *Los afiliados se asocian para – o participan en – la gestión del sistema de seguro o, al menos, en la elección de los servicios de salud pertinentes.*

Por la forma en que fue diseñado el SIS, no exige ni facilita la participación asociada de los afiliados en la gestión ni en la elección de los servicios. Es un servicio abierto (sin direccionamiento específico a grupos de beneficiarios), que ha fijado los servicios que presta sobre la base de un reconocimiento no sistematizado de parte de los responsables del sistema de las principales necesidades de atención en materia de salud de la población de menores recursos de la ciudad de Sucre.

Siendo que el sistema del IPTK no cumple con la mayoría de las características arriba analizadas, puede considerarse más bien que el sistema descrito en el presente documento, se constituye más bien en un sistema que facilita el acceso a servicios de salud de población de bajos ingresos.

Es un sistema altamente valorado tanto por el grupo destinatario como por las autoridades locales; sin embargo hay conciencia por parte del personal que trabaja en él que, de no ser por la cooperación internacional, no puede ser sostenible. Para contar con perspectivas de sostenibilidad y de consistencia técnica y de funcionamiento, deberá incorporar, al menos progresivamente todos los elementos que hacen a la definición de un sistema de seguro de salud.

Así diseñado el servicio, se lo debe considerar no como un sistema de seguro de salud sino como un sistema de extensión de la atención en el ámbito de la salud, en la medida en la que permite en forma casi gratuita, el acceso a una gran cantidad de servicios médicos de parte de una proporción, aun que todavía reducida, de la población de bajos recursos que existe en la región, que se encuentra al margen de la protección social de parte del sistema público.

ESTUDIO DE CASO

**Seguro de Salud Universal
del Instituto Politécnico Tomás Katari
Sucre - Bolivia**

A N E X O S

ANEXO N°1

Lista de control

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
B1	X		
B2	X		
B3	X		
B4	X		
B5	X		
B6	X		
B7	X		
B8	X		
B9	X		
B10	X		
B11	X		
B12	X		
B13	X		
B14	X		
B15	X		
B16	X		
B17	X		
B18	X		
B19	X		
B20	X		
B21	X		
B22			X
B23	X		
B24	X		
B25			X
B26	X		
B27			X
B28	X		
B29	X		
C1	X		
C2	X		
C3	X		
C4	X		
C5	X		
C6	X		
C7	X		
C8	X		
C9	X		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
C11	X		
C12	X		
C13	X		
C14	X		
C15	X		
C16	X		
C17	X		
C18	X		
C19	X		
C20	X		
C21	X		
C22	X		
C23	X		
C24	X		
C25	X		
C26	X		
C27	X		
C28	X		
C29	X		
C30	X		
C31	X		
C32	X		
C33	X		
C34	X		
C35	X		
C36	X		
C37	X		
C38	X		
C39	X		
C40	X		
C41		X	
C42	X		
C43	X		
C44	X		
C45	X		
C46	X		
C47	X		
C48	X		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
C10	X		
C50	X		
C51	X		
C52	X		
C53	X		
C54	X		
C55		X	
C56		X	
D1	X		
D2	X		
D3	X		
D4	X		
D5	X		
D6	X		
D7	X		
D8	X		
D9	X		
D10	X		
D11		X	
D12	X		
D13	X		
D14		X	
D15	X		
D16		X	
D17	X		
D18			X
D19	X		
D20	X		
D21	X		
D22	X		
D23	X		
D24	X		
D25			X
D26	X		
D27	X		
D28	X		
D29	X		
D30	X		
D31	X		
D32	X		
D33	X		
D34	X		
D35	X		
D36	X		
D37		X	

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
C49	X		
D40		X	
D41		X	
D42	X		
D43	X		
D44	X		
D45		X	
D46	X		
D47	X		
D48	X		
D49		X	
D50		X	
D51		X	
D52		X	
D53	X		
D54	X		
D55	X		
D56	X		
D57	X		
D58	X		
D59	X		
D60		X	
D61		X	
D62		X	
D63	X		
D64	X		
D65	X		
D66	X		
D67	X		
D68		X	
D69	X		
D70	X		
D71		X	
D72	X		
D73	X		
D74			
D75	X		
D76		X	
D77		X	
D78		X	
D79		X	
D80	X		
D81	X		
D82	X		
D83	X		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D38	X		
D39	X		
D86	X		
D87	X		
D88		X	
D89			X
D90		X	
D91	X		
D92	X		
D93			X
D94	X		
D95		X	
D96		X	
D97	X		
D98	X		
D99	X		
D100	X		
D101	X		
D102	X		
D103	X		
D104			X
D105	X		
D106	X		
D107	X		
D108	X		
D109	X		
D110	X		
D111	X		
D112	X		
D113	X		
D114	X		
D115	X		
D116	X		
D117	X		
D118	X		
D119	X		
D120	X		
D121	X		
D122	X		
D123	X		
D124	X		
D125	X		
D126	X		
D127	X		
D128		X	

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D84	X		
D85	X		
D132	X		
D133		X	
D134	X		
D135	X		
D136	X		
D137	X		
D138	X		
D139	X		
D140	X		
D141	X		
D142	X		
D143	X		
D144	X		
D145		X	
D146	X		
D147	X		
D148	X		
D149	X		
D150	X		
D151	X		
D152	X		
D153		X	
D154	X		
D155	X		
D156	X		
D157	X		
D158	X		
D159		X	
D160	X		
D161		X	
D162		X	
D163	X		
D164	X		
D165	X		
D166	X		
D167	X		
E1			X
E2			X
E3			X
E4			X
E5			X
E6			X
E7			X

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D129	X		
D130	X		
D131	X		
E11			X
E12			X
E13			X
E14			X
E15			X
E16			X
E17			X
E18			X
E19			X
E20			X
E21			X
E22			X
E23			X
E24			X
E25			X
E26			X
E27			X
E28			X
E29			X
E30			X
F1	X		
F2	X		
F3	X		
F4	X		
F5	X		
F6			X
F7	X		
F8	X		
F9	X		
F10	X		
F11	X		
F12	X		
F13	X		
F14	X		
F15	X		
F16	X		
F17		X	
F18	X		
F19	X		
F20	X		
F22	X		
F23	X		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
E8			X
E9			X
E10			X
F26		X	
F27	X		
F28	X		
F29	X		
F30	X		
F31	X		
F32	X		
F33	X		
F34	X		
F35	X		
F36		X	
F37		X	
F38		X	
F39	X		
F40	X		
F41	X		
F42	X		
F43	X		
F44	X		
F45	X		
F46	X		
F47	X		
F48	X		
F49	X		
F50			X
F51			X
F52			X
F53			X
F54			X
F55			X
F56			X
F58			X
F59			X
F60	X		
F61	X		
F62	X		
F63	X		
F64	X		
F65	X		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
F24	X		
F25		X	

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
------------	---------	---------------	---------------------------

ANEXO Nº 2

Disponibilidad y calidad de la información

1. Las personas que fueron consultadas para el estudio son:
 - El Director General del IPTK
 - El Responsable del Proyecto Salud para Todos
 - El Administrador del Proyecto Salud para Todos
 - Dos médicos prestadores de servicio
 - El presidente del Consejo Municipal de la ciudad de Sucre

2. La mayor dificultad con la que se tropezó respecto a la información operativa y contable del SIS, se refiere a que ésta se encuentra consolidada, no discriminada, de la información del Proyecto Salud, del que dependen el SIS. Por otro lado, la administración y gestión del SIS no han desarrollado sistemas de información que permitan verificar con objetividad la poca información específica que se cuenta sobre el sistema.