

GTZ (Cooperación Técnica Alemana)

Programa de Apoyo a la Descentralización y Lucha contra la Pobreza -

Componente 1

Bolivia/ La Paz

**Análisis y recomendaciones**  
**sobre el**  
**Seguro Universal Materno Infantil**  
**(SUMI)**  
**dentro del**  
**esquema descentralizado**  
**del sector salud**

Adelheid Knäble

La Paz/ Cochabamba

Octubre de 2004

## **TABLA DE CONTENIDOS**

I. Antecedentes y objetivo del trabajo	1
II. Metodología	1
III. Actual esquema de descentralización del Estado Boliviano	2
IV. Actual esquema descentralizado del sector salud	8
V. El SUMI y su administración descentralizada	10
VI. Las falencias de la administración descentralizada del SUMI	15
VII. Conclusiones y recomendaciones	21
IX. Fuentes	27

## **ABREVIACIONES**

CdV – Comité de Vigilancia

DILOS – Directorio Local de Salud

GdR – Gerente de Red (de las Redes de Servicios de Salud)

GM – Gobierno Municipal

LDA – Ley de Descentralización Administrativa

LPP – Ley de Participación Popular

MSD – Ministerio de Salud y Deportes

RdSS – Red de Servicios de Salud

SEDES – Servicios Departamentales de Salud

## **TABLAS**

Tabla 1: Pilares del proceso descentralizado del Estado Boliviano	3
Tabla 2: Atribuciones, competencias y responsabilidades de los niveles de gobiernos y Administración	5
Tabla 3: Enumeración de los problemas de implementación y/o de diseño	21

## **GRÁFICOS**

Gráfico 1: Modelo boliviano de descentralización	6
Gráfico 2: Transferencia de competencias y responsabilidades	7
Gráfico 3: Modelo descentralizado del sector salud: Descentralización por factores	9
Gráfico 4: Los actores importantes en el sector salud	10
Gráfico 5: Descentralización del sector salud	12
Gráfico 6: Comparación de las instituciones del modelo descentralizado del Estado Boliviano con las del modelo de administración del SUMI	14
Gráfico 7: Lista de problemas frecuentes observados en los cuatro municipios visitados	16
Gráfico 8: Posibilidad de rediseñar el modelo de administración descentralizada del SUMI	24

## **ANEXOS**

Anexo 1: Lista de entrevistados

Anexo 2: Objetivos de entrevistas

Anexo 3: Selección de los Municipios

Anexo 4: Artículo 14 de la Ley de Participación Popular

Anexo 5: Tasa Mortalidad Infantil y Tasa Mortalidad Materna de Bolivia

Anexo 6a: Financiamiento del SUMI

Anexo 6b: Flujo de dinero – gastos operativos (SUMI)

Anexo 7: Flujo de dinero y papel – recursos humanos (SUMI)

Anexo 8: Flujo de papel – gastos operativos (insumos, gastos no-personales, medicamentos)

Anexo 9: Observaciones sobre los municipios visitados

Anexo 10: Conformación del DILOS en caso de mancomunidades

Anexo 11: Número de municipios según tamaño poblacional

## **I. Antecedentes y objetivo del trabajo<sup>1</sup>**

El presente trabajo es presentado al Programa de Apoyo a la Descentralización y Lucha Contra la Pobreza – PADEP de la Cooperación Técnica Alemana - GTZ, Componente 1 - Descentralización que tiene como objetivo apoyar a las instituciones responsables de la descentralización en Bolivia, a ajustar y perfeccionar el marco normativo e institucional del proceso de descentralización. La atención del componente se concentra en la generación de propuestas de clarificación, ajuste de competencias y su financiamiento. Para el efecto, está prevista la realización de estudios y diagnósticos que permitan profundizar y aclarar temas específicos dentro de la temática del componente.

En este sentido, el objetivo del trabajo es analizar la provisión de servicios en el marco del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) por parte de los Gobiernos Municipales en el actual esquema de descentralización y su interacción con contrapartes del Gobierno Central y Departamental.

## **II. Metodología**

Este trabajo se ha llevado a cabo en dos etapas, una etapa de colección, revisión y análisis de documentos, leyes, artículos de prensa, etc. y preparación del trabajo de campo<sup>2</sup> y la segunda etapa de trabajo de campo que se constituyó en 28 entrevistas con diferentes personas de diferentes cargos e instituciones ([Anexo 1](#)) con diferentes objetivos de recolección de información. ([Anexo 2](#))

Fueron visitados cuatro municipios en dos departamentos: Llallagua y Caripuyo en el Norte de Potosí, Departamento Potosí y Camiri y Lagunillas en el Chaco, Departamento Santa Cruz. El criterio de selección de los municipios se basó en la tasa mortalidad infantil, en el tamaño de los municipios y en la accesibilidad y familiaridad en la zona con la GTZ. ([Anexo 3](#))

---

<sup>1</sup> Este trabajo muestra la opinión del autor, que no necesariamente refleja la opinión de la GTZ.

<sup>2</sup> Por ejemplo, se realizaron 4 entrevistas en La Paz.

El análisis utiliza como modelo conceptual de descentralización el “public administración approach”, que fue desarrollado principalmente por Dennis A. Rondinelli. Este enfoque teórico tiene como eje la estructura y el funcionamiento institucional. En este sentido, descentralización es definida como “*the transfer of authority, or dispersal of power, in public planning, management and decision-making from the national level to subnational levels, or more generally from higher to lower levels of government.*” (Mills et al. 1990:11 según Rondinelli 1981) Según Rondinelli hay diferentes formas de descentralización, que son: “... la transferencia de responsabilidades y competencias a los niveles subnacionales dentro de las instituciones del gobierno central (desconcentración) o del centro a entidades locales (devolución) y a organizaciones no-gubernamentales o del gobierno al sector privado (desregulación y privatización).” (Rondinelli 1999/2000, traducción del autor)

El estudio también utiliza la definición de descentralización que da Laserna refiriéndose sobre todo a la descentralización de la gestión de los servicios públicos, que concientemente no trata de todos aspectos del proceso de descentralización (ej. descentralización fiscal etc.): “La descentralización de la gestión pública consiste en la conformación de un sistema institucional que permite que las decisiones sean tomadas cerca de donde van a ser ejecutadas a fin de que se adapten y ajusten mejor a las características económicas, políticas y culturales del ámbito en que se efectúa la intervención pública.” (Laserna 2003:203)

### **III. Actual esquema de descentralización del Estado Boliviano**

El proceso de descentralización en Bolivia se inició en 1994 con la aprobación de la **Ley de Participación Popular** (Ley No.1551, 20 de Abril de 1994), la que rompió con el modelo centralista del Estado Boliviano. Esta ley define 311 municipios que cubren todo el territorio del país y sus respectivos gobiernos municipales. La LPP transfiere recursos a ellos y amplía sus competencias, transfiriéndoles la infraestructura de educación, salud, caminos vecinales y micro riego. (Anexo 4) Además, establece formas de participación a

nivel local y reconoce a las Organizaciones Territoriales de Base según sus usos y costumbres en la estructura política, todo con el fin de articular la comunidad en el Gobierno Municipal y ejercer mayor control por parte de la sociedad civil.

La **Ley de Descentralización Administrativa** (Ley No.1654, 28 de Julio de 1995) establece la estructura del poder ejecutivo a nivel departamental y de sus recursos y los mecanismos de asignación y transfiere y delega a las Prefecturas competencias de índole técnico-administrativas como por ejemplo la administración de los recursos humanos del sector salud y educación.

Como indica la siguiente tabla ([Tabla 1](#)), junto con la LPP y la LDA dos otras leyes juegan un papel importante en la reestructuración del esquema político del Estado Boliviano que comenzó diez años atrás.

Numero de la Ley	Nombre de la Ley	Año de la aprobación	Contenido
No. 1551	Ley de Participación Popular (LPP)	1994	- establece 311 municipios y los gobiernos municipales - transfiere recursos y competencias al plano municipal - reconoce a las organizaciones de base según sus usos y costumbres
No. 1654	Ley de Descentralización Administrativa (LDA)	1995	- transfiere y delega competencias a las Prefecturas de índole técnico-administrativos (ej. administración de recursos humanos del sector salud, y educación)
No. 2028	Ley de Municipalidades	1999	- reordena y ratifica al municipio como la unidad básica de territorialización de las políticas públicas
No. 2235	Ley de Diálogo Nacional 2000	2001	- consolida la importancia de los municipios transfiriendo recursos extraordinarios del alivio de la deuda (HIPC) y los provenientes de la cooperación internacional a través de la Política Nacional de Compensación a los Gobiernos Municipales

[Tabla 1](#): Pilares del proceso descentralizado del Estado Boliviano. Fuente: elaboración propia.

Según la constitución del Estado Boliviano el país sigue siendo un estado unitario (Artículo 1 de la Constitución), sin embargo a partir del año 1994 en realidad se ha



establecido por la reestructuración del estado una “combinación muy particular de formas de organización federal, por un lado, y unitario, por otro lado.” (Ameller Terrazas 2002:105)

Antes de profundizar sobre el esquema poco común del modelo boliviano de descentralización en el [Gráfico 1](#), la siguiente tabla ([Tabla 2](#)) da una comparación de los tres niveles del estado boliviano, enfocando las atribuciones, competencias y responsabilidades de los dos niveles de gobierno y de los tres niveles de administración.

No.	Nivel de gobierno	Nivel de Administración	Organización política	Características de descentralización	Responsabilidades
1	<b>Nivel central</b>	<b>Nivel central</b> (gobierno nacional)	Presidente (elegido por sufragio directo)  Congreso: Cámara de diputados y Cámara de senadores		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jurisdicción superior: competencia de formulación de leyes básicas</li> <li>- Formulación de estrategias nacionales, políticas, planes y programas</li> </ul>
2	[Departamentos = órganos desconcentrados del Poder Ejecutivo Nacional]	<b>Nivel meso</b> (9 departamentos)	Prefecto (designado por el presidente de la república)  Concejo Departamental	<i>Desconcentración</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- administración desconcentrada del nivel nacional con algunas competencias delegadas y otras transferidas</li> <li>- recursos: transferencias (coparticipación), tasas y recursos propios, préstamos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nexo regional coordinador entre el gobierno nacional y el gobierno municipal</li> <li>- principal responsabilidad: articular y armonizar la implementación de las políticas nacionales prioritarias entre los dos niveles de gobierno</li> <li>- administración, control y supervisión de los recursos humanos</li> <li>- Ley de Descentralización Administrativa</li> </ul>
3	<b>Nivel local</b>	<b>Nivel local</b> (314 gobiernos municipales)	Alcalde Municipal (elegido por mayoría absoluta por el concejo; candidatos de Alcalde: inscritos en primer lugar en las listas de concejales)  Concejo Municipal (elegidos en votación universal, directa y secreta)  [Comité de Vigilancia] (representantes de los cantones del municipio) [Art.10 Ley PP]	<i>Devolución</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitución del Estado (Art.200I,II): autónomo; de igual jerarquía; potestad normativa, ejecutiva, administrativa y técnica en el ámbito de su jurisdicción y competencia territoriales</li> <li>- - crea un espacio propiamente político, democrático, participativo y heterogéneo; independiente de las lógicas y prioridades nacionales/ departamentales</li> <li>- recursos: impuestos, transferencias (coparticipación), tasas y recursos propios, préstamos</li> <li>- [vigilar y controlar los recursos municipales, pronunciarse sobre el presupuesto de los recursos, articular las Organizaciones Territoriales de Base con el gobierno municipal]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley Participación Popular:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) le transfiere la infraestructura física de educación, salud, caminos vecinales, micro-riego, deportes con la obligación de administrarla y renovarla (Art.2b)</li> <li>b) competencias ampliadas: administración, control, supervisión, mantenimiento y ampliación de la infraestructura; control y fiscalización de los recursos humanos en el sector salud y educación; Fiscalización del desempeño; recaudación de impuestos y promoción del desarrollo de salud, cultura y desarrollo rural (Art.14)</li> <li>c) incrementa recursos (Art.19,20)</li> </ul> </li> <li>- responsable fundamentalmente de la provisión de bienes básicos (-&gt;salud)</li> </ul>

Tabla 2: Atribuciones, competencias y responsabilidades de los niveles de gobiernos y administración. Fuente: elaboración propia.

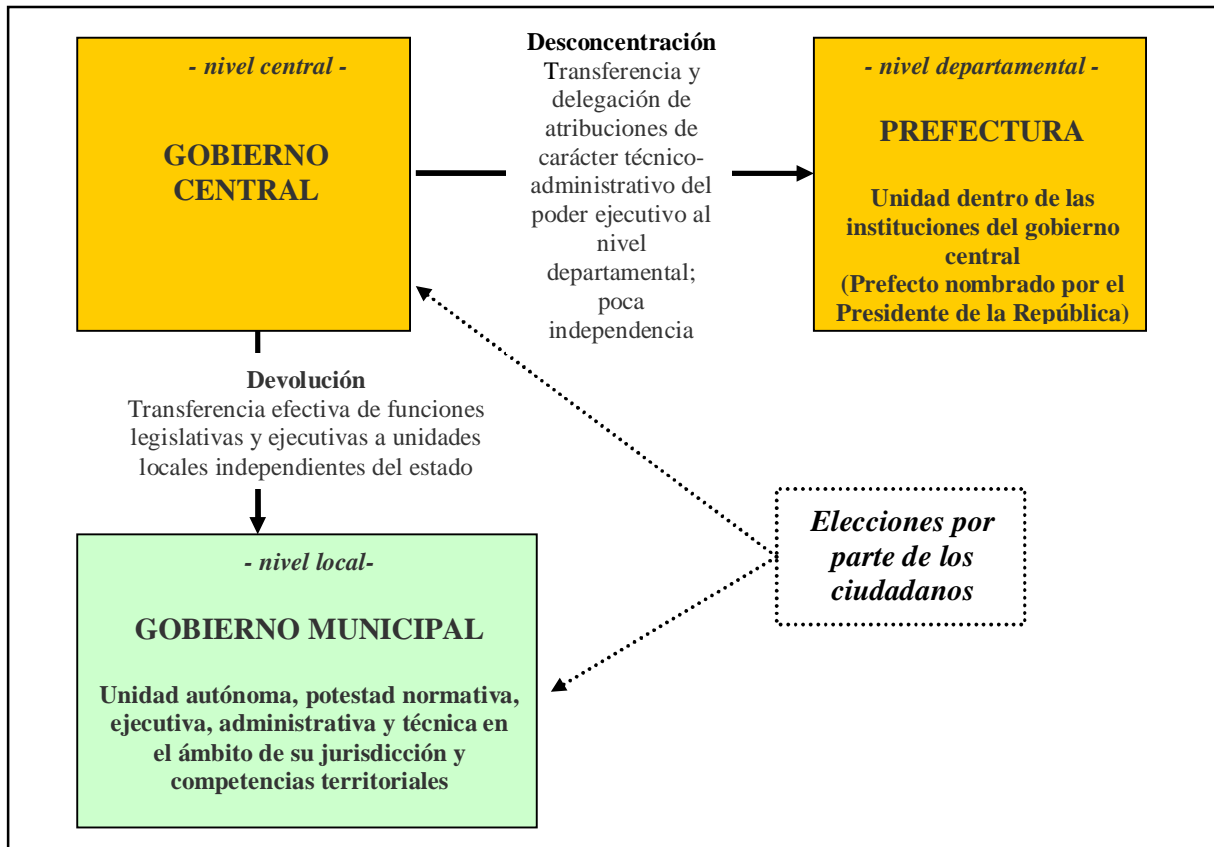


Gráfico 1: Modelo boliviano de descentralización. Fuente: elaboración propia

En el Gráfico 1 podemos ver que existe una diferencia profunda entre la forma de descentralización hacia el nivel meso y la hacia el nivel local: hacia el nivel meso encontramos la forma de **desconcentración**, lo que significa que no se ha establecido un nivel de gobierno en este nivel. Las Prefecturas son administraciones desconcentradas del nivel central solamente con algunas competencias delegadas y otras transferidas, pero sin autonomía. Hacia el nivel local existe una descentralización “verdadera” en forma de **devolución**, que quiere decir que se ha transferido funciones legislativas y ejecutivas a unidades independientes del gobierno central formando entidades autónomas dentro del esquema político del Estado Boliviano.

El Gráfico 2 adapta el esquema del Gráfico 1 para mostrar la transferencia y delegación de las competencias y responsabilidades más importantes del nivel central (Gobierno Central) hacia el nivel meso/ departamental (los Prefecturas) y hacia el nivel local (los Gobiernos Municipales).

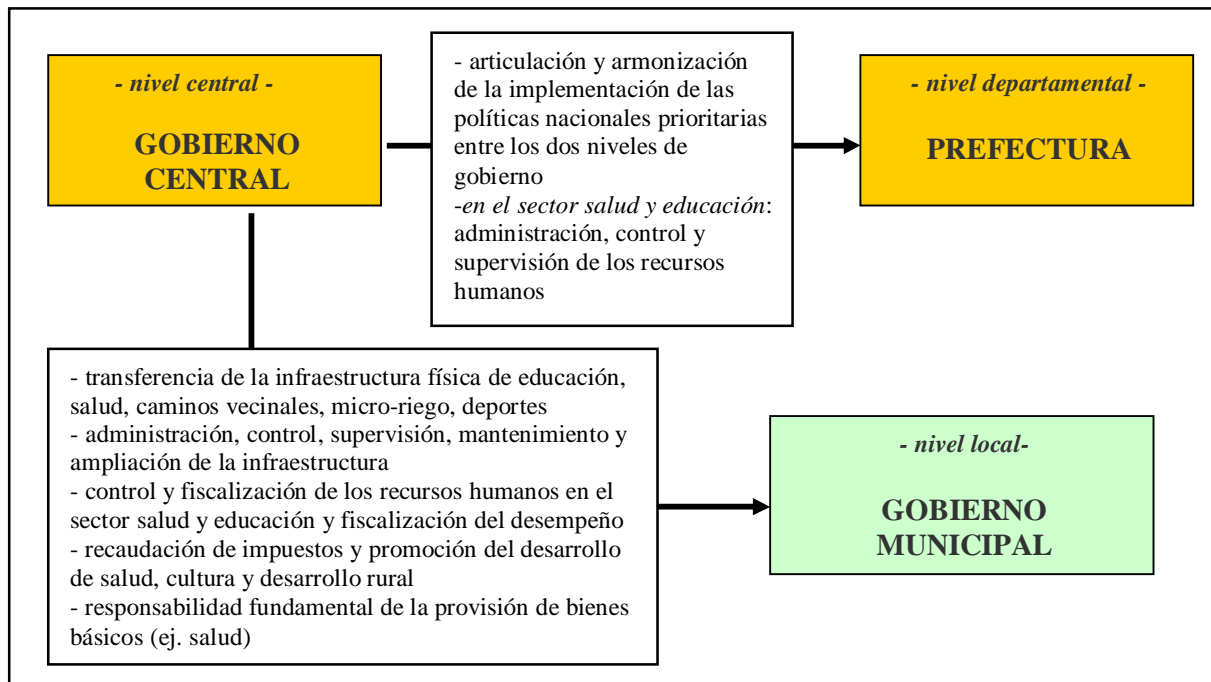


Gráfico 2: Transferencia de competencias y responsabilidades. Fuente: elaboración propia.

Como muestra el Gráfico 2, las responsabilidades y competencias que se refieren a la provisión de bienes básicos, como es la administración, el control, la supervisión, el mantenimiento y la ampliación de la infraestructura, la provisión del desarrollo de salud, cultura y desarrollo rural y la fiscalización del desempeño de los recursos humanos, se concentran en manos municipales. Al contrario, la administración, el control y la supervisión de los recursos humanos del sector salud y educación están en manos de las Prefecturas, a las que han sido transferidas estas competencias del Gobierno Central. Este hecho nos muestra que en estos dos sectores de salud y educación el nivel local no cuenta con una transferencia completa de competencias y responsabilidades (en forma de devolución). Las consecuencias de este esquema de descentralización se las analiza más adelante.

Antes de continuar el análisis del modelo boliviano de descentralización, sigue un análisis del actual esquema descentralizado del sector salud y del modelo de administración del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

#### IV. Actual esquema descentralizado del sector salud

La descentralización ha tenido también un impacto grande al sector salud del Estado Boliviano: “*The decentralization of Bolivia’s government structure in 1994 had a significant impact on the organization of health service delivery in the country.*” (World Bank 2004:1) El **nuevo modelo sanitario** es el ajuste del sector salud a la descentralización, sobre todo en respeto a la creación de (nuevos) órganos de gestión sectorial (los Servicios Departamentales de Salud – SEDES -) y órganos de gestión compartida (los Directorios Locales de Salud – DILOS -).

„El objetivo [de la descentralización del sector salud – complemento del autor] es lograr una mayor eficacia y cobertura de los servicios públicos *a través de la transferencia de competencias a los niveles subnacionales para que ellos los manejen, de acuerdo a su capacidad de decisión y de manejo de recursos, garantizando una eficiencia del actuar estatal a través de la integración de la sociedad civil*, en los procesos político-administrativos de planificación y control de la ejecución.” (Ministerio de Salud y Previsión Social 1999:9)

El nuevo modelo sanitario actualmente cuenta con un **modelo de descentralización por factores** en el sector salud (como muestra el [Gráfico 3](#)), en el que el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es responsable para las normas y políticas nacionales, los SEDES (como entidades desconcentradas del MSD y dependientes de las Prefecturas) están a cargo de la gestión de los recursos humanos y los Gobiernos Municipales – en gestión compartida con los DILOS (conformados por el Alcalde del Municipio, el Director Técnico del SEDES casi siempre reemplazado por el Director del Hospital y el Representante del Comité de Vigilancia) – tienen la responsabilidad sobre la infraestructura, los insumos y los gastos operativos del sector salud en su jurisdicción, así como indica la LPP.

Sector Social: Descentralización por Factores



Gráfico 3: Modelo descentralizado del sector salud: Descentralización por factores.  
Fuente: Ameller Terrazas 2003:114

Según Zegarra (Zegarra 2004), la gestión descentralizada de salud se basa en los principios de desconcentración funcional (que significa lo mismo que la descentralización por factores) y circunscripción territorial. “El Ministerio de Salud y Previsión Social transfiere al SEDES funciones técnicas, administrativas y operativas, siendo su circunscripción territorial el departamento. El SEDES, a su vez, desconcentra la programación y gestión al Distrito de Salud. El Distrito de Salud se constituye en la unidad básica de gestión de salud, que se organiza según criterios de población, accesibilidad y red de servicios. Los servicios de salud se prestan mediante redes, constituidas por establecimientos estructurados por niveles de atención y escalones de complejidad.” (Zegarra 2004:109)

Los actores importantes en el sector salud y sus principales responsabilidades demuestran el siguiente gráfico (Gráfico 4):

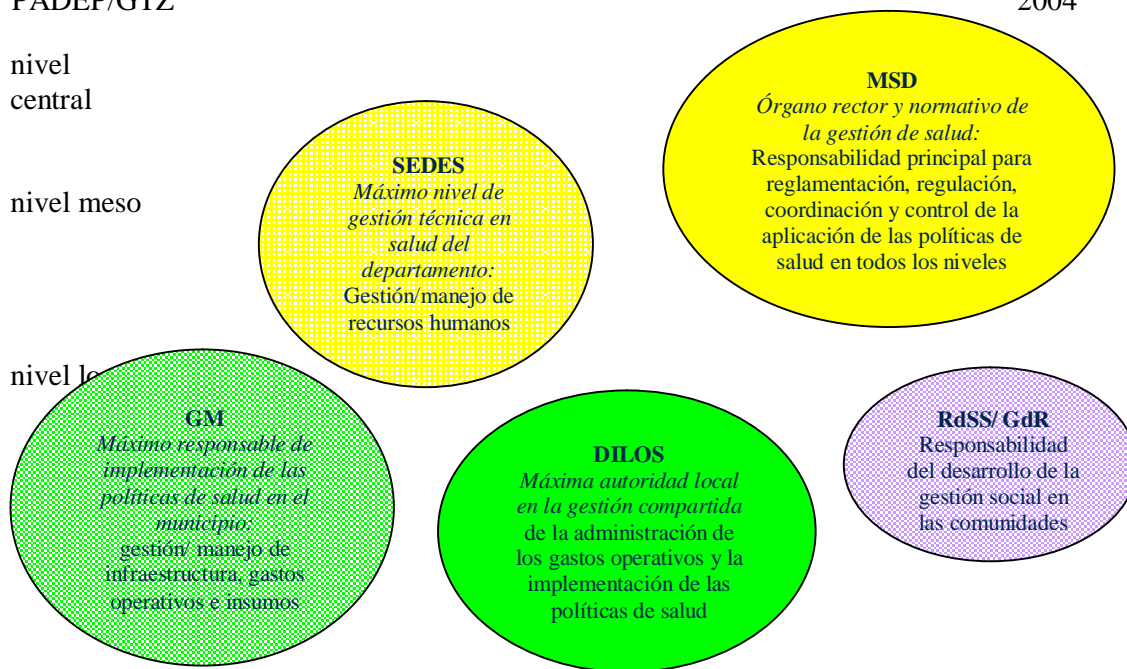


Gráfico 4: Los actores importantes en el sector salud. Fuente: elaboración propia

## V. El SUMI y su administración descentralizada

El SUMI fue implementado en enero de 2003 con la Ley No.2426 “SUMI”, como sucesor del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) y del Seguro Básico de Salud (SBS). Es un seguro gratuito y universal para mujeres gestantes a partir del conocimiento del embarazo hasta seis meses después del parto y para todos los niños/as hasta cinco años, que cubre una multitud de prestaciones exactamente definidas en paquetes de prestaciones para este grupo meta.

El SUMI tiene prioridad en la EBRP y es junto con el programa EXTENSA (recursos humanos para las áreas rurales) una de las políticas priorizadas del sector salud. Su urgente necesidad se muestra en la alta Tasa Mortalidad Infantil y Materna que existe en Bolivia. (Anexo 5) Por eso, **los objetivos más importantes del SUMI** son la disminución de la TMI y TMM y la mejor accesibilidad de los servicios del sector salud para la población más necesitada (población pobre en general, población indígena y población de áreas rurales). Además tiene como meta la implementación del nuevo modelo sanitario y la profundización del proceso de descentralización y participación. El Banco Mundial destaca la importancia del SUMI: “The SUMI responds to the

national health priorities in that it increases the coverage of the health needs of the maternal and child population.” (World Bank 2004:39)

Dos fuentes financian el SUMI: el Tesoro General de la Nación (TGN) paga los recursos humanos del sector público de salud y una transferencia de 10% de la Coparticipación Tributaria a los Municipios cubre los gastos no-personales, los medicamentos e insumos. En caso que no alcancen los fondos de la Coparticipación Tributaria para estos gastos, los Municipios pueden solicitar fondos HIPC II de la Cuenta Especial “Diálogo 2000”. (Anexos 6a y 6b)

La **gestión de los recursos humanos** está en manos de los SEDES, que remuneran los recursos humanos del sector público de los Establecimientos de Salud dentro de sus departamentos, así que no se ha establecido una descentralización política y/o descentralización de toma de decisiones a favor de los Gobiernos Municipales en este aspecto. Más bien se puede decir que se ha llevado a cabo solamente una *desconcentración de la administración de los recursos humanos* del nivel central (del MSD) hacia el nivel meso/ departamental (hacia los SEDES), pero sin embargo el poder de decisión sobre la distribución de los recursos humanos por el país (a los departamentos) y sobre los sueldos y términos de referencia de los recursos humanos del sector público todavía se queda en manos del MSD. Los DILOS y Gobiernos Municipales pueden comunicarse con su SEDES para la consolidación de la planilla departamental, pero la toma de acciones y decisiones administrativas no está en sus manos. (Anexo 7)

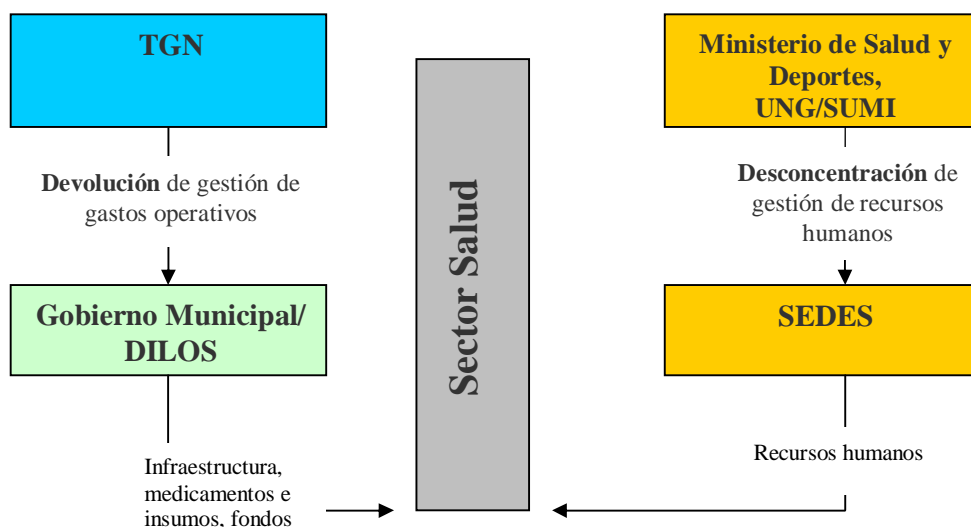
La administración de la Cuenta Municipal de Salud/ SUMI (CMS/SUMI), a donde llegan **los recursos para los gastos operativos** del SUMI, está en manos del Gobierno Municipal a través de la gestión compartida con el DILOS. (Anexo 8) Los Establecimientos de Salud prestan los servicios del SUMI y elaboran la solicitud de reembolso de los medicamentos, gastos no-personales e insumos de los servicios prestados, que después mandan al DILOS para su revisión y aprobación. Una vez aprobado por el DILOS, el Gobierno Municipal reembolsa los gastos declarados a los Establecimientos de Salud. La financiación y fiscalización de los gastos operativos y de ejecución del SUMI es responsabilidad del Gobierno Municipal, pero el saldo de la CMS/SUMI y su cobertura tienen que ser aprobados por el DILOS. El SEDES evalúa



la cobertura y la ejecución presupuestaria de los Municipios y manda la información a la Unidad Nacional de Gestión del SUMI (UNG/SUMI). Así que (como muestra bien el **Anexo 8, primera página**) existe un flujo de información de abajo hacia arriba y igualmente existe un flujo de control de arriba hacia abajo, lo que, sin embargo, no significa una interacción en las competencias de las entidades siguientes. Quiere decir, el SEDES no puede intervenir directamente en el manejo y la administración de los gastos operativos de los Gobiernos Municipales, solamente mediante la realización de auditorías. Hubo una *devolución del manejo de los recursos de gastos operativos de la Coparticipación Tributaria dentro del financiamiento del SUMI*.

Igualmente, **la gestión de los medicamentos e insumos** está en manos del Gobierno Municipal a través de la aprobación de la adquisición de ellos por parte del DILOS. Como muestra bien el **Anexo 8, segunda página** hay un flujo de información de abajo hacia arriba (del DILOS al SEDES y de ahí a la UNG/SUMI y el Sistema Nacional de Información de Salud), pero tampoco con poder de intervención desde arriba que no sean auditorías. También en la gestión de los medicamentos e insumos hubo una *devolución del nivel nacional al nivel local*.

El **Gráfico 5** muestra este esquema de administración descentralizada del SUMI.



**Gráfico 5:** Descentralización del sector salud. Fuente: elaboración propia

Comparando este esquema descentralizado de las transferencias de responsabilidades y competencias en el sector salud con las del esquema del modelo descentralizado del Estado Boliviano, se puede ver que en ambos esquemas existe “solamente” una desconcentración de competencias hacia el nivel meso (hacia las Prefecturas y los SEDES), lo que en el caso de los SEDES se refiere a la gestión de los recursos humanos. Pero de todos modos, en ambos casos el nivel meso tiene poca independencia del nivel central (Gobierno Central y MSD respectivamente). Los SEDES incluso tienen doble cabeza, dado que “tienen estructura propia e independencia de gestión administrativa”, (Zegarra 2001:108) pero también son clasificados como “órganos desconcentrados de las Prefecturas de Departamento.” (Zegarra 2001:108)

Hacia el nivel local existe en ambos esquemas indicios de descentralización en la toma de decisiones (devolución) sobre la infraestructura, los gastos transferidos y la responsabilidad fundamental de la provisión de bienes básicos (como el SUMI).

Resumiendo esta comparación de responsabilidades y competencias de los diferentes niveles se puede decir que el modelo de administración descentralizada del SUMI tiene dos **congruencias** con el esquema descentralizado del Estado Boliviano: primero la desconcentración hacia el nivel meso con la poca independencia de este nivel de administración que tiene del nivel central y, segundo, la devolución de competencias específicas hacia el nivel local, donde existe el poder de toma de decisiones independientes. Pero también existe una **diferencia** importante entre ambos modelos, la que se refiere a la administración, el control y la supervisión de los recursos humanos, lo que en los sectores de salud y educación están en manos del nivel meso, dependiendo del nivel central. En los demás sectores, el nivel central y meso del modelo descentralizado del Estado Boliviano no tiene competencias para interferir en la toma de decisiones sobre los recursos humanos del nivel local (de los Gobiernos Municipales). Dado la importancia de la administración de los recursos humanos para la calidad y la prestación de los servicios de salud en general podemos decir que **el modelo de administración descentralizada del SUMI (el diseño del SUMI) no es congruente con el modelo de descentralización del Estado Boliviano, aunque ha adoptado unos elementos de su esquema.**

Después de haber analizado la asignación de responsabilidades y competencias, vemos en el siguiente gráfico (**Gráfico 6**) una comparación de las instituciones del modelo de administración descentralizada del SUMI con las del modelo descentralizado del Estado Boliviano. El gráfico nos muestra que existen dos niveles “controladoras” del Gobierno Municipal en el esquema descentralizado del Estado Boliviano: el Concejo Municipal y el Comité de Vigilancia, aspecto que conforma una de las particularidades del modelo descentralizado de Bolivia. En el modelo de administración del SUMI existe solamente una entidad controladora del Gobierno Municipal, que es el DILOS. Pero hay que añadir que el máximo representante del Gobierno Municipal, el alcalde, es al mismo tiempo miembro del DILOS. La función de la representación de la sociedad civil en el DILOS cumple solamente el representante del Comité de Vigilancia (los problemas que trae esta figura son analizados más adelante).

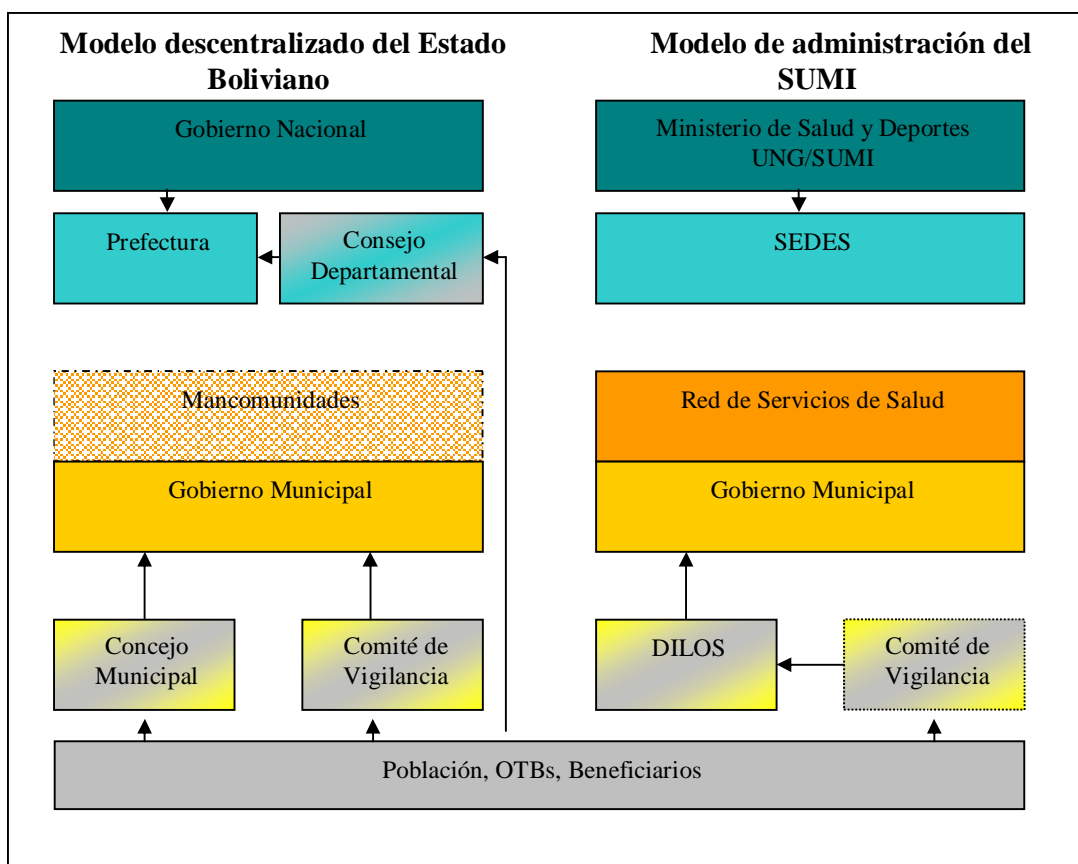


Gráfico 6: Comparación de las instituciones del modelo descentralizado del Estado Boliviano con las del modelo de administración del SUMI. Fuente: elaboración propia

La Red de Servicios de Salud se podría comparar como la correspondencia a las mancomunidades, aunque las mancomunidades son entidades de derecho privado, pero existe la misma lógica en ambos modelos de crear una entidad más entre el nivel local y el nivel departamental, dado que hay muchos municipios pequeños que no tienen la capacidad de asumir sus funciones amplias completamente y satisfactoriamente. (Ver más abajo)

Concluyendo la comparación se puede ver que **los dos modelos tienen congruencia en su estructura, aunque hay diferencias en la representación de la sociedad civil (al nivel local y al nivel meso) y en la forma jurídica de las Mancomunidades y Redes.**

## **VI. Las falencias de la administración descentralizada del SUMI**

Este capítulo apunta a las falencias de la administración descentralizada del SUMI, que surgieron durante la investigación, con el propósito de analizar si se trata de problemas de implementación y/o de diseño del SUMI<sup>3</sup>. En base de los resultados de este capítulo se va a analizar si el SUMI ha sido diseñado en forma adecuada para la óptima provisión de servicios.

Uno de los problemas más grandes en la implementación del SUMI (todavía) es **el desconocimiento** del SUMI, sea el desconocimiento de la existencia o del carácter gratuito del SUMI (sobre todo entre la población con menor educación y de las áreas rurales) o el desconocimiento de la parte técnica (paquetes de prestaciones) del SUMI, lo que debido a una *falta de información desde arriba* fue también un problema en los establecimientos de salud. Las razones de eso son la *falta de difusión* de información y *la falta de compromiso de los Gobiernos Municipales* en esforzar la difusión del conocimiento, quiere decir que a veces los responsables no quieren asumir sus funciones y responsabilidades, aspecto que tiene que ver con el problema de que el **SUMI está visto como un tema político** y todavía **falta el entendimiento del SUMI como medida importante de reducción de la TMI y TMM**. A parte, este problema ocurre por *falta de capacidad del Comité de Vigilancia* que debería asumir esta función

---

<sup>3</sup> Las observaciones sobre cada municipio visitado se pueden ver en el [Anexo 9](#) y más abajo el [Gráfico 7](#) da una lista ordenada de los problemas frecuentes del SUMI observados en los municipios

de informar a la población que representa. En general, es por *falta de capacidad o compromiso de las entidades superiores* (incluye el SEDES y el MSD, pero también de las Redes que casi siempre no tienen la capacidad necesaria), que no cumplen con su responsabilidad de establecer un sistema eficiente de información y promocionar la difusión del conocimiento del SUMI.

#### A. Parte administrativa

- **Falta de un sistema eficiente de información** (sobre todo desde arriba del MSD y del SEDES hasta abajo a los GM, DILOS y Establecimientos de Salud -> mucho retraso en implementación del SUMI en áreas más lejanas)
- **Falta de coordinación** (entre MSD/ SEDES y DILOS, y entre DILOS, GM y Establecimientos de Salud)
- **Falta de capacitaciones** (de los SEDES para los Establecimientos de Salud, GM, y sobre todo para los DILOS)
- **DILOS no están institucionalizados** (sobre todo en áreas rurales) => falta fortalecer y capacitar a los DILOS
- **Falta de capacidades de ejecución y de operacionalización** (sobre todo de los DILOS, de los GM pequeños, las Gerencias y un poco también de los Establecimientos de Salud)
- **Falta de funcionamiento de las Gerencias y de las Redes de Servicios de Salud** => falta desarrollar y fortalecer más el sistema y el funcionamiento de las Gerencias
- **Distribución "arbitraria" de los recursos humanos en los departamentos por parte de los SEDES** => falta de criterios claros, obvios y aceptados de distribución

#### B. Parte política y social

- **SUMI como tema político**, todavía no es bien entendido como medida importante de reducción de la TMI y de la TMM
- **Falta de participación de la sociedad civil**
- **Falta de difusión de conocimiento del SUMI** (sobre todo entre la población/ las mujeres del campo)
- **Falta de difusión de conocimiento técnico sobre el SUMI** (sobre todo entre los involucrados de la parte política y de la sociedad civil – los representantes de los Comités de Vigilancia - y entre la población/ los beneficiarios)
- **Falta desarrollar más el aspecto de la interculturalidad de las atenciones** bajo el SUMI

#### C. Parte técnica

- **Paquetes de prestación de servicios de salud del SUMI son inadecuados**
- **Asignación de medicamentos de los paquetes de prestación de servicios de salud bajo el SUMI es insatisfactoria**

Gráfico 7: Lista de problemas frecuentes observados en los cuatro municipios visitados. Fuente: elaboración propia

Eso parece ser una falla de diseño, dado que las entidades superiores deberían ser los responsables de campañas nacionales de información (de la población, pero también de los involucrados como los Establecimientos de Salud), y no los Gobiernos Municipales que muchas veces tienen pocos recursos y poca capacidad ejecutiva y tampoco los representantes de los Comités de Vigilancia de los DILOS, que son el eslabón más débil en esta unidad.

Otro punto débil de la administración del SUMI es **la coordinación y el sistema de información**. Se ha podido observar problemas serios de coordinación entre el

MSD/ SEDES y los DILOS y entre los DILOS, Gobiernos Municipales y los Establecimientos de Salud. Además no hay un sistema eficiente de información sobre todo desde arriba del nivel central/ meso hasta abajo al nivel local. Esto, sobre todo respecto a las áreas rurales y los municipios pequeños, se muestra claramente en retrasos de implementación del SUMI<sup>4</sup>. Estos problemas no solamente se destacan en la administración del SUMI, pero también en otros sectores de la administración del Estado Boliviano.

A un lado podrían ser problemas que se dan por resultado de un sistema descentralizado mal diseñado del Estado Boliviano. Pero en respeto al sistema de administración descentralizada del nivel central con la transferencia de funciones (desconcentración) hacia el nivel meso no lo parece muy probable, dado que es un sistema de administración de estados muy común, y la falta de un sistema eficiente de administración surge sobre todo de estos dos niveles superiores. Pero los problemas de coordinación y información podrían ocurrir por *falta de otra entidad interlocutora entre el nivel meso y los Gobiernos Municipales*, dado que el territorio boliviano es muy grande y está dividido solamente en nueve departamentos como nivel intermedio. Un punto de referencia para esta hipótesis es el hecho, que la información no llega en tiempo sobre todo a las áreas alejadas de los capitales de departamentos. Queda investigar si la introducción de otro nivel intermedio entre las Prefecturas y los Gobiernos Municipales, podría mejorar la coordinación y ayudar a establecer un sistema más eficiente de información.

Al otro lado parecen ser *problemas de mal manejo de la administración del sector público* en Bolivia y también surgen por parte de una *falta de capacidades de los recursos humanos* de los niveles superiores (del MSD y de los SEDES), que no pueden y/o no quieren cumplir con sus responsabilidades y funciones de establecer un sistema eficiente de información y coordinación. Ambos no se refieren a falencias de los diseños de los modelos. Más parecen ser problemas que se refieren a la tradición cultural de hacer políticas del anterior Estado Centralista<sup>5</sup>. Aquí este tipo de problemas es

---

<sup>4</sup> En un municipio pequeño el SUMI entró en vigencia con cuarto año, en el otro pequeño incluso con medio año de retraso.

<sup>5</sup> Que son: poco "commitment" con los resultados de las decisiones políticas; espíritu centralista y resistencia al cambio; cambio de la mayoría del personal con cada cambio de partido del Gobierno

declarado como problemas de implementación, dado que no se refieren al actual diseño descentralizado del Estado Boliviano.

La falta de coordinación entre las entidades locales (Gobierno Municipal, DILOS y Establecimientos de Salud) se atribuye a otro problema importante: **la falta de institucionalización de los DILOS**. Se ha podido observar, que los DILOS sobre todo en los municipios pequeños muchas veces trabajan muy informal y todavía no se han institucionalizado bien. Esto sobre todo surge por causa de su “*conformación real*” (con un sustituto para el Director Técnico del SEDES), que en pueblos pequeños casi no permite una institucionalización, dado que la toma de decisiones pasa en reuniones informales. Al otro lado, por causa de la falta de institucionalización del DILOS surgen problemas de coordinación dentro del DILOS y de flujo de información y coordinación de los DILOS con los SEDES. Con vista al tamaño de los departamentos, la conformación de los DILOS es - en teoría - un buen modelo de administración del SUMI, pero en realidad imposible de llevar a cabo y se puede declarar como falla de diseño.

Otro problema es **la poca capacidad del representante del Comité de Vigilancia** de cumplir con sus deberes en el DILOS. Él es el eslabón más débil, dado que el alcalde tiene poder político y el sustituto del Director Técnico del SEDES<sup>6</sup> en general tiene conocimiento técnico del sector salud, pero el representante del Comité de Vigilancia no tiene ni el uno ni el otro. Además en general son personas de la sociedad civil con menos capacidades y experiencia, lo que pone en dudas la buena representación de la sociedad civil en la administración del SUMI. Este es a un lado un problema de implementación y al otro lado también una falencia del diseño del SUMI.

Este hecho también podría explicar la **falta de participación de la sociedad civil** en la administración del sector salud, lo que podría ser una posible explicación de **la falta del desarrollo del aspecto de la interculturalidad** en las atenciones bajo el SUMI, aunque este problema también tiene que ver con *la actitud y el conocimiento de las tradiciones, costumbres y culturas originas por parte de los médicos* y con *la falta*

---

Central, que tiene como consecuencia que no se podían institucionalizar a ningún nivel instituciones eficientes con memoria propia; etc.

<sup>6</sup> En tres casos de los municipios es el Director del Hospital, en un caso el Subprefecto.

*de promoción de la interculturalidad por parte de las entidades superiores, que son sobre todo problemas de implementación.*

La falta de capacidades de los recursos humanos de los niveles superiores y de los DILOS es un síntoma de **la falta de capacitación de los recursos humanos** en cada nivel. Más serio que en el nivel central, ésta se puede observar en el nivel intermedio, pero sobre todo en el nivel local. En este aspecto está fallando el MSD y los SEDES, dado que está en sus manos la difusión del conocimiento sobre el SUMI hacia los niveles inferiores. Este problema existe por *falta de capacidades y recursos de los niveles superiores*, pero también tiene que ver con *un mal flujo de información y la mala coordinación entre los niveles*. Sin embargo, más es un problema de implementación, que no solamente existe en la administración del SUMI, pero también en la administración del Estado Boliviano en general.

Otro punto débil es **la falta del funcionamiento de las Gerencias y las Redes de Servicios de Salud**<sup>7</sup>. Esto se da sobre todo por la *falta de recursos financieros asignados* para las Redes. En consecuencia tampoco pueden asumir un rol importante en la administración e implementación del SUMI. Además les *faltan capacidades* a los Gerentes y el *SEDES no asume su rol de seguimiento y apoyo técnico y administrativo* a las Gerencias. Aunque las Redes y las Gerencias parecen adecuadas en el esquema teórico del modelo de administración descentralizada del SUMI – como interlocutores entre el nivel meso y el nivel local –, el diseño muestra fallas, sobre todo en la asignación con recursos financieros, pero también en la falta de poder de toma de decisiones. Por otra parte, también es debido a problemas en la implementación, como la *falta de capacidades y falta de capacitaciones desde arriba al nivel inferior*, pero también por *falta de buena comunicación e información*.

En general, sobre todo en el nivel local (Gobiernos Municipales pequeños, DILOS y Gerencias) se ha podido observar una **falta de capacidad de ejecución y de operacionalización**, por ejemplo en la ejecución de los gastos operativos<sup>8</sup>, pero también en la falta de campañas de información sobre el SUMI, lo que tiene varias razones: *la*

---

<sup>7</sup> En dos de los municipios visitados no funciona la Gerencia de las Redes y en casi todos el Gerente de Red no juega un papel importante en la administración del SUMI.

<sup>8</sup> Este hecho se muestra claramente en la incapacidad de los municipios pequeños de usar (adecuadamente) hasta la fecha sus saldos del financiamiento por parte de la Coparticipación Tributaria del año 2003.



*falta de capacidades de los recursos humanos, la ausencia de capacitaciones para ellos, la reciente creación de la mayoría de los municipios con la LPP en 1994 genera falta de experiencia y memoria institucionalizada.* Todas estas razones más parecen ser un problema general de la administración del Estado Boliviano, así que no específicamente surgen de un mal diseño del SUMI. Por eso, aquí están nombrados como problemas de implementación del SUMI, aunque al otro lado son problemas debido a la cultura e historia política boliviana.

Otro punto observado es *la falta de recursos humanos* del sector público de salud (sobre todo en los hospitales de áreas rurales). Aunque ya existe el programa EXTENSA junto al programa SUMI, el problema fundamental son *los escasos recursos del Estado Boliviano*, que no permiten contratar más personal del sector público. Esta situación desfavorable tampoco se podría cambiar en transferir la gestión y la toma de decisiones sobre los recursos humanos del nivel intermedio al nivel local, sin hacer posible la transferencia de más recursos. Pero parecería que las divergencias de los actores del nivel local con el SEDES se refieren sobre todo a **la distribución “arbitraria” de los recursos humanos** dentro de los departamentos, que tiene su origen en *la falta de criterios claros, obvios y aceptados de distribución*, lo que es una falencia del diseño del SUMI.

Finalmente destacan dos problemas del SUMI en lo que se refiere a la parte técnica. Primero, se ha podido observar la opinión fuerte y frecuentemente repetida en todos los municipios, que **los paquetes de prestación de servicios de salud del SUMI son inadecuados** para el manejo diario en los hospitales, asimismo como, segundo, **la asignación de los medicamentos en los paquetes** de prestación bajo el SUMI es **insatisfactoria** en la opinión de casi todos los que tienen que manejar estos paquetes. Este problema ha ocurrido, según las opiniones de los entrevistados, dado que *la toma de decisión* sobre la composición de los paquetes de prestación del SUMI y sobre la asignación de los medicamentos a cada paquete *fue llevado a cabo por parte de autoridades superiores sin haber consultado la opinión de los médicos sumergidos en la práctica cotidiana.* Pero más que todo, esta crítica por parte de los médicos se refiere a *la inflexibilidad de los tratamientos posibles*, lo que disminuye el poder de decisión de los médicos sobre el tratamiento. Esto también tiene consecuencias para los beneficiarios del SUMI, los que, si el médico decide otro tratamiento fuera del SUMI,

tienen que pagar por sus medicamentos. Estos dos problemas existen por fallas en el diseño de la parte técnica (pero no administrativa) del SUMI.

La siguiente tabla (Tabla 3) resume los resultados desarrollados en este capítulo.

	<b>Problema de implementación del SUMI</b>	<b>Falla de diseño del modelo descentralizado de administración del SUMI</b>
Desconocimiento del SUMI		X
SUMI como tema político	X	
Sistema ineficiente de información	X	X
Coordinación mala entre los niveles	X	X
Falta de institucionalización de los DILOS		X
Poca capacidad del representante del CdV	X	X
Falta de participación de la sociedad civil	X	
Falta de desarrollo del aspecto de la interculturalidad	X	
Falta de capacitaciones de los recursos humanos	X	
Falta de funcionamiento de las Gerencias y de las Redes de Servicios de Salud	X	X
Falta de capacidad de ejecución y de operacionalización	X	
Distribución insatisfactoria de los recursos humanos dentro de los departamentos		X
Inadecuación de los paquetes de prestación		X (parte técnica)
Insuficiencia de la asignación de medicamentos en los paquetes de prestación		X (parte técnica)

Tabla 3: Enumeración de los problemas de implementación y/o de diseño. Fuente: elaboración propia

## VII. Conclusiones y recomendaciones

Aunque el modelo de administración descentralizada del SUMI refleja un buen comienzo para lograr el objetivo fundamental de la descentralización para establecer “un sistema institucional que permite que las decisiones sean tomadas cerca de donde van a ser ejecutadas a fin de que se adapten y ajusten mejor a las características económicas, políticas y culturales del ámbito en que se efectúa la intervención pública”, (Laserna 2003:203) hemos visto que existen varios problemas de implementación así como fallas en el diseño del modelo.

Por eso, se podría pensar en otras posibilidades del diseño del SUMI para la óptima provisión de servicios de salud, para que se pueda alcanzar el objetivo del MSD de “lograr una mayor eficacia y cobertura de los servicios públicos... garantizando una

eficiencia del actuar estatal” (Ministerio de Salud y Previsión Social 1999:9) a través de la descentralización del sector salud. Como postula el Banco Mundial: “Decentralization itself is neither good nor bad. It is a means to an end, often imposed by political reality. The issue is whether it is successful or not.” (World Bank 1999/2000:107)

En este sentido, en el siguiente se presenta una opción de un rediseño del modelo de administración descentralizada del SUMI para la mejor toma de decisiones y la óptima provisión de los servicios en el sector salud (el servicio del SUMI). Este modelo sugiere **el establecimiento de un nivel intermedio (adicional) cerca al nivel local**, pero que serviría como interlocutor entre el nivel meso y el nivel local, dado que según los resultados del análisis de este estudio no es muy probable que una transferencia de las competencias del SUMI al nivel meso (las Prefecturas/ SEDES) va a poder resolver los problemas detectados. Primero, por la gran extensión territorial de los departamentos el nivel meso sería una entidad muy lejana de su grupo meta y del nivel donde realmente va a ser ejecutado el SUMI. Segundo, es muy probable por lo anteriormente mencionado que los problemas grandes de la ausencia de información y la falta de coordinación entre todos los niveles, pero sobre todo entre el nivel meso y local, se empeorarían con la transferencia de la administración y/o la transferencia de la toma de decisiones sobre el SUMI al nivel meso, dado que la desinformación y la falta de coordinación son más visibles en los municipios pequeños y alejados de las capitales departamentales.

**Por eso, la transferencia de la administración del SUMI al nivel meso con la transferencia administrativa y/o la transferencia del poder de decisión no va a poder resolver los problemas detectados en el estudio de análisis del SUMI.**

**Entonces, se debe establecer un nivel intermedio entre el nivel meso y local con poder administrativo y de toma de decisiones, donde los costos y los beneficios sean mejor internalizados, para lograr la óptima prestación de los servicios del SUMI.**

Este modelo rediseñado podría contar con un nivel intermedio de las Redes de Servicios de Salud, pero, en comparación con el modelo actual, rediseñadas y fortalecidas, a donde se transferiría todas las competencias de la gestión del SUMI de los municipios pequeños (junto con los recursos de la Coparticipación Tributaria y la administración de los recursos humanos para toda su jurisdicción), para que las Redes rediseñadas como nivel intermedio manejen la administración del SUMI en su jurisdicción incluyendo el poder de toma de decisiones.

En este modelo rediseñado, la conformación de los DILOS sería igual como ya existe en el caso de formación de mancomunidades en el sector salud. (Anexo 10) Pero a cambio del modelo actual de las Redes se tendría que reformular la distribución de ellas, para que tengan una jurisdicción más amplia, por ejemplo de regiones (como el Norte de Potosí, el Chaco y la Chiquitania etc.), tomando en cuenta las particularidades culturales, históricas y geográficas de cada región. Además habría que asegurar en este nivel intermedio el empleo de personas con las mejores capacidades en el sector salud para la buena administración y la toma de decisiones adecuadas del SUMI.

Valdría la pena establecer una distinción de la transferencia de competencias al nivel local entre municipios grandes con más de 50.000 habitantes y municipios pequeños con menos de 15.000 habitantes (lo que se refiere a aproximadamente dos tercera partes de los municipios, ver Anexo 11), dado que se puede observar los problemas más grandes en los municipios pequeños con poca capacidad institucional, de ejecución y operacionalización. En este modelo, los municipios con más de 50.000 habitantes (19 municipios) se quedarían con las competencias y recursos de la actual administración del SUMI y se podría transferir éstos también a solicitud a los municipios con una población entre 15.000 hasta 50.000 habitantes (88 municipios) siempre y cuando tengan y demuestren la capacidad de ejecución del SUMI. Respecto a los municipios con menos de 15.000 habitantes (207 municipios), el nivel intermedio (las Redes rediseñadas y fortalecidas) asumiría las competencias y el poder de toma de decisiones con los recursos respectivos. Pero en todo caso, la gestión de los recursos humanos (pago de sueldos, poder de distribución, fiscalización del desempeño etc.) debería estar en manos de las Redes rediseñadas y fortalecidas en vez de las SEDES, para asegurar la distribución más adecuada y más equitativa dentro de la región de la Red.

El siguiente gráfico (Gráfico 8) demuestra la administración descentralizada del SUMI con las Redes rediseñadas y fortalecidas con recursos, personal capacitado y competencias del SUMI.

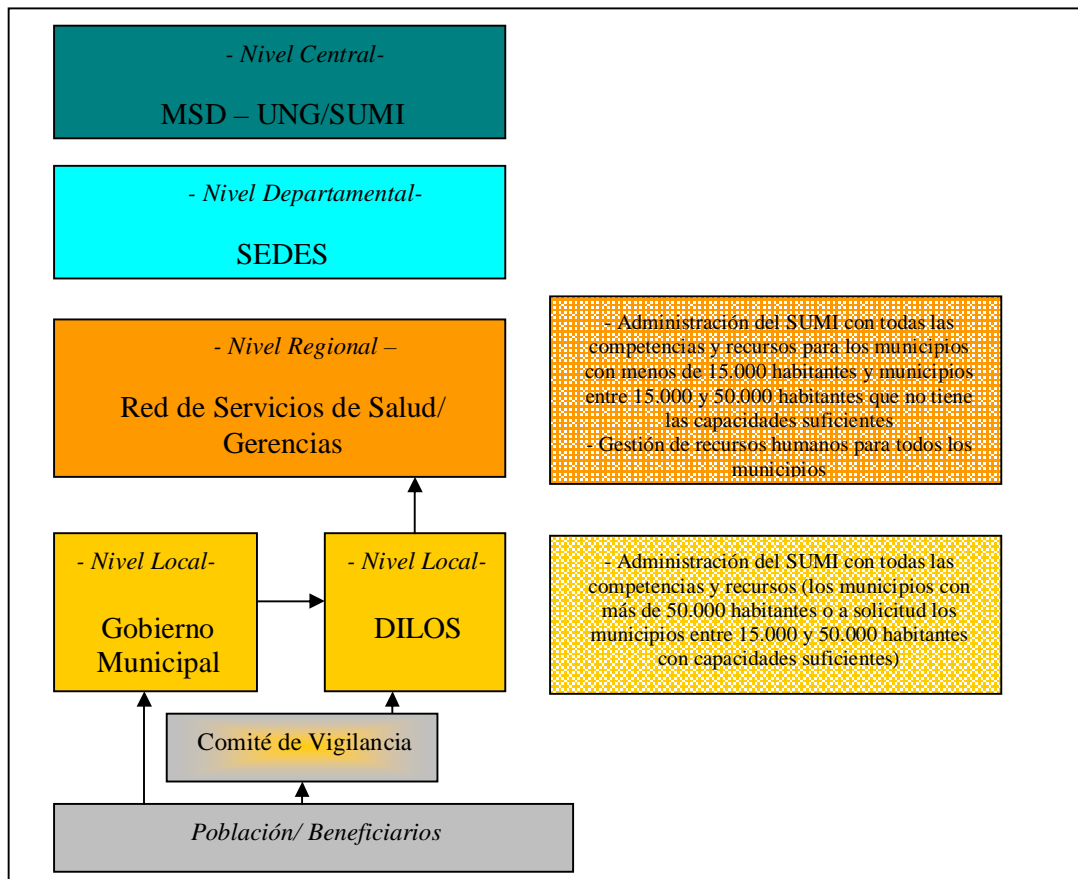


Gráfico 8: Posibilidad de rediseñar el modelo de administración descentralizada del SUMI. Fuente: elaboración propia.

Con este modelo rediseñado se podría mejorar el problema de la falta de capacidad de ejecución y de operacionalización y el problema de la falta de capacidades en general sobre todo en los municipios pequeños, dado que las tareas y competencias serían transferidas y serían asumidas por el nivel intermedio con más capacidades. Otra **justificación de este modelo** es el mejor funcionamiento y la más probable institucionalización de los DILOS, dado que ya no será necesario establecer DILOS en cada municipio pequeño. Más bien se podría constituir un Directorio de la Red con representación de cada uno de los DILOS componentes, en que supuestamente será elegido el alcalde de los municipios de la Red más comprometido con el área de salud, el representante de la sociedad civil con más capacidades y en el mejor caso también

con conocimiento de este sector y además será establecido el Directorio con un representante mandado por el SEDES, lo que establecería la conexión de las Redes con los SEDES. Además es muy probable que se mejoraría el funcionamiento de las Gerencias, dado que solamente habría una Gerencia, pero con más capacidades y recursos, para todos los municipios unidos en el nivel intermedio en la gestión del SUMI.

Con el modelo rediseñado también se podría mejorar el flujo de información y la coordinación entre las entidades diferentes, que principalmente en los municipios alejados es un problema grave. Con este nivel intermedio entre el nivel local y el nivel departamental sería más fácil la acumulación (desde el SEDES) y distribución (hacia los municipios) de informaciones y por eso también la fiscalización de la gestión del SUMI. A partir de este nivel intermedio también sería más fácil y posible llevar a cabo campañas de información de la población y de los trabajadores en el sector salud (entre otros por aspectos económicos y presupuestarios).

Dado que las Redes tendrían el poder de toma de decisiones sobre la gestión de los recursos humanos, es probable que se podría lograr una distribución más eficiente y más justa de los recursos humanos dentro de las Redes, pero también dentro de los departamentos.

La gran ventaja de este modelo rediseñado de administración descentralizada del SUMI sería aprovechar de las economías de escala de la administración del SUMI y del sector salud respectivamente al nivel intermedio. Además ya existe la estructura y (solamente) se tendría que rediseñar la asignación de competencias y recursos dentro del modelo descentralizado de administración del SUMI.

**Resumiendo, se sugiere establecer un nivel intermedio para resolver los problemas observados de la administración descentralizada del SUMI y para lograr la óptima prestación de los servicios de salud, en este caso de los servicios del SUMI.**

**Dada la gran cantidad de municipios pequeños y sus problemas grandes, que dentro de la ejecución y administración del SUMI en general son mayor**

**que en los municipios grandes, se sugiere además que se adopte en el sector salud el principio de `competencias diferenciadas´ otorgándolas a diferentes niveles estatales según tamaño y capacidades de los municipios.**

Habiendo visto las falencias del actual modelo de administración descentralizada del SUMI y una opción de un rediseño posible, sacamos de este análisis de problemas de implementación y falencias del diseño del SUMI la siguiente conclusión:

**El modelo de administración descentralizada del SUMI, dada la realidad política y administrativa del funcionamiento, de la estructura y del manejo del Estado Boliviano con sus diferentes capacidades y limitaciones, no ha sido diseñado en forma adecuada para la óptima provisión de los servicios en el sector salud (el servicio del SUMI).**

## IX. Fuentes

- **Ameller Terrazas, Vladimir (2002):** Diálogo para la Descentralización: Provocaciones, Avances y Desengaños. COSUDE. La Paz: Plural editores
- **Laserna, Roberto (2003):** Las Prefecturas: El Eslabón Perdido de la Descentralización; In: FES-ILDIS/ Plural editores (ed.): La Descentralización que se Viene: Propuesta para la (Re)Constitución del Nivel Estatal Intermedio. La Paz: Plural editores. 203-235
- **Mills, Anne/ Vaughan, J. Patrick/ Smith, Duane L./ Tabibzadeh, Iraj (Hrsg.) (1990):** Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country experience. Geneva: The World Health Organization
- **Ministerio de Salud y Previsión Social (1999):** Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Gestión Pública Descentralizada en los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). Bolivia/ La Paz, Diciembre 1999
- **Rondinelli, Dennis A. (1981):** Government Decentralization in Comparative Theory and Practice in Developing Countries. In: International Review of Administrative Sciences, Vol.47 (2). 133-145
- **Rondinelli, Dennis A. (1999/2000):** Dezentralisierung und Wirtschaftliche Entwicklung: Eine Einführung. In: WeltTrends No.25, Winter 1999/2000. 7-20
- **World Bank (1999/2000):** Entering the 21<sup>st</sup> Century. World Development Report 1999/2000. Chapter 5: Decentralization: Rethinking Government. Oxford: Oxford University Press (published for The World Bank). 107-124
- **World Bank (2004):** Health Sector Reform in Bolivia: A Decentralization Case Study. A World Bank Country Study. Washington, D.C.: The World Bank
- **Zegarra Saldaña, Pablo Eduardo (2004):** Aplicación del Sistema Integral de Gestión y Administración (BMS) al Sector Salud. En: Investigación y Desarrollo, No.4, Enero/ Junio de 2004. Universidad Privada Boliviana (UPB). 107-117

### Leyes:

- **Ley de Descentralización Administrativa/ Ley No. 1654, 28 de Julio de 1995,** Víctor Hugo Cárdenas Conde



- **Ley de Diálogo Nacional/** Ley No. 2235, 31 de Julio de 2001, Jorge Quiroga Ramírez
- **Ley de Municipalidades/** Ley No. 2028, 28 de Octubre de 1999, (Honorable Congreso Nacional)
- **Ley de Participación Popular/** Ley No. 1551, 20 de Abril de 1994, Gonzalo Sanchez de Lozada
- **Ley de Seguro Universal Materno Infantil/** Ley No. 2426, 21 de Noviembre de 2002, Gonzalo Sanchez de Lozada
- República de Bolivia (2002): **Constitución Política del Estado**, Reformada y aprobada por Ley No.1615 de 5 de Febrero de 1995. Sexta Edición, La Paz: U.P.S.Editorial

# **ANEXOS**

## Anexo 1: Lista de entrevistados

No	Nombre	Institución y Cargo	Dirección	Tema de entrevista	Fecha y hora
			<b>I. LA PAZ</b>		
1	Dr. Emilio Pardo Navarro	Ministerio de Salud y Deporte, Jefe de la Unidad Nacional del SUMI	Ministerio de Salud y Deporte Capitán Ravelo 2199, 4to. piso Tel. 2442666 o 71561008 <a href="mailto:emilopardo@mail.com">emilopardo@mail.com</a>	general, para obtener ideas, sin cuestionario	10.03.2004 14.30-15.30
2	Edwin Sanchez	Ministerio de Salud y Deporte, Jefe de la Unidad Nacional del SUMI	Ministerio de Salud y Deporte Capitán Ravelo 2199, 4to. piso Tel. 2442666	general, para obtener ideas, sin cuestionario	10.03.2004 14.30-15.30
3	Sr. Franz Tamayo	Honorable Alcaldía Municipal de La Paz	HAMPLP (Mariscal Santa Cruz)	general, para obtener ideas, sin cuestionario	11.03.2004 16.15-16.45
4	Dr. Victor Conde(z)	Servicio Departamental de Salud, La Paz	Servicio Departamental de Salud Capitán Ravelo 71584569	general, para obtener ideas, sin cuestionario	16.03.2004 14:30-15:00
			<b>II. NORTE POTOSÍ</b>		
			<b>LLALLAGUA</b>		
5	Lic. Eliana Meruira Silva	Administradora "Hospital Obrera"	Hospital "Madre Obrera", 2° nivel de atención, Llallagua 02-5820789 (oficina) 02-5820136 (domic.) 71886489 (celular)	Cuest. No.10	06.09.2004 14:00-15:40
6	Lic. Arturo López Contreras	HAM Llallagua Encargado de Desarrollo Humano	HAM Llallagua (por la Plaza)	Cuest. No.2	06.09.2004 12:30-13:15
7	Lic. Filemón Iriarte	AT Norte Potosí, GTZ	PADEP- GTZ Norte Potosí Calle 23 de Marzo esq. Oruro Llallagua 5821680 - 81	Cuest. No.12	06.09.2004 18:00-18:30
8	Lic. Germán Mena	Gerente de Red de Servicios de Salud	Yuncia #44 Llallagua 71184883	Cuest. No.7	07.09.2004 9:00-9:30
9	Señor Walter Claros	H. Alcalde Municipal de Llallagua	HAM Llallagua	Cuest. No.1	07.09.2004 14:30-15:00
10	Señor Adolfo Montoya	Representante del Comité de Vigilancia en el DILOS	Comité de Vigilancia Llallagua	Cuest. No. 6	07.09.2004 16:00-16:30
11	Lic. Amilcar Lozcano	Oficial Mayo Administrativo	HAM Llallagua, Oficina de Administración Financiera	Cuest. No.3	07.09.2004 16:30-17:30
12	Dr. Oscar Peredo	Director del Hospital "Madre Obrera"	Hospital "Madre Obrera", 2° nivel de atención, Llallagua 02-5820789 (oficina administración)	Cuest. No.6	08.09.2004 8:00-8:30
			<b>CARIPUYO</b>		
13	Dr. Walter Mareño	Honorable Alcalde de Caripuyo	HAM Caripuyo Caripuyo	Cuest. No.1	08.09.2004 12:30-13:00
14	Sr. Ronaldo Leonardo Canaviri Quilo	Representante del Comité de Vigilancia en el DILOS	Comité de Vigilancia Caripuyo	Cuest. No.5	08.09.2004 14:30-14:50
15	Sr. Vladimir Camacho	Jefe Médico	Hospital "Corazón de Maria" 1° nivel de atención, Caripuyo	Cuest. No.8	08.09.2004 18:00-18:30

16	Renato Unllez	Auxiliar administrador	HAM Caripuyo Administración Financiera	Cuest. No.3	08.09.2004 19:00-19:15
			<b>MMNP – Llallagua</b>		
17	Lic. Julio Gandarillas	Gerente de la Mancomunidad de los Municipios del Norte de Potosí	Mancomunidad del Norte de Potosí Calle 23 de Marzo, esq. Oruro s/n Tel. 5821683	Cuest. No.4	09.09.2004 11:00-11:20
			<b>POTOSÍ</b>		
18	Dra. Rosa Medina  <i>-jmandar resultados!-</i>	Responsable del SUMI, Departamento Potosí	SEDES Departamento Potosí Calle Frías esq. Cochabamba Tel. 6227449 Privat: Av. P. D. Miuello No.14, Plan 40 Tel. 6242518	Cuest. No.9	10.09.2004 11:30-12:00
19	Doctora Daly Santa María	Directora Desarrollo Humano de la Prefectura	Prefectura Potosí Potosí 6228015 (oficina) 71833287 (celular)	Cuest. No.2	10.09.2004 15:00-15:30
			<b>III. SANTA CRUZ</b>		
			<b>CAMIRI</b>		
20	Lic. Lazaro Vargas	Honorable Alcalde de Camiri	HAM Camiri	Cuest. No.1	21.09.2004 9:30-10:00
21	Lic. Rosaria Miranda	Administradora del Hospital “Hospital de Camiri”	Hospital “Hospital de Camiri” 2° nivel de atención, Camiri	Cuest. No.3	21.09.2004 10:15-10:35
22	Andrés Bravo	Estadístico Convenio de Salud	Convenio Ministerio de Salud Vicariato de Cuevo 3- 9522147 <a href="mailto:convenio@cidis.scbbs-bo.com">convenio@cidis.scbbs-bo.com</a> Camiri	Cuest. No.12	21.09.2004 10:55-11:10
23	Lic. Jaime Amorós Suárez	Administrador del Convenio de Salud	Convenio Ministerio de Salud Vicariato de Cuevo 3- 9522147 <a href="mailto:convenio@cidis.scbbs-bo.com">convenio@cidis.scbbs-bo.com</a> Camiri	Cuest. No.12	21.09.2004 11:00-11:30
24	Dr. Siegfried Pierola I.	Administrador del Personal del Hospital	Hospital Distrital Camiri 2° nivel de atención Camiri 71668531	Cuest. No.10	21.09.2004 17:10-18:10
25	Rubén Navia Barrancos	Presidente Consejo Municipal Miembro del DILOS	Consejo Municipal HAM Camiri 9522332	Cuest. No.5	21.09.2004 18:30-19:00
26	Sr. Carmen Palenque	Presidente Comité de Vigilancia Miembro del DILOS	Comité de Vigilancia Ex Campamento YPFB 71606977	Cuest. No.6	22.09.2004 10:30-11:00
			<b>LAGUNILLAS</b>		
27	Sr. Dionisio Viravico Vásquez	Honorable Alcalde Lagunillas	Alcaldía Lagunillas 3- 3137129 71084655	Cuest. No.1	22.09.2004 17:00-17:45
28	Lic. Arnoldo Aguilera	Mayor Oficial HAM Lagunillas	HAM Lagunillas 3- 3137129	Cuest.3 *grupo	23.09.2004 10:00-11:30
29	Sra. Heiling Medina	Administradora del Hospital “San Luis”	Hospital “San Luis” 2° nivel de atención Lagunillas	Cuest.3 *grupo	23.09.2004 10:00-11:30
30	Bernardo López	Comité de Vigilancia	Lagunillas	Cuest.3 *grupo	23.09.2004

		Lagunillas Miembro del DILOS	(Vive en Pampa Redonda)		10:00-11:30
31	Dr. Manuel Besera Durán	Director del Área/ Director del Hospital	Hospital "San Luis" 2º nivel de atención Lagunillas 3- 3137129	Cuest.3 *grupo	23.09.2004 10:00-11:30
32	Sr. Esteban Salazar	Gerente de la Red Cordillera	Gerencia de la Red Cordillera Convenio de Salud Ministerio de Salud Vicariato de Cuevo 3- 9522147 Camiri	Cuest. No.7	23.09.2004 17:30-18:15

## Anexo 2: Objetivos de entrevistas

1.	<p><b>GM: Alcalde o su suplente</b></p> <p>(también miembro de DILOS)</p>	<p><b>I. Importancia del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- importancia del SUMI para el GM</li> <li>- miembro del DILOS</li> </ul> <p><b>II. Conocimiento y aceptación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento, aceptación y afiliación al SUMI</li> </ul> <p><b>III. Problemas de implementación y coordinación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación del SUMI en su jurisdicción</li> <li>- mecanismo de cobro y pago</li> <li>- gestión de medicamentos e insumos</li> <li>- gestión compartida del GM y DILOS</li> <li>- interacciones con el MSD</li> <li>- interacciones con el SEDES</li> <li>- capacidad del GM de llevar a cabo el SUMI</li> </ul> <p><b>VI. Asunto de poder de decisión, autonomía y competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formación de mancomunidades</li> <li>- suficiente autonomía del GM</li> </ul> <p><b>V. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de recursos humanos en su jurisdicción</li> <li>- contratación de personal a propio cargo</li> </ul> <p><b>VI. Otro modelo de administración del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- fallas del diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> </ul> <p><b>VII. Uso de recursos de gastos operativos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uso de remanentes de la CMS/SUMI</li> </ul> <p><i>si queda tiempo:</i></p> <p><b>VIII. Situación de salud y efecto del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de salud en su jurisdicción y efecto del SUMI</li> <li>- calidad de servicios</li> </ul>
2.	<p><b>GM: Responsable del área salud</b></p>	<p><b>I. Importancia del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- importancia del SUMI para el GM (y el alcalde)</li> </ul> <p><b>II. Conocimiento y aceptación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento, aceptación y afiliación al SUMI</li> </ul> <p><b>III. Problemas de implementación y coordinación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación del SUMI en su jurisdicción</li> <li>- mecanismo de cobro y pago</li> <li>- gestión de medicamentos e insumos</li> <li>- gestión compartida del GM y DILOS</li> <li>- interacciones con el MSD</li> <li>- interacciones con el SEDES</li> <li>- capacidad del GM de llevar a cabo el SUMI</li> </ul> <p><b>VI. Asunto de poder de decisión, autonomía y competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formación de mancomunidades</li> <li>- suficiente autonomía del GM</li> </ul> <p><b>V. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de recursos humanos en su jurisdicción</li> <li>- contratación de personal a propio cargo</li> </ul> <p><b>VI. Otro modelo de administración del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- fallas del diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> </ul> <p><b>VII. Uso de recursos de gastos operativos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uso de remanentes de la CMS/SUMI</li> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> </ul> <p><b>VIII. Situación de salud y efecto del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de salud en su jurisdicción y efecto del SUMI</li> <li>- calidad de servicios</li> </ul>

3.	<b>GM: Responsable de la CMS/SUMI</b>	<p><b>I. Importancia del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- importancia del SUMI para el GM (y el alcalde)</li> </ul> <p><b>II. Conocimiento y aceptación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento y aceptación del SUMI</li> </ul> <p><b>III. Problemas de implementación y coordinación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación del SUMI en su jurisdicción</li> <li>- mecanismo de cobro y pago</li> <li>- gestión de medicamentos e insumos</li> <li>- gestión compartida con el DILOS</li> <li>- capacidad del GM de llevar a cabo el SUMI</li> </ul> <p><b>IV. Gestión de la CMS/SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de la CMS/SUMI (2003 y 2004)</li> <li>- desembolsos de prestaciones declaradas</li> <li>- uso de remanentes de la CMS/SUMI</li> <li>- recursos del Fondo Solidario Nacional</li> <li>- traspaso de la Coparticipación Tributaria</li> </ul> <p><b>V. Asunto de poder de decisión, autonomía y competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formación de mancomunidades</li> <li>- suficiente autonomía del GM</li> </ul> <p><b>VI. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de recursos humanos</li> <li>- contratación de personal a propio cargo</li> </ul> <p><b>VI. Otro modelo de administración del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- fallas del diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> </ul>
4.	<b>Mancomunidades</b>	<p><b>I. Importancia del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- importancia del SUMI</li> </ul> <p><b>II. Conocimiento y aceptación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento y aceptación del SUMI</li> </ul> <p><b>III. Problemas de implementación y coordinación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación del SUMI en su jurisdicción</li> <li>- capacidad del GM de llevar a cabo la administración del SUMI</li> <li>- gestión compartida con el DILOS</li> </ul> <p><b>IV. Asunto de poder de decisión, autonomía y competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formación de mancomunidades/ ventajas de mancomunidades</li> <li>- obstáculos de formación de mancomunidades</li> <li>- suficiente autonomía del GM</li> </ul> <p><b>V. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de recursos humanos en la mancomunidad</li> </ul> <p><b>VI. Interacción con SEDES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interacción con SEDES</li> </ul> <p><b>VII. Otro modelo de administración del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- fallas del diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> </ul> <p><i>si queda tiempo</i></p> <p><b>VIII. Situación de salud y efecto del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de salud y efecto del SUMI</li> <li>- calidad de servicios</li> </ul>
5.	<b>Concejo Municipal/ Comité de Vigilancia</b>	<p><b>I. Importancia del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- importancia del SUMI (y para el alcalde)</li> </ul> <p><b>II. Conocimiento y aceptación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento y aceptación del SUMI</li> </ul> <p><b>III. Imagen sobre el SUMI</b></p> <p><b>IV. Problemas de implementación y coordinación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación del SUMI</li> <li>- mecanismo de cobro y pago</li> <li>- manejo de recursos de gastos operativos</li> <li>- gestión de medicamentos e insumos</li> <li>- gestión compartida de DILOS y GM</li> <li>- participación de la población/ de las OTBs</li> <li>- capacidad del GM de llevar a cabo la administración del SUMI</li> </ul> <p><b>V. Asunto de poder de decisión, autonomía y competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formación de mancomunidades</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- suficiente autonomía del GM</li> </ul> <p><b>VI. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de recursos humanos</li> </ul> <p><b>VII. Otro modelo de administración del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- fallas del diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> </ul> <p><b>VIII. Situación de salud y efecto del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de salud en su jurisdicción y efecto del SUMI</li> <li>- calidad de servicios</li> </ul>
6.	<b>DILOS: Representante del Comité de Vigilancia</b>	<p><b>I. Importancia del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- importancia del SUMI (y para alcalde)</li> </ul> <p><b>II. Conocimiento y aceptación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento, aceptación y afiliación al SUMI</li> </ul> <p><b>III. Problemas de implementación y coordinación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación del SUMI</li> <li>- mecanismo de cobro y pago</li> <li>- gestión de medicamentos e insumos</li> <li>- gestión compartida del DILOS y GM</li> <li>- interacción con MSD</li> <li>- interacción con SEDES</li> <li>- capacidad del GM</li> <li>- denuncias de la población</li> </ul> <p><b>VI. Asunto de poder de decisión, autonomía y competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formación de mancomunidades</li> <li>- suficiente autonomía del GM</li> </ul> <p><b>V. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de recursos humanos en su jurisdicción</li> <li>- competencias del SEDES y DILOS</li> <li>- contratación de personal a propio cargo</li> </ul> <p><b>VI. Otro modelo de administración del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- fallas del diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> </ul> <p><b>VII. Uso de remanentes de la Coparticipación Tributaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uso de remanentes de la Coparticipación Tributaria</li> </ul> <p><b>VIII. Situación de salud y efecto del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de salud y efecto del SUMI</li> <li>- calidad de servicios</li> </ul>
7.	<b>DILOS: Gerente de Red</b>	<p><b>I. Importancia del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- importancia del SUMI (y para alcalde)</li> </ul> <p><b>II. Conocimiento y aceptación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento, aceptación y afiliación al SUMI</li> </ul> <p><b>III. Problemas de implementación y coordinación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación del SUMI</li> <li>- mecanismo de cobro y pago</li> <li>- gestión de medicamentos e insumos</li> <li>- gestión compartida del DILOS y GM</li> <li>- interacción con MSD</li> <li>- interacción con SEDES</li> <li>- auditorías médicas y administrativas</li> <li>- denuncias de la población</li> <li>- capacidad del GM</li> </ul> <p><b>VI. Asunto de poder de decisión, autonomía y competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formación de mancomunidades</li> <li>- suficiente autonomía del GM</li> </ul> <p><b>V. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de recursos humanos en su jurisdicción</li> <li>- competencias del SEDES y DILOS</li> <li>- contratación de personal a propio cargo</li> </ul> <p><b>VI. Otro modelo de administración del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- fallas del diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> </ul> <p><b>VII. Uso de remanentes de la Coparticipación Tributaria</b></p>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- uso de remanentes de la Coparticipación Tributaria</li> </ul> <p><b>VIII. Situación de salud y efecto del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de salud y efecto del SUMI</li> <li>- calidad de servicios</li> <li>- y efecto del SUMI</li> </ul>
8.	<p><b>Director Técnico de SEDES</b></p> <p>(también miembro de DILOS)</p>	<p><b>I. Importancia del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- importancia del SUMI</li> </ul> <p><b>II. Conocimiento y aceptación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento, aceptación y afiliación al SUMI</li> </ul> <p><b>III. Problemas de implementación y coordinación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación del SUMI en su jurisdicción</li> <li>- mecanismo de cobro y pago</li> <li>- gestión de medicamentos e insumos</li> <li>- interacciones con el MSD</li> <li>- interacciones con los DILOS</li> <li>- auditorías médicas y administrativas</li> <li>- gestión compartida del GM y DILOS</li> <li>- capacidad de los GM de llevar a cabo el SUMI</li> </ul> <p><b>VI. Asunto de poder de decisión, autonomía y competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- competencias entre DILOS, GM y Establecimientos de Salud</li> <li>- suficiente autonomía del GM</li> <li>- formación de mancomunidades</li> </ul> <p><b>V. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de recursos humanos en su jurisdicción</li> <li>- competencias de SEDES y DILOS</li> </ul> <p><b>VI. Otro modelo de administración del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- fallas del diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> </ul> <p><b>VII. Situación de salud y efecto del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de salud y efecto del SUMI</li> <li>- calidad de servicios</li> </ul>
9.	<p><b>SEDES: Unidad Departamental de Gestión del SUMI</b></p>	<p><b>I. Importancia del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- importancia del SUMI</li> </ul> <p><b>II. Conocimiento y aceptación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento, aceptación y afiliación al SUMI</li> </ul> <p><b>III. Problemas de implementación y coordinación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación del SUMI en su jurisdicción</li> <li>- mecanismo de cobro y pago</li> <li>- gestión de medicamentos e insumos</li> <li>- interacciones con el MSD</li> <li>- interacciones con los DILOS</li> <li>- auditorías médicas y administrativas</li> <li>- talleres para el perfeccionamiento del personal de DILOS etc.</li> <li>- gestión compartida del GM y DILOS</li> <li>- capacidad de los GM de llevar a cabo el SUMI</li> </ul> <p><b>VI. Asunto de poder de decisión, autonomía y competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- competencias entre DILOS, GM y Establecimientos de Salud</li> <li>- suficiente autonomía del GM</li> <li>- formación de mancomunidades</li> </ul> <p><b>V. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de recursos humanos en su jurisdicción</li> <li>- competencias de SEDES y DILOS</li> </ul> <p><b>VI. Otro modelo de administración del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- fallas del diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> </ul> <p><b>VII. Evaluación de coberturas y ejecución presupuestaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presupuesto 2003/2004</li> <li>- Fondos de la Copart. Tribut. y del Fondo Solidario Nacional</li> </ul> <p><i>si queda tiempo:</i></p> <p><b>VIII. Situación de salud y efecto del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de salud y efecto del SUMI</li> <li>- calidad de servicios</li> </ul>

10.	<b>Establecimientos de Salud</b>	<p><b>I. Importancia del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- importancia del SUMI</li> </ul> <p><b>II. Conocimiento del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento y aceptación del SUMI</li> </ul> <p><b>III. Problemas de implementación y coordinación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación del SUMI en su establecimiento</li> <li>- cumplimiento de funciones</li> <li>- mecanismo de cobro y pago</li> <li>- gestión de medicamentos e insumos</li> <li>- gestión compartida de DILOS y GM</li> <li>- interacciones con el SEDES</li> <li>- interacciones con la Red de Servicios de Salud</li> </ul> <p><b>VI. Asunto de poder de decisión, autonomía y competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- capacidad de los GM</li> <li>- formación de mancomunidades</li> </ul> <p><b>V. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de recursos humanos</li> </ul> <p><b>VI. Otro modelo de administración del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- fallas del diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> </ul> <p><b>VII. Situación de salud y efecto del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de salud y efecto del SUMI</li> <li>- calidad de servicios</li> </ul>
11.	<b>Beneficiarios/ Población</b>	<p><b>I. Conocimiento y uso del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento del SUMI</li> <li>- uso del SUMI</li> </ul> <p><b>II. Opinión sobre el SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- opinión sobre el SUMI</li> <li>- problemas del SUMI</li> </ul> <p><b>III. Problemas mientras el tratamiento con SUMI</b></p> <p><b>IV. Aceptación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aceptación del SUMI</li> </ul> <p><b>V. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de los recursos humanos</li> </ul> <p><b>VI. Efecto del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento del SBS y SNMN</li> <li>- efecto del SUMI</li> <li>- calidad de servicios</li> </ul>
12.	<b>ONG/ expertos (inter-) nacionales del área salud</b>	<p><b>I. Opinión sobre SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- imagen del SUMI</li> </ul> <p><b>II. Problemas de implementación y coordinación del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y el diseño del SUMI</li> </ul> <p><b>III. Otro modelo de administración del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementación y diseño del SUMI</li> <li>- fallas del diseño del SUMI</li> <li>- otro modelo de administración del SUMI</li> <li>- necesidad de DILOS</li> </ul> <p><b>IV. Asunto de poder de decisión, autonomía y competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formación de mancomunidades</li> <li>- suficiente autonomía del GM</li> </ul> <p><b>V. Situación de recursos humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de recursos humanos en el área de salud</li> </ul> <p><b>VI. Situación de salud y efecto del SUMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de salud y efecto del SUMI</li> <li>- calidad de servicios</li> </ul>

### Anexo 3: Selección de los Municipios

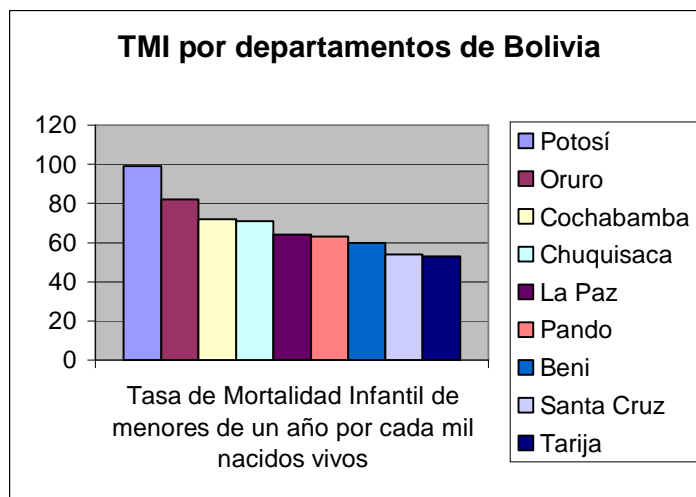
NO.	MUNICIPIO	POBLACION del MUNICIPIO (según censo 2001)	POBLACION de la CIUDAD (según censo 2001)	TASA MORTALIDAD INFANTIL del DEPARTAMENTO (TMI pro mil nacidos vivos) <sup>1</sup>	TMI del MUNICIPIO
	<b>Departamento Potosí</b>			<b>99 (tasa mas alta de Bolivia)</b>	
1	Llallagua	36.909	20.065	77 (área urbana)	95
2	Caripuyo	9.030	472	111 (área rural)	170
					132,5 (promedio)
	<b>Departamento Santa Cruz</b>			<b>54 (segunda tasa más baja de Bolivia)</b>	
3	Camiri	30.897	26.505	44 (área urbana)	45
4	Lagunillas	5.283	958	74 (área rural)	80
					62,5 (promedio)

Criterios de Selección:

1. Tasa Mortalidad Infantil: Potosí tiene la TMI más alta y Santa Cruz tiene la segunda TMI más baja
2. Tamaño de los Municipios: dos Municipios grandes (Llallagua y Camiri) y dos Municipios pequeños (Caripuyo y Lagunillas)
3. (Criterios prácticos:) buena accesibilidad de los municipios, cercanía de los municipios del mismo departamento y familiaridad en la zona con la GTZ

<sup>1</sup> Datos según: Ministerio de Hacienda/ Instituto Nacional de Estadísticas (2003): Bolivia: Niveles, Tendencias y Diferencias de la Mortalidad Infantil; Bolivia: La Paz

Gráfico de la Tasa Mortalidad Infantil de Bolivia:



Datos de la TMI de 2001

Fuente: Ministerio de Hacienda/ Instituto Nacional de Estadística (2003): Bolivia: Niveles, Tendencias y Diferencias de la Mortalidad Infantil. La Paz: Bolivia.

Gráfico de los municipios según tamaño poblacional y participación porcentual de recursos de coparticipación:

<b>Tamaño poblacional</b> (según censo 2001)	<b>Número de municipios</b>	<b>Porcentaje (~)</b>	<b>Participación porcentual de recursos de coparticipación</b>
< 5.000	83	26%	4%
5.000 – 15.000	124	40%	19%
<b>Total: &lt; 5.000 – 15.000</b>	<b>= 207</b>	<b>66%</b>	<b>23%</b>
15.000 – 50.000	88	28%	27%
> 50.000	19	6%	50%
<b>Total: 15.000 - &gt; 50.000</b>	<b>= 107</b>	<b>34%</b>	<b>77%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>314</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), censo 2001. <http://www.ine.gov.bo>, 15.10.2004

## **Anexo 4: Artículo 14 de la Ley de Participación Popular**

### **Ley de Participación Popular**

#### **Ley No. 1551, del 20 de abril de 1994**

##### **Artículo 14° (Ampliación de Competencias municipales)**

- I. Se amplían todas las competencias municipales al ámbito rural de su jurisdicción territorial.
  
- II. Además de lo establecido en el artículo 9° de la Ley Orgánica de Municipalidades, se amplía la competencia municipal en las siguientes materias:
  - a) Administrar y controlar el equipamiento, mantenimiento y mejoramiento de los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Gobierno Municipal, incluyendo los transferidos por la presente Ley, reglamentando su uso.
  - b) Dotar el equipamiento, mobiliario, material didáctico, insumos, suministros incluyendo medicamentos y alimentación de salud, administrar y supervisar su uso, para un adecuado funcionamiento de la infraestructura y los servicios de salud, saneamiento básico, educación, cultura y deporte.
  - c) Supervisar, de acuerdo a los respectivos reglamentos, el desempeño de las autoridades educativas, directores y personal docente, y proponer a la autoridad Educativa Departamental la ratificación por buenos servicios o la remoción por causal justificada, por gestión directa o a solicitud de las Organizaciones Territoriales de Base y del Comité de Vigilancia.
  - d) Fiscalizar, supervisar y promover el cambio o ratificación de las autoridades en el área de salud pública, con arreglo a los reglamentos sobre la materia y precautelando la eficaz prestación del servicio, por gestión directa o a solicitud de las Organizaciones Territoriales de Base y del Comité de Vigilancia.
  - e) Administrar los sistemas de catastro urbano y rural de acuerdo a las normas técnicas y de aplicación general emitidas por el Poder Ejecutivo.
  - f) Administrar los registros y padrones de contribuyentes necesarios para la recaudación de ingresos propios, en base al catastro rural y al Plan Nacional de Uso de Suelo aprobado por el Poder Ejecutivo.
  - g) Conservar y restaurar el patrimonio cultural e histórico y promover la cultura en todas sus expresiones.
  - h) Promover y fomentar las prácticas deportivas buscando su masificación y competitividad.
  - i) Promover el desarrollo rural mediante la utilización de tecnologías propias y otras aplicadas, obras de micro-riego y caminos vecinales.
  - j) Dotar y construir nueva infraestructura en educación, cultura, salud, deporte, caminos vecinales y saneamiento básico.
  - k) Contribuir al mantenimiento de los caminos secundarios y vecinales que pasen por el municipio.
  - l) Responder a las peticiones, representaciones, solicitudes y actos de control social de las Organizaciones Territoriales de Base y del Comité de Vigilancia.
  - m) Atender los programas de alimentación complementaria incluyendo los desayunos escolares.
  - n) Promover y comentar políticas que incorporen las necesidades de las mujeres en el ámbito de las competencias municipales arriba mencionadas.

## Anexo 5: Tasa Mortalidad Infantil y Tasa Mortalidad Materna de Bolivia

### 1) Tasa Mortalidad Infantil menos de un año y menos de cinco años en Bolivia en comparación crónica

Años	Mortalidad Infantil menos de un año (por 1.000 nacidos vivos)	Mortalidad Infantil menos de cinco años (por 1.000 nacidos vivos)
1982-1985	89	131
1985-1989	80	120
1989-1993	75	116
1993-1997	67	92
1997-2001	62	89
2001-2002	55	72

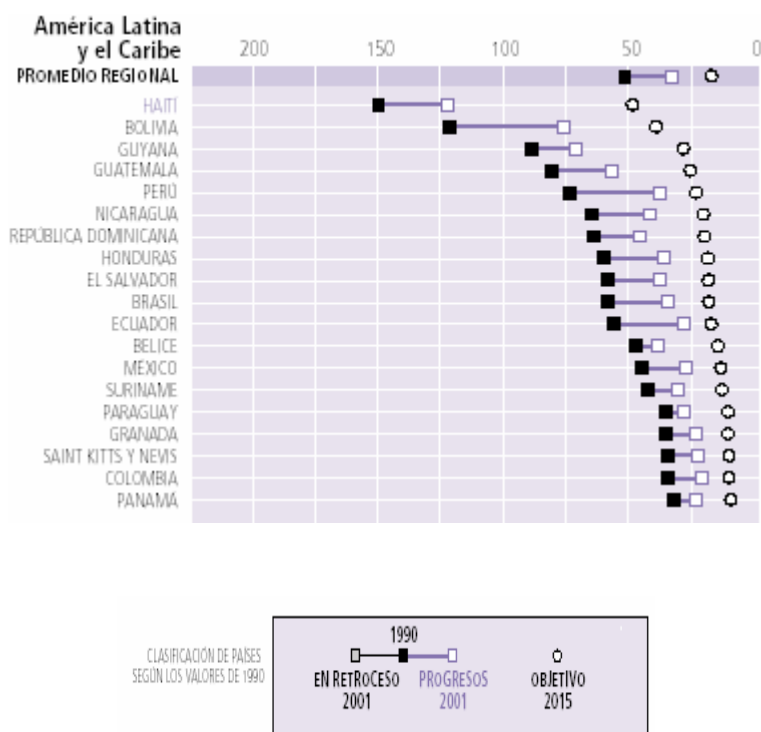
Fuente: Ministerio de Salud y Previsión Social (2002): Informe de Gestión 1997-2002. La Paz/ Bolivia. p.21

### 2) Tasa Mortalidad Infantil menos de cinco años en comparación con los países de América Latina



Fuente: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 1999, UNICEF / CELADE 1995, Mortalidad Infantil desde 1960, <http://www.uniceflac.org/espanol/infancia/mortme.htm>, 11.05.2004

### 3) Desarrollo de la Mortalidad Infantil menos de cinco años (por mil nacidos vivos) en los países de América Latina y el Caribe desde 1990



Fuente: UNDP, <http://www.undp.org/spanish/mdgsp/ODM-mortalidad.pdf>, 11.05.2004

### 4) Tasa Mortalidad Materna en comparación con los países de América del Sur

Países	Tasa Mortalidad Materna por 100.000	Cantidad (por año) de fallecimientos de mujeres durante y post embarazo
Argentina	35.0 (00)	254
<b>Bolivia</b>	<b>390.0 (94)</b>	1.045
	<b>[234.0 (00)*]</b>	
Brasil	55.8 (99)	1.882
Chile	22.7 (99)	65
Colombia	91.7 (99)	895
Ecuador	91.7 (99)	282
México	83.6 (00)	1.900
Paraguay	114.4 (99)	199
Perú	185.0 (94-00)	1.116
Uruguay	11.1 (99)	6
Venezuela	60.1 (00)	347
<b>TOTAL</b>	<b>83.1</b>	<b>7.991</b>

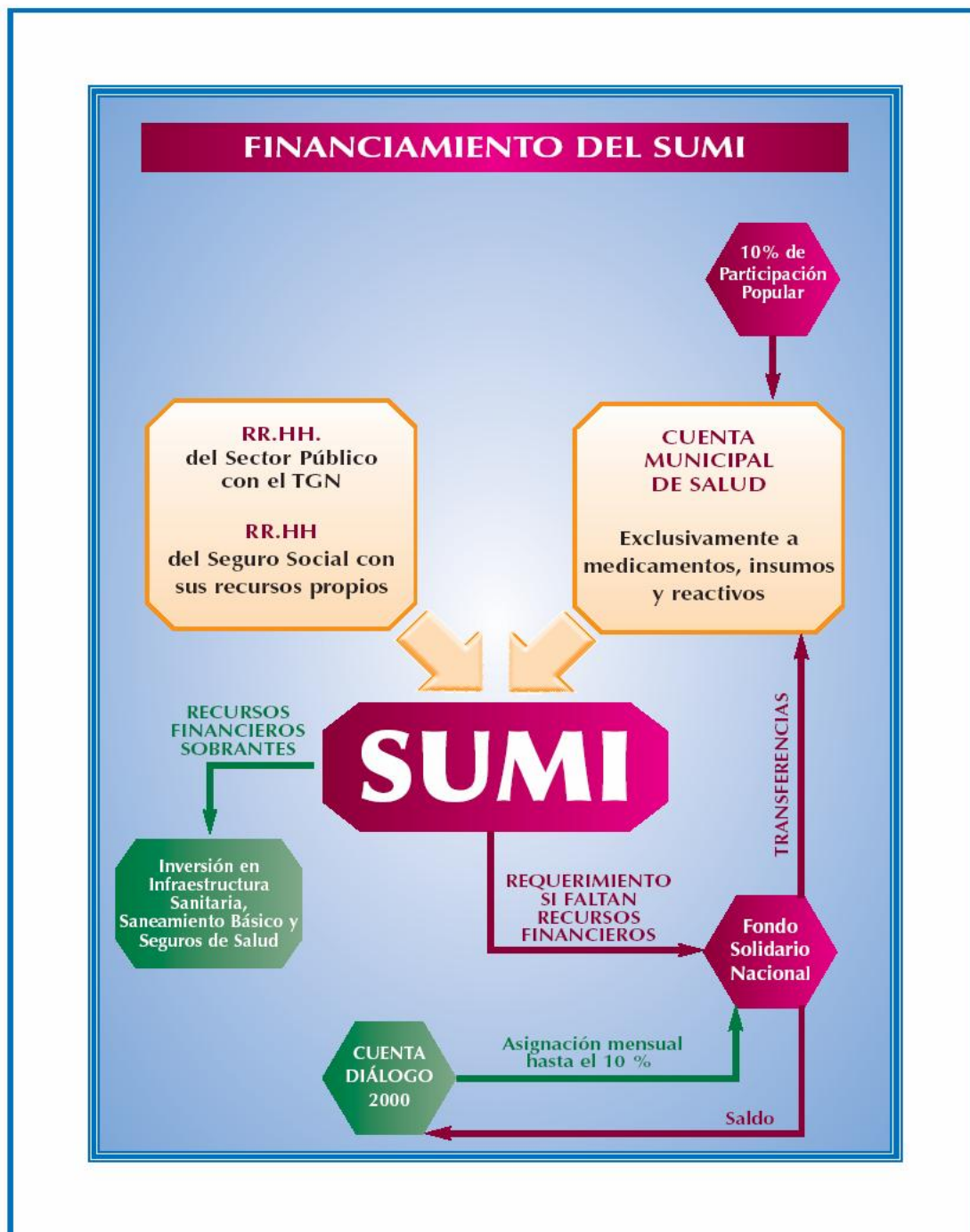
(En paréntesis: año de recolección de datos)  
Fuente: Organización Panamericana de la Salud,  
<http://www.paho.org/Spanish/CLAP/05mort.htm>, 11.05.2004

(datos: última actualización de noviembre de 2002)

\* Fuente: World Bank (2004): Health Sector Reform in Bolivia: A Decentralization Case Study. A World Bank Country Study. Washington, C.D.: The World Bank. p.15 [complemento del autor]

## Anexo 6a: Financiamiento del SUMI

Ministerio de Salud y Deportes

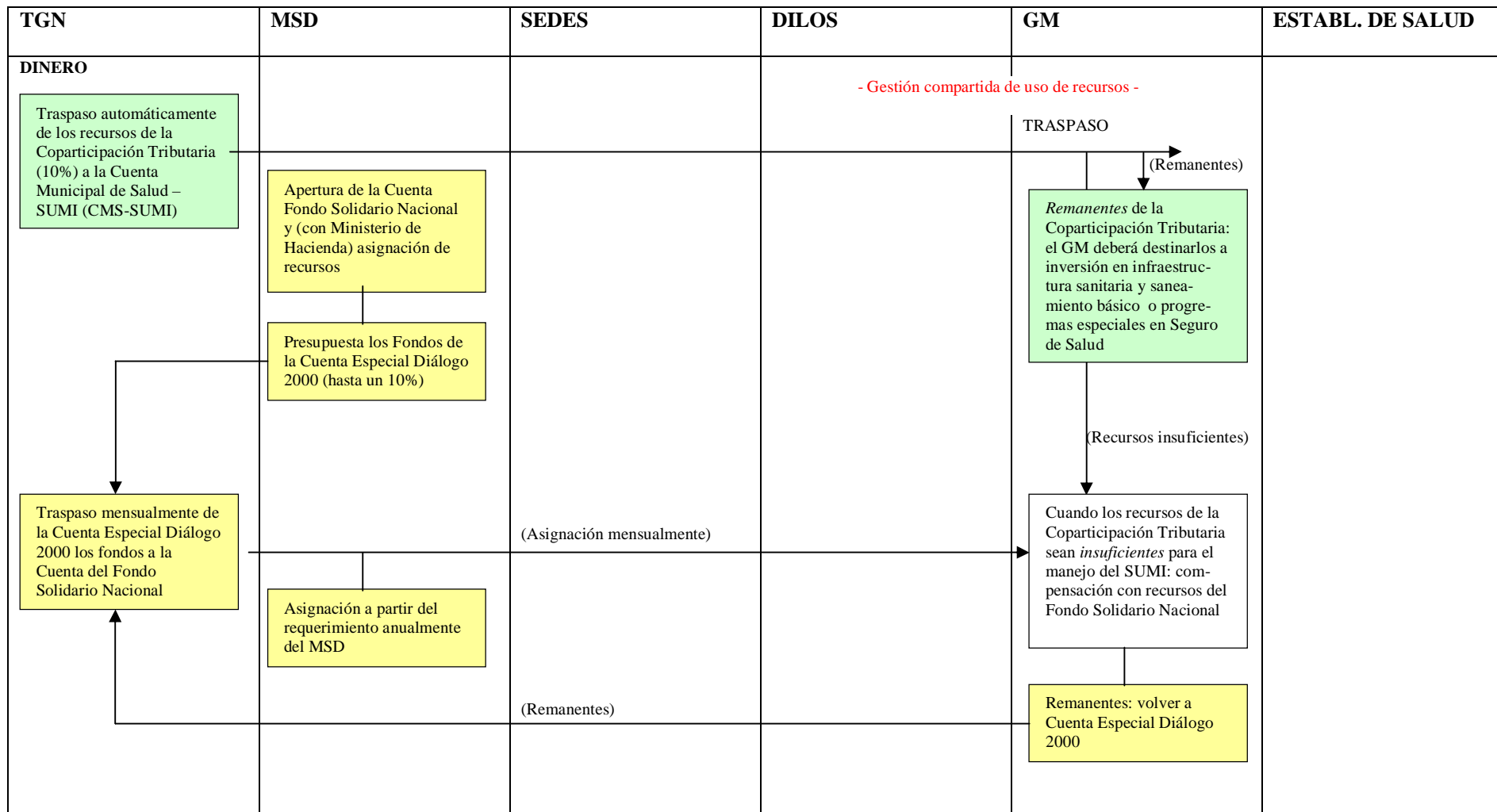


96 Seguro Universal Materno Infantil

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes (2003): SUMI: Implementación del modelo de gestión, redes de salud, DILOS, SUMI y SNUS – Módulo de Inducción. Bolivia/ La Paz, Julio 2003. p.96

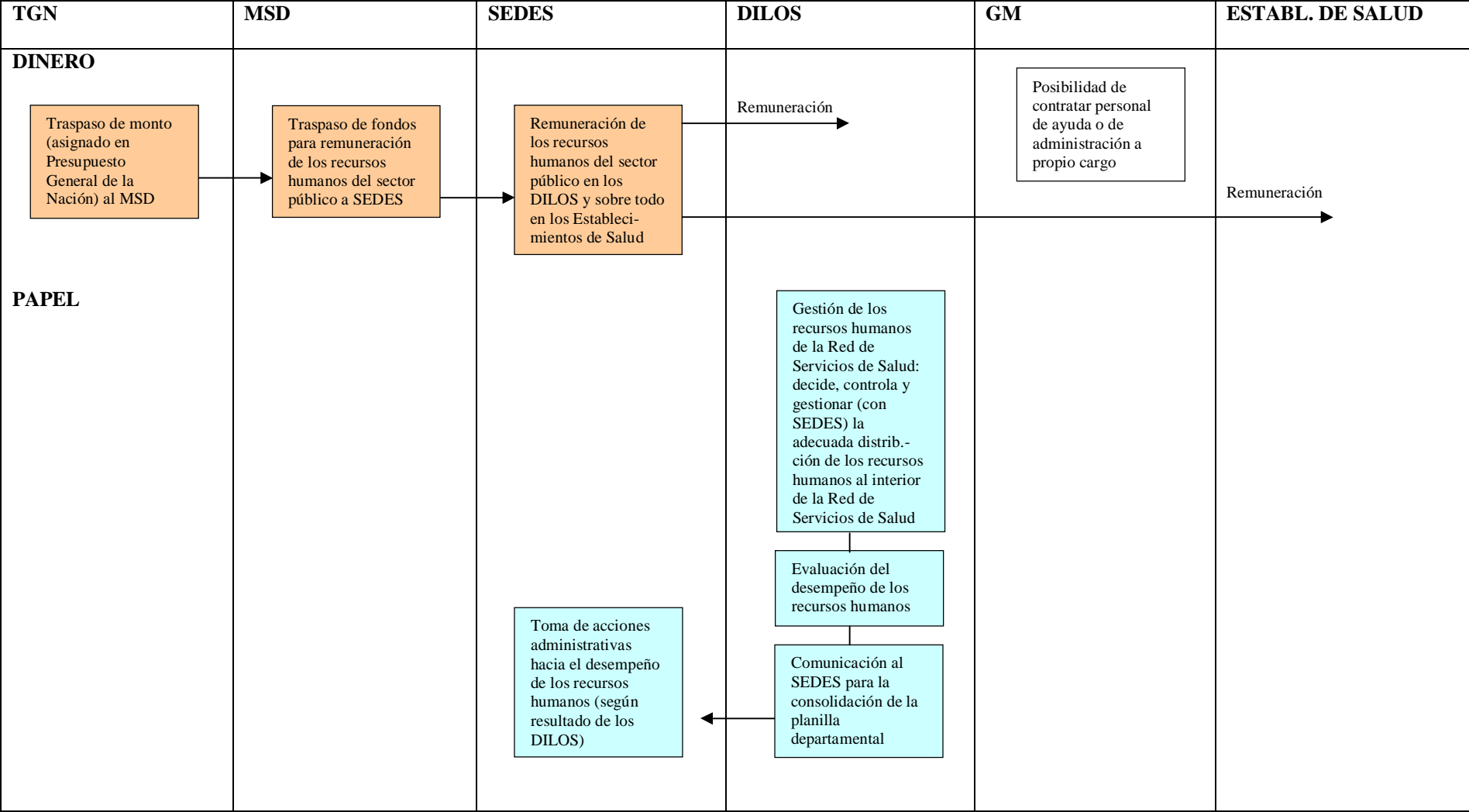
## Anexo 6b: Flujo de dinero - gastos operativos (SUMI)





Fuente: elaboración propia

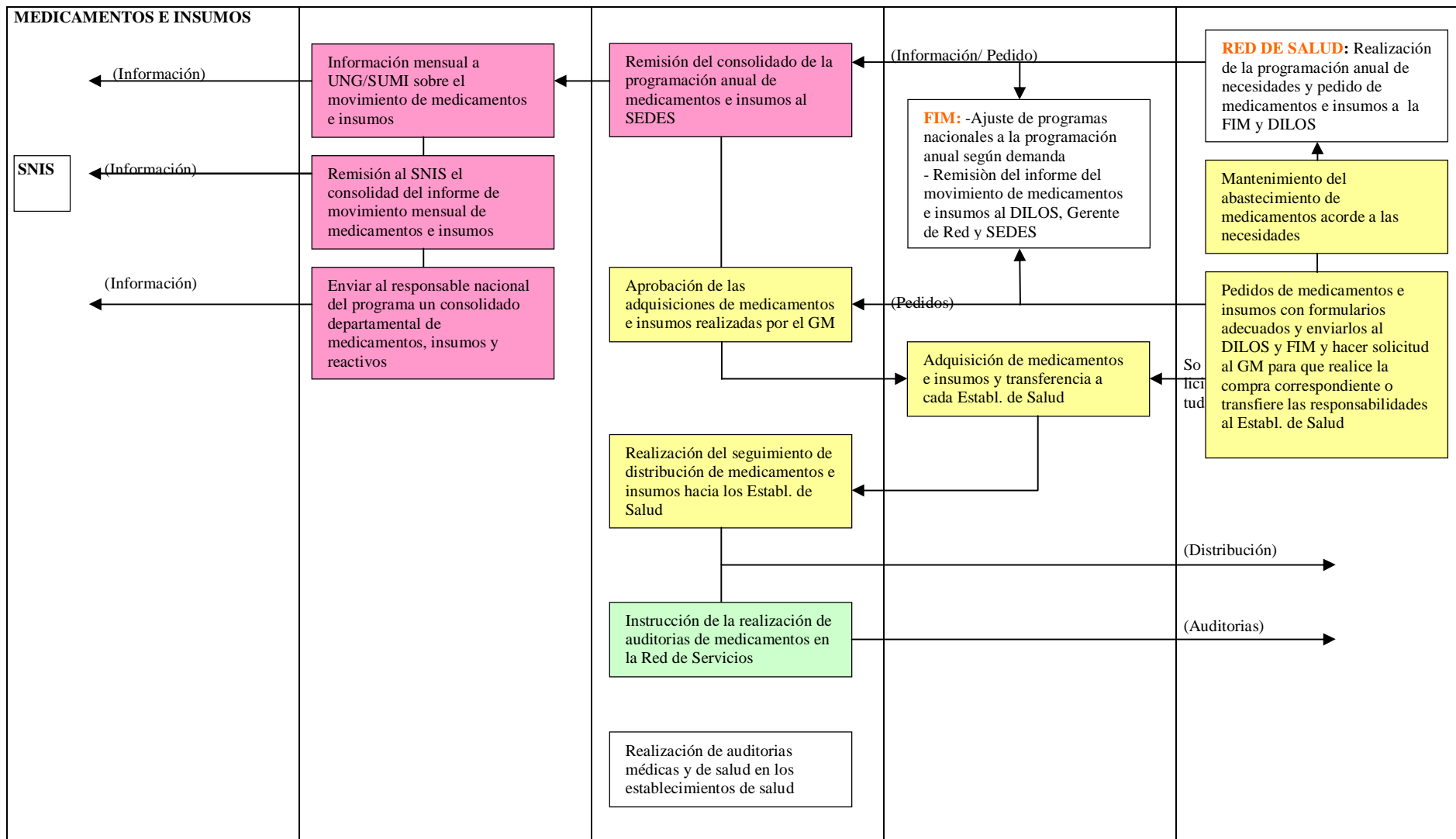
**Anexo 7: Flujo de dinero y papel - recursos humanos (SUMI)**



Fuente: elaboración propia

**Anexo 8: Flujo de papel – gastos operativos (insumos, gastos non-personales y medicamentos)**

UNG/SUMI (MSD)	SEDES	DILOS	GM	ESTABL. DE SALUD
<p><b>GASTOS NO PERSONALES</b></p> <p>(Información)</p> <p>(Información)</p>	<p>(Realización de requerimiento al MSD)</p>	<p>(Información)</p> <p>(Aprobación)</p>	<p>(Información)</p> <p>(Información)</p> <p>(Auditorias de la CMS/SUMI)</p>	<p>(Reembolso)</p> <p>(Realización de auditorias)</p>



Fuente: elaboración propia

## Anexo 9: Observaciones sobre los municipios visitados

### I. DEPARTAMENTO POTOSÍ: Lallagua y Caripuyo

#### DATOS DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ

<u>Ubicación:</u>	Departamento Potosí
<u>Población del Departamento:</u>	709,013 habitantes (según censo 2001)
<u>TMI de menores de un año:*</u>	99 en el Departamento Potosí (77 área urbana/ 111 área rural)
<u>Cantidad de Redes de Servicios de Salud en Potosí:</u>	10
<u>SEDES:</u>	SEDES en Potosí
<u>Capacidad de resolución del Departamento:**</u>	431 Establecimientos de Salud
	Primer nivel: 413 Establecimientos (96,7%)
	Segundo nivel: 12 Establecimientos (2,8%)
	Tercer nivel: 2 Establecimientos (0,5%)
<u>Habitantes por Establecimientos de Salud:***</u>	
	Por Establecimientos de Salud: 1.664 Habitantes
	Por Establecimientos Hospitalarios: 45.099 Habitantes
<u>Afiliados en 2003****:</u>	89.214 afiliados en total
	24.170 mujeres y 65.044 niños/as
<u>Prestaciones total en 2003:</u>	708.875 prestaciones en total
	Neonatología: 6.793
	Mujer embarazada: 133.304
	Pediatría: 550.970
	Odontología: 17.808
<u>Costo de las prestaciones del año 2003:</u>	7.002.667 Bs.
<u>Fondos de Coparticipación Tributaria para 2003:</u>	7.856.640 Bs.

\* Datos según Ministerio de Hacienda/ Instituto Nacional de Estadística (2003): Bolivia: Niveles, Tendencias y Diferencias de la Mortalidad Infantil; Bolivia: La Paz

\*\* Datos según INE, Cuadro No. 3.01.01

\*\*\* Datos según INE, Cuadro No. 3.02.82

\*\*\*\* Todavía no hay datos para el año 2004

#### Debilidades del SUMI según SEDES Potosí:

- n CAMBIOS EN LOS CÓDIGOS, PAQUETES Y COSTOS.
- n FALTA DE SEGUIMIENTO AL RECURSO HUMANO CAPACITADO.
- n MOVIMIENTO DE PERSONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD.
- n INCUMPLIMIENTO EN EL PROCEDIMIENTO DE COBROS DE ALGUNOS MUNICIPIOS.
- n DOTACIÓN DE MATERIAL (MÓDULO DE INDUCCIÓN, PAQUETES Y PRESTACIONES, FORMULARIOS Y OTROS) EN CANTIDAD REDUCIDA.
- n PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INCOMPLETO, NO ADECUADO POR NIVELES.
- n ENVÍO DE INFORMACIÓN SUMI DE LOS MUNICIPIOS A LA REGIÓN EN FORMA ATRASADA.
- n IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SUMI TARDA.
- n LOS PAQUETES DE MEDICAMENTOS NO SATISFACE AL PERSONAL MÉDICO ESPECIALMENTE DEL TERCER NIVEL.
- n REGISTRO INCOMPLETO DE LOS FORMULARIOS DEL SUMI EN ALGUNOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.
- n RECURSO HUMANO REDUCIDO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SUMI EN SEDES.
- n GERENCIAS DE RED NO TIENEN PRESUPUESTO PARA GASTOS DE MATERIAL DE ESCRITORIO, COMBUSTIBLE Y OTROS. PARA REALIZAR SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN.
- n FALTA DE INTEGRACIÓN DEL SNIS CON EL SUMI EN UN ANÁLISIS PERMANENTE.
- n FALTA DE COORDINACIÓN CON OTROS PROGRAMAS PARA LA TOMA DE DECISIONES.

## **DILOS Y SUS REDES DE SALUD**

- POTOSI, TACOBAMBA, PORCO, YOCALLA\*, TINGUIPAYA, B. DE URMIRI, TOMAVE (Yura).
- PUNA, CAIZA D.
- BETANZOS, CHAQUI
- TUPIZA, S.P. LIPEZ\*\*, MOJINETE, SAN A DE ESMORUCO, ATOCHA.
- COTAGAITA, VITICHI
- VILLAZON
- UYUNI, TAHUA, LLICA, COLCHA K, S. AGUSTIN, S.P. QUEMES.
- OCURI, RAVELO. POCOATA, COLQUECHACA
- UNCIA, LLALLAGUA, CHAYANTA.
- SACACA, CARIPUYO, ARAMPAMPA, ACACIO, SAN PEDRO, TORO TORO.

\* Mancomunidad en el área de salud : forman un DILOS

\*\* Mancomunidad en el área de salud: forman un DILOS

### DATOS DEL MUNICIPIO DE LLALLAGUA

Ubicación: Norte de Potosí, Provincia Bustillo, Departamento Potosí

Forma parte de la Mancomunidad de los Municipios del Norte Potosí (MMNP)

Población del Municipio: 36.909 habitantes (según censo 2001)

Población de la Ciudad Llallagua: 20.065 habitantes (según censo 2001)

TMI de menores de un año:\* 95 en el Municipio de Llallagua (por mil nacidos vivos)

Cantidad de Redes de Servicios de Salud en Potosí: 10

Municipio de Llallagua: depende de la Red 9/ "Red Uncia" con Uncia, Chayanta y Llallagua

SEDES correspondientes: SEDES en Potosí

DILOS formado por:

- Encargado de Desarrollo Humano de la Alcaldía
- Director del Hospital público de 2º nivel "Madre Obrera"
- Representante del Comité de Vigilancia

Capacidad de resolución del Municipio: Hospital de 2º nivel: Hospital "Madre Obrera"

Afiliados en 2003: ¿???

Afiliados en 2004 hasta la fecha: ¿???

Observaciones:

- DILOS no formado según la idea de la ley
- Factura a otros municipios y recibe facturas de otros municipios (según el Mayor Oficial Administrativo de la HAM Llallagua)
- Modalidad de la adquisición de medicamentos e insumos: GM da el dinero al hospital para que él se compre los medicamentos e insumos necesarios, DILOS y GM revisan documentación
- Había demoras en el mecanismo de cobro y pago
- Falta de recursos humanos en el hospital

\* Datos según Ministerio de Hacienda/ Instituto Nacional de Estadística (2003): Bolivia: Niveles, Tendencias y Diferencias de la Mortalidad Infantil; Bolivia: La Paz

### **MUNICIPIO DE LLALLAGUA – GESTIÓN FINANCIERA**

#### **Año 2003**

Presupuestado para el año 2003	485.067,59 Bs.
Desembolsado por el TGN (de la Coparticipación Tributaria)	571.312,65 Bs.
Gastado	485.063,00 Bs.
% ejecutado de los fondos del TGN	<b>84,9 %</b>
Saldo/ Remanentes del 2003	67.203,00 Bs. Para equipamiento médico y reestructuración se ha gastado de este saldo hasta el mes de agosto de 2004 32.058,00 Bs.
Diferencia inexplicada	19.045,35 Bs.

#### **Año 2004**

Presupuestado para el año 2004	496.184,00 Bs.
Ejecución hasta el mes de junio de 2004	265.411,73 Bs. (53,5 % de programación anual)
Desembolsado por el TGN hasta el mes de julio 2004	365.136,95 Bs.

### **DATOS DEL MUNICIPIO DE CARIPUYO**

Ubicación: Norte de Potosí, Provincia Ibáñez, Departamento Potosí

Forma parte de la Mancomunidad de los Municipios del Norte Potosí (MMNP)

Población del Municipio: 9.030 habitantes (según censo 2001)

Población de la Ciudad Caripuyo: 472 habitantes (según censo 2001)

TMI de menores de un año:\* 170 en el Municipio de Caripuyo (por mil nacidos vivos)

Cantidad de Redes de Servicios de Salud en Potosí: 10

Municipio de Llallagua: depende de la Red 10/ "Red Sacaca" con Sacaca, San Pedro, Toro Toro, Acasio, Arampampa y Caripuyo

SEDES correspondientes: SEDES en Potosí

DILOS formado por:

- H. Alcalde de Caripuyo
- Jefe Médico del Hospital de 1º nivel "Corazón de María"
- Representante del Comité de Vigilancia

Capacidad de resolución del Municipio: Hospital de 1º nivel: Hospital "Corazón de María"

Afiliados en 2003: 622 afiliados

Afiliados hasta julio de 2004: 310 afiliados (124 mujeres y 186 niños)

Observaciones:

- DILOS no formado según la idea de la ley
- DILOS funciona muy informal, todavía no está institucionalizado
- Gerencia no funciona en la Red Sacaca, no había Gerente por un tiempo
- SUMI entró en vigencia recién en abril de 2003 por falta de información y coordinación
- Falta seria de recursos humanos en el hospital

\* Datos según Ministerio de Hacienda/ Instituto Nacional de Estadística (2003): Bolivia: Niveles, Tendencias y Diferencias de la Mortalidad Infantil; Bolivia: La Paz

### **MUNICIPIO DE CARIPUYO – GESTIÓN FINANCIERA**

#### **Año 2003**

Presupuestado para el año 2003	100.591,20 Bs.
Desembolsado por el TGN (de la Coparticipación Tributaria)	140.360,46 Bs.
Gastado	97.981,63 Bs.
% ejecutado de los fondos del TGN	<b>69,8 %</b>
Saldo/ Remanentes del 2003	42.609,57 Bs. Se ha llevado el saldo para el año 2004 para equipamiento del hospital, moto etc.

#### **Año 2004**

Presupuestado para el año 2004	94.695,68 Bs.
Ejecución hasta el mes de julio de 2004	47.151,56 Bs. (49,8 % de programación anual)
Desembolsado por el TGN hasta el mes de junio 2004	75.871,07 Bs.



## II. DEPARTAMENTO SANTA CRUZ: Camiri y Lagunillas

### DATOS DEL DEPARTAMENTO SANTA CRUZ

<u>Ubicación:</u>	Departamento Santa Cruz
<u>Población del Departamento:</u>	2.029.471 habitantes (según censo 2001)
<u>TMI de menores de un año:*</u>	54 en el Departamento Santa Cruz (44 área urbana/ 74 área rural)
<u>Cantidad de Redes de Servicios de Salud en Santa Cruz:</u>	19
<u>SEDES:</u>	SEDES en Santa Cruz
<u>Capacidad de resolución del Departamento:**</u>	409 Establecimientos de Salud
	Primer nivel: 364 Establecimientos (89%)
	Segundo nivel: 36 Establecimientos (8,8%)
	Tercer nivel: 9 Establecimientos (2,2%)
<u>Habitantes por Establecimientos de Salud:***</u>	
	Por Establecimientos de Salud: 4.962 Habitantes
	Por Establecimientos Hospitalarios: 45.099 Habitantes

\* Datos según Ministerio de Hacienda/ Instituto Nacional de Estadística (2003): Bolivia: Niveles, Tendencias y Diferencias de la Mortalidad Infantil; Bolivia: La Paz

\*\* Datos según INE, Cuadro No. 3.01.01

\*\*\* Datos según INE, Cuadro No. 3.02.82

### DATOS DEL MUNICIPIO DE CAMIRI

<u>Ubicación:</u>	Chaco Boliviano, Provincia Cordillera, Departamento Santa Cruz
<u>Población del Municipio:</u>	30.897 habitantes (según censo 2001)
<u>Población de la Ciudad Camiri:</u>	26.505 habitantes (según censo 2001)
<u>TMI de menores de un año:*</u>	45 en el Municipio de Camiri (por mil nacidos vivos)
<u>Cantidad de Redes de Servicios de Salud en Santa Cruz:</u>	19
<u>Municipio de Camiri:</u>	depende de la "Red Cordillera" con Cabezas, Cuevo, Camiri, Lagunillas, Gutiérrez, Charagua y Boyuibe
<u>SEDES correspondientes:</u>	SEDES en Santa Cruz
<u>DILOS formado por:</u>	- Presidente del Consejo Municipal - Sub-Prefecta (nombrada por el SEDES) - Representante del Comité de Vigilancia
<u>Capacidad de resolución del Municipio:</u>	Hospital público de 2º nivel: "Hospital de Camiri" Hospital de Caja Petrolera (2º nivel) Hospital de Caja Nacional (2º nivel)
<u>Afiliados en 2003:</u>	3045 mujeres y 960 niños (según Gerencia Red de Salud Cordillera)
<u>Afiliados en 2004 hasta 30 de agosto:</u>	862 afiliados (305 mujeres y 557 niños)

- Observaciones:**
- Los 3 hospitales de 2º nivel participan en el SUMI
  - DILOS institucionalizado y funciona bien, sobre todo dado que Alcalde ha delegado cargo a Presidente del Consejo Municipal, quién es médico y quién tiene conocimiento técnico
  - No alcanzan los recursos de la Coparticipación Tributaria, piden recursos adicionales del Fondo Solidario Nacional (51% de la ejecución anual)
  - La FIM todavía no está 100% institucionalizado (no trabaja 24 horas)
  - SUMI entró en vigencia con mucho retraso (más que medio año)

\* Datos según Ministerio de Hacienda/ Instituto Nacional de Estadística (2003): Bolivia: Niveles, Tendencias y Diferencias de la Mortalidad Infantil: Bolivia: La Paz

### **MUNICIPIO DE CAMIRI – GESTIÓN FINANCIERA**

#### **Año 2003**

Presupuestado para el año 2003	423.000,00 Bs.
Desembolsado por el TGN (de la Coparticipación Tributaria)	349.258,78 Bs.
Gastado	723.528,88 Bs.
% ejecutado de los fondos del TGN	<b>207 %</b>
Recursos adicionales del Fondo Solidario Nacional	374.270,10 Bs. (51% de fondos ejecutados)

#### **Año 2004**

Presupuestado para el año 2004 (tomando en cuenta los fondos del Fondo Solidario Nacional)	881.721,00 Bs.
Ejecución hasta el mes de agosto de 2004	611.202,83 Bs. (69% de programación anual)
Desembolsado por el TGN hasta el mes de julio 2004	236.992,73 Bs.
Saldo	- 374.210,10 Bs.

### **DATOS DEL MUNICIPIO DE LAGUNILLAS**

**Ubicación:** Chaco Boliviano, Provincia Cordillera, Departamento Santa Cruz

**Población del Municipio:** 5.283 habitantes (según censo 2001)

**Población de la Ciudad Lagunillas:** 958 habitantes (según censo 2001)

**TMI de menores de un año:\*** 80 en el Municipio de Lagunillas (por mil nacidos vivos)

**Cantidad de Redes de Servicios de Salud en Santa Cruz:** 19

**Municipio de Lagunillas:** depende de la “Red Cordillera” con Cabezas, Cuevo, Camiri, Lagunillas, Gutiérrez, Charagua y Boyuibe

**SEDES correspondientes:** SEDES en Santa Cruz

**DILOS formado por:**

- H. Alcalde
- Director del Área, Hospital de 2º nivel “San Luis”
- Representante del Comité de Vigilancia

Capacidad de resolución del Municipio: Hospital "San Luis", 2º nivel de atención

Afiliados de 2003 hasta la fecha de 2004: 560 afiliados

Conjunto de personal: 4 pagado por el TGN  
4 pagado por la Cruz Roja Suiza  
3 pagado por la alcaldía a propio cargo

Observaciones:

- Sin los ítems de la Cruz Roja Suiza no podría funcionar bien el hospital
- DILOS funciona muy informal, todavía no está institucionalizado
- Gerencia no funciona en la Red Cordillera
- La FIM todavía no está institucionalizado
- SUMI entró en vigencia con mucho retraso (más que medio año) por falta de coordinación y de información

\* Datos según Ministerio de Hacienda/ Instituto Nacional de Estadística (2003): Bolivia: Niveles, Tendencias y Diferencias de la Mortalidad Infantil; Bolivia: La Paz

### MUNICIPIO DE LAGUNILLAS – GESTIÓN FINANCIERA

#### Año 2003

Presupuestado para el año 2003	59.358,00 Bs.
Desembolsado por el TGN (de la Coparticipación Tributaria)	103.134,00 Bs.
Gastado	47.136,76 Bs.
% ejecutado de los fondos del TGN	<b>45,7 %</b>
Remanentes	55.997,24 Bs. (54,3 % de fondos ejecutados) Para pagar cuentas atrasadas del SBS y para equipo médico

#### Año 2004

Presupuestado para el año 2004	71.022,00 Bs.
Ejecución hasta el mes de junio de 2004	61.484,00 Bs. (86,6 % de programación anual)
Desembolsado por el TGN hasta el mes de agosto 2004	64.368,35 Bs.
Saldo	2884,35 Bs.

### III. COMPARACIONES DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LOS CUATRO MUNICIPIOS:

#### 1. Ejecución presupuestaria de los fondos de la Coparticipación Tributaria del año 2003:

		Desembolso del TGN	Ejecución de los fondos del TGN
Municipios grandes:	Llallagua	571.312,65 Bs.	84,9 %
	Camiri	349.258,78 Bs. (+ 374.270,10 Bs. del FSN = 723.528,88 Bs.)	207,0 %
Municipios pequeños:	Caripuyo	140.360,46 Bs.	69,8 %
	Lagunillas	103.134,00 Bs.	45,7 %

- los **municipios grandes tienen mayor capacidad de ejecutar los fondos** de la Coparticipación Tributaria y tienen que usar el acceso al Fondo Solidario Nacional
- los **municipios pequeños no tienen capacidad de ejecutar los fondos** de la Coparticipación Tributaria en su totalidad

## 2. Composición de los DILOS

Municipios grandes:	Llallagua	Encargado de Desarrollo Humano de la Alcaldía Director del Hospital público de 2° nivel “Madre Obrera” Representante del Comité de Vigilancia
	Camiri	Presidente del Concejo Municipal Sub-Prefecta (nombrada por el SEDES) Representante del Comité de Vigilancia
Municipios pequeños:	Caripuyo	H. Alcalde de Caripuyo Jefe Médico del Hospital de 1° nivel “Corazón de Maria” Representante del Comité de Vigilancia
	Lagunillas	H. Alcalde de Lagunillas Director del Área, Hospital de 2° nivel “San Luis” Representante del Comité de Vigilancia

- solamente en **los municipios pequeños el alcalde asume su cargo** como miembro del DILOS
- en **los municipios grandes el alcalde delega su cargo** como miembro del DILOS a un suplente
  - ⊖ por falta de compromiso con el tema de salud (SUMI) por parte del alcalde y/o
  - ⊖ por múltiples otras responsabilidades y falta de tiempo
- **en ninguno de los municipios hay un Director Técnico del SEDES** como miembro del DILOS
- en tres de los cuatro municipios, **el SEDES delega su responsabilidad al Director del Hospital Público**
  - ⊖ DILOS no formados según la idea de la ley:
  - ⊖ **menos contacto, comunicación y flujo de información de los DILOS con su SEDES**
  - ⊖ **DILOS trabajan más informal: poca institucionalización de los DILOS**

#### **IV. PROBLEMAS MÁS COMUNES DEL SUMI EN LOS MUNICIPIOS:**

##### A. Parte administrativa

- **Falta de un sistema eficiente de información** (sobre todo desde arriba del MSD y del SEDES hasta abajo a los GM, DILOS y Establecimientos de Salud -> mucho retraso en implementación del SUMI en áreas más lejanas)
- **Falta de coordinación** (entre MSD/ SEDES y DILOS, y entre DILOS, GM y Establecimientos de Salud)
- **Falta de capacitaciones** (de los SEDES para los Establecimientos de Salud, GM, y sobre todo para los DILOS)
- **DILOS no están institucionalizados** (sobre todo en áreas rurales) => falta fortalecer y capacitar a los DILOS
- **Falta de capacidades de ejecución y de operacionalización** (sobre todo de los DILOS, de los GM pequeños, las Gerencias y un poco también de los Establecimientos de Salud)
- **Falta de funcionamiento de las Gerencias** => falta desarrollar y fortalecer más el sistema y el funcionamiento de las Gerencias
- **Falta de criterios claros y aceptados de la distribución de los recursos humanos en los departamentos por parte de los SEDES**

##### B. Parte política y social

- **SUMI como tema político**, todavía no es bien entendido como medida importante de reducción de la TMI y de la TMM
- **Falta de participación de la sociedad civil**
- **Falta de difusión de conocimiento del SUMI** (sobre todo entre la población/ las mujeres del campo)
- **Falta de difusión de conocimiento técnico sobre el SUMI** (sobre todo entre los involucrados de la parte política y de la sociedad civil – los representantes de los Comités de Vigilancia - y entre la población/ los beneficiarios)
- **Falta desarrollar más el aspecto de la interculturalidad de las atenciones** bajo el SUMI

##### C. Parte técnica

- **Paquetes de prestación de servicios de salud del SUMI son inadecuados**
- **Asignación de medicamentos de los paquetes de prestación de servicios de salud bajo el SUMI es insatisfactoria**

## **Anexo 10: Conformación del DILOS en caso de mancomunidades**

### **Decreto Supremo N° 26875**

#### **(Modelo de Gestión DILOS), 21.12.2002**

Artículo 10 (Redes de Salud)

[...]

VII. En las mancomunidades municipales para organizar la red de servicios o para ejecutar programas o proyectos de salud pública, se podrá constituir un Directorio de Mancomunidad con representación de cada uno de los DILOS componentes, manteniendo su estructura de conformación. La presidencia será rotativa entre sus integrantes, de acuerdo a reglamento específico.

VIII. En el caso de mancomunidad de municipios, los DILOS de estos nombrarán un solo Gerente de Red.

\*\*\*\*\*

### **Resolución Ministerial N° 0446**

#### **Reglamento de la Organización y Funciones de los Directorios Locales de Salud – DILOS, 07.08.2003**

Artículo 4 (De la conformación orgánica del DILOS)

[...]

V. El DILOS de la mancomunidad mantendrá la estructura señalada en el Art. 7 de D.S. 26875 del Modelo de Gestión y Directorio Local. La representación tripartita se organizará de la siguiente forma:

- a) El representante del municipio será elegido de todos los alcaldes mancomunados. Este representante presidirá el DILOS de la mancomunidad.
- b) El representante de la comunidad, en igual forma será elegido por los representantes de las Redes Sociales, en cada uno de los municipios.
- c) El SEDES, nominará un representante para cada uno de los municipios mancomunados. Para la comunidad puede elegir a uno de ellos u otro profesional de uno de los municipios mancomunados.

## **Anexo 11: Número de municipios según tamaño poblacional**

<b>Tamaño poblacional</b> (según censo 2001)	<b>Número de municipios</b>	<b>Porcentaje (~)</b>
< 5.000	83	26%
5.000 – 15.000	124	40%
<b><i>Total: &lt; 5.000 – 15.000</i></b>	<b>= 207</b>	<b>66%</b>
15.000 – 50.000	88	28%
> 50.000	19	6%
<b><i>Total: 15.000 - &gt; 50.000</i></b>	<b>= 107</b>	<b>34%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>314</b>	<b>100%</b>