



junio 2000

35

La Descentralización
de los Servicios de Salud
en Bolivia

La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia

Thomas J. Bossert, PhD
International Health Systems Group

Fernando Ruiz Mier
KPMG/Bolivia

Scarlet Escalante
Independent Consultant

Marina Cardenas
Independent Consultant

Bruno Guisani
Independent Consultant

Katherina Capra
Independent Consultant

Joel Beauvais, BA
International Health Systems Group

Diana Bowser, MPH
International Health Systems Group

junio 2000

Este informe fue producido por el Proyecto de Información para la Toma de Decisiones de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Acuerdo de Cooperación No. DPE-5991-A-00-1052-00. Fue hecho en colaboración con la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud de Latinoamérica y el Caribe, financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Acuerdo de Cooperación No. HRN-5974-C-00-5024-00. Los puntos de vista expresados aquí pertenecen al autor y no representan necesariamente las políticas del USAID.

CONTENIDO

ANEXOS	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
INTRODUCCION	1
MARCO CONCEPTUAL	2
LA NECESIDAD DE UN MARCO CONCEPTUAL	2
CARACTERIZANDO LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	3
IDENTIFICANDO EL IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN	4
EL MARCO CONCEPTUAL ADOPTADO	5
METODOLOGIA.....	8
PREGUNTAS A SER CONTESTADAS	8
CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN	9
LAS FUENTES DE LA INFORMACIÓN	10
TRABAJO DE CAMPO.....	11
MARCO LEGAL Y ANALISIS DE LOS ESPACIOS DE DECISION	14
LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DESCENTRALIZADO	14
LA SITUACIÓN DEL SECTOR SALUD EN EL MARCO DEL NUEVO MODELO DESCENTRALIZADO.....	16
LA SITUACIÓN ACTUAL DEL MODELO	17
LA APLICACIÓN DE UN MODELO PRINCIPAL - AGENTE	18
EL ESPACIO FORMAL DE DECISIÓN	19
ESPACIOS DE DECISIÓN INFORMAL	21
ANALISIS ESTADISTICO DE LA BASE DE DATOS SOBRE LA INFORMACION MUNICIPAL EN SALUD	25
LA BASE DE DATOS Y SUS LIMITACIONES.....	25
PRINCIPALES TENDENCIAS	26
<i>Reportes Municipales de Gasto en Salud.....</i>	<i>26</i>
<i>Gasto Municipal en Salud.....</i>	<i>28</i>
<i>Coefficientes de Utilización de Servicios Municipales de Salud.....</i>	<i>30</i>
LOS RESULTADOS	31
<i>Relación entre las Variables Dependientes.....</i>	<i>32</i>
<i>Gasto en Salud – Variables de Resultado</i>	<i>32</i>
<i>Gasto en Salud - Infraestructura y Equipamiento</i>	<i>33</i>
<i>Gasto en Salud - Características Municipales</i>	<i>34</i>
<i>Coefficientes de Utilización – Variables de Resultado</i>	<i>35</i>
<i>Coefficientes de Utilización – Infraestructura y Equipamiento.....</i>	<i>35</i>
<i>Coefficientes de Utilización - Características Municipales</i>	<i>36</i>
COMENTARIOS FINALES	37

DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS ESTUDIOS DE CASO	38
ENFOQUE ADOPTADO	38
VARIABLES CONSIDERADAS.....	38
<i>Factores externos</i>	39
<i>Características del municipio</i>	39
<i>Capacidad institucional</i>	39
<i>Actores clave</i>	40
<i>Innovaciones</i>	41
<i>Funciones DILOS</i>	41
<i>Desempeño</i>	42
RESULTADOS	43
SITUACIÓN AL INICIO	43
CAPACIDAD INSTITUCIONAL	44
ACTORES CLAVE	44
<i>Perfiles</i>	44
<i>Relaciones</i>	47
INNOVACIONES.....	48
FUNCIONES DILOS.....	49
DESEMPEÑO	50
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
CONCLUSIONES GENERALES.....	55
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
PUBLICATIONS OF THE LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN REGIONAL HEALTH SECTOR REFORM INITIATIVE.....	61

ANEXOS

Anexo No. 1

- Guía de entrevistas
- Estudios de caso

Anexo No. 2

- Calificación de variables
- Significado de las variables
- Matriz de calificación de variables

Anexo No. 3

- Matriz de evaluación del Espacio Formal de Decisiones
- Cambios en los Espacios Formales de Decisión antes y después de la aplicación del SNMN

Anexo No. 4

- Descripción de las principales innovaciones
- Matriz de Innovaciones

Anexo No. 5

- Matriz de correlaciones

Anexo No. 6

- Descripción de las funciones del Directorio Local de Salud (DILOS)

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la desinteresada colaboración de los alcaldes, concejales, personal de las alcaldías, miembros de los Comités de Vigilancia, miembros de las Organizaciones Territoriales de Base y personal municipal de salud de todos los municipios donde se realizaron los estudios de caso. Asimismo desean agradecer el apoyo logístico y de información de MotherCare Bolivia en la persona de su director.. Por otra parte, queremos reconocer el aporte en información brindado por la Contaduría General de la República de Bolivia y del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS). Finalmente es preciso reconocer.

INTRODUCCION

El presente estudio tiene como propósito evaluar los resultados iniciales de la descentralización en el sector salud en Bolivia. En consecuencia busca contestar, en la medida de lo posible, la siguiente pregunta: Cómo ha afectado la descentralización el desempeño del sistema público de salud?

Para poder contestar esta pregunta se ha adoptado el marco analítico de *Espacios de Decisión* propuesto por Bossert (1997), el cual se basa en una aplicación del enfoque de Principal - Agente y de una caracterización detallada del proceso de descentralización. Como parte de este enfoque, la pregunta general ha sido dividida en las siguientes tres preguntas más específicas:

- ¿Cuál es el grado de decisión transferido por el nivel central al nivel subnacional, principalmente a los municipios?
- ¿Qué tipo de decisiones están siendo tomadas a nivel local como resultado de la mayor discreción con la que se cuenta?
- ¿Qué efectos tienen estas decisiones en el desempeño del sistema de salud?

El presente estudio se basa tanto en un análisis de información a nivel macro como en estudios de caso en Municipios seleccionados. El periodo durante el cual se realizó el trabajo de campo fue agosto 1998 a marzo 1999. Esto representa aproximadamente 4.5 años después de adoptados los cambios que dieron inicio a la descentralización.

Debido a que el proceso de descentralización en Bolivia es relativamente reciente, todavía se están realizando cambios que modifican las características del mismo. El estudio considera el marco legal que estuvo vigente hasta julio de 1999. Los cambios posteriores a esa fecha no son considerados por dos razones. Primero, que van más allá del periodo de realización del estudio. Segundo, que ha transcurrido muy poco tiempo como para que se pueda apreciar el impacto de los mismos en el desempeño de los servicios de salud.

El resto del presente informe está estructurado en seis secciones. La sección II presenta el marco conceptual adoptado mientras que la sección III describe la metodología. Las secciones IV-VI presentan los resultados. La sección IV caracteriza la descentralización en Bolivia en términos de los espacios de decisión. De esta manera se contesta la pregunta sobre el grado de decisión transferido por el nivel central a los municipios. La sección V presenta los resultados del análisis de la información macro mientras que la sección VI describe y presenta los resultados del trabajo de campo. Estas dos secciones contestan, desde dos perspectivas diferentes, las preguntas sobre las decisiones que están siendo tomadas a nivel local y los efectos las mismas tienen en el desempeño del sistema de salud. La última sección resume los resultados a manera de conclusión.

MARCO CONCEPTUAL

LA NECESIDAD DE UN MARCO CONCEPTUAL

Si bien la descentralización ha sido propuesta desde hace algún tiempo como un mecanismo para mejorar los sistemas de salud, son relativamente pocos los países que han adoptado procesos de descentralización hasta la fecha. En consecuencia, la experiencia con la descentralización de los servicios de salud, en particular su impacto en la eficiencia y la calidad de los servicios, es algo limitada. Adicionalmente a que existen pocas experiencias, nuestra comprensión de los efectos que puede tener la descentralización en el desempeño del sector está limitada por la falta de estudios sistemáticos que busquen establecer la relación entre los distintos tipos de descentralización y los cambios en el desempeño.

La mayor parte de los estudios de los procesos de descentralización se caracterizan por tener dos limitaciones. Primero, tienden a ser principalmente descriptivos. Segundo, no se realizan en base a un marco analítico común que facilite comparaciones. Este último aspecto es de importancia ya que existen diversas formas de descentralizar y, en principio, los resultados de la descentralización están ligados, entre otras cosas, a las características del proceso.

El presente estudio ha adoptado la metodología propuesta por Bossert (1997), cuyo propósito es el de desarrollar un marco comparativo que permita analizar la efectividad de los procesos de descentralización en alcanzar los objetivos de eficiencia y calidad en los servicios. La metodología ha sido empleada introduciendo las adaptaciones y extensiones consideradas necesarias para el caso Boliviano.

La metodología está basada en una aplicación del enfoque agente – principal, en el cual el nivel central (Ministerio de Salud) es visto como el principal y el nivel subnacional (municipio) como el agente. Este enfoque nos permite centrar la atención en la relación entre el nivel central y el nivel subnacional, enfatizando la manera en la que el centro puede influenciar las decisiones a nivel municipal.

El enfoque también propone una caracterización detallada de la descentralización en base al concepto de *espacios de decisión*. El mapa de espacios de decisión, enfatizando el grado de discreción en las decisiones disponible a nivel local con relación a las principales funciones involucradas en la provisión de los servicios de salud, permite identificar las diferencias entre distintos tipos de descentralización.

Adicionalmente, el enfoque propone evaluar el uso de los espacios de decisión identificando las innovaciones, los cambios dirigidos y la ausencia de cambios. Todos estos elementos se vinculan con las características de los municipios, en particular con las capacidades existentes y con los indicadores de desempeño en la provisión de los servicios de

salud. Es decir, las respuestas a los cambios en los espacios de decisión introducidos por la descentralización, la forma de innovaciones, los cambios dirigidos y/o la ausencia de cambios, son evaluadas en términos de su impacto en el desempeño del sector.

CARACTERIZANDO LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Existen muchas maneras de descentralizar. Por esta razón, es necesario un enfoque que permita distinguir los distintos tipos de descentralización en términos del grado de decisión disponible en cada nivel, así como de los mecanismos utilizados para influenciar en las decisiones del nivel local (subnacional). Para esto es conveniente considerar las funciones involucradas en la provisión de servicios de salud identificando qué nivel, y en qué grado, tiene decisión sobre cada una de ellas. En términos generales las acciones necesarias para la provisión de servicios de salud: pueden ordenarse en cuatro grandes áreas funcionales, como se muestra en el cuadro a continuación.¹

Cuadro 1.1. Acciones Para la Provisión de los Servicios de Salud

AREA FUNCIONAL	DECISIONES SOBRE
Conducción Regular el sector, estableciendo prioridades, orientando y apoyando su desarrollo y asegurando cierto nivel de calidad. Definición de políticas sectoriales.	Política de medicamentos Política de recursos humanos Normas técnicas Requerimiento de programas Protocolos de atención
Financiamiento Asignar recursos públicos para cubrir los costos de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, insumos médicos y gastos operativos.	Fuentes de ingreso Asignación del gasto Ingreso por tarifas
Oferta de Servicios Establecer el tipo y la cantidad de servicios de salud que deberán ser provistos, relacionando el financiamiento con las necesidades y la oferta (en magnitud y calidad) de servicios.	Paquetes de servicios Servicios ofrecidos Focalización (reglas de acceso)
Provisión y Organización del Servicio Prestar atención médica, realizar campañas de salud pública, ejecutar programas y proyectos. Organización del servicio	Autonomía de centros y hospitales Gestión de: Recursos Humanos Contratos con proveedores privados

Cada una de las cuatro áreas funcionales comprende una serie de funciones específicas, que resultan en la provisión de servicios de salud. La descentralización consiste en una reasignación de estas funciones, traspasando algunas del nivel nacional a niveles sub-nacionales. La gran cantidad de formas en las que estas funciones pueden ser distribuidas entre los distintos agentes y distintos niveles involucrados en la provisión de servicios de salud, da lugar a que puedan existir innumerables tipos (esquemas) de descentralización del sector salud.

¹ Existen numerosas formas de definir las áreas funcionales en el sector. La categorización expuesta ha sido adoptada para el presente trabajo debido a su simpleza y a que permite ilustrar aspectos importantes de la descentralización.

La caracterización detallada del grado y la naturaleza de la descentralización permite diferenciar entre sistemas descentralizados asociando las decisiones tomadas por el nivel local con los cambios en el desempeño de los servicios de salud.

IDENTIFICANDO EL IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN

La descentralización, al establecer nuevas reglas de juego, modifica la forma de operar los servicios de salud y, consecuentemente, puede afectar el desempeño de los mismos. Sin embargo, es posible que los cambios en el desempeño observados no se deban necesariamente a la descentralización sino a otros factores. Por esta razón es necesario identificar las formas (las cadenas de causalidad) en las que la descentralización resulta en cambios en el desempeño. También es necesario identificar otros factores que puedan inducir cambios en el desempeño de los servicios de salud.

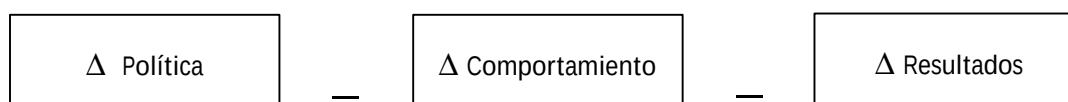
Los cambios introducidos por la descentralización resultan en un desempeño distinto en la medida en la que se genera un comportamiento distinto. Es decir, el efecto de la descentralización en el desempeño depende de la manera que el cambio en los espacios de decisión es utilizado. Esto puede ocurrir principalmente porque los nuevos actores (a nivel local), enfrentando circunstancias, incentivos e información distinta adoptan otro tipo de decisiones. Esto puede describirse en términos de la relación entre los siguientes tres tipos de variables:

Cuadro 1.2. Variables del Espacio de Decisión

TIPO DE VARIABLE	CARACTERICAS
Política	Aquellas que describen los cambios y las definiciones adoptadas con la descentralización como resultado de definiciones de política
Comportamiento	Aquellas que describen el nuevo tipo de accionar de los agentes involucrados motivado por los cambios introducidos
Resultado	Aquellas que describen los resultados -en términos de patrones de gasto, inversión y provisión del servicio así como en el desempeño- a los que las nuevas reglas y el nuevo accionar dan lugar

El cambio en las variables de política - motivado por la decisión de descentralizar- establece nuevas reglas de juego y una nueva forma de operar los servicios de salud, hechos que inducen a un comportamiento distinto. Este nuevo comportamiento, a su vez, lleva a nuevos resultados, es decir a un cambio en el desempeño de los servicios de salud

FIGURA 1.1. Cadena de Causalidad



Lo anterior supone que cualquier cambio en los resultados dependerá de: i) la naturaleza de las nuevas reglas de juego introducidas por la descentralización, y ii) la forma en la que las instituciones -y los distintos agentes dentro de ellas- modifican su comportamiento para adaptarse y aprovechar las nuevas reglas de juego. Por esta razón, para comprender la naturaleza de los cambios que se desencadenan a partir del cambio en la política es necesario adoptar un marco conceptual que caracterice en mayor detalle la cadena P-C-R.

EL MARCO CONCEPTUAL ADOPTADO

Como se mencionó anteriormente, el marco adoptado sigue la propuesta de Bossert basándose en una caracterización de la descentralización que permite identificar el rango de decisión disponible a los distintos agentes en cada nivel. El grado y la naturaleza de la descentralización pueden ser caracterizados por dos elementos: el cambio en el “espacio de decisión” y los mecanismos o instrumentos de política (que en el enfoque principal – agente se conocen como incentivos) que el nivel central utiliza para inducir ciertas acciones o señalar prioridades.

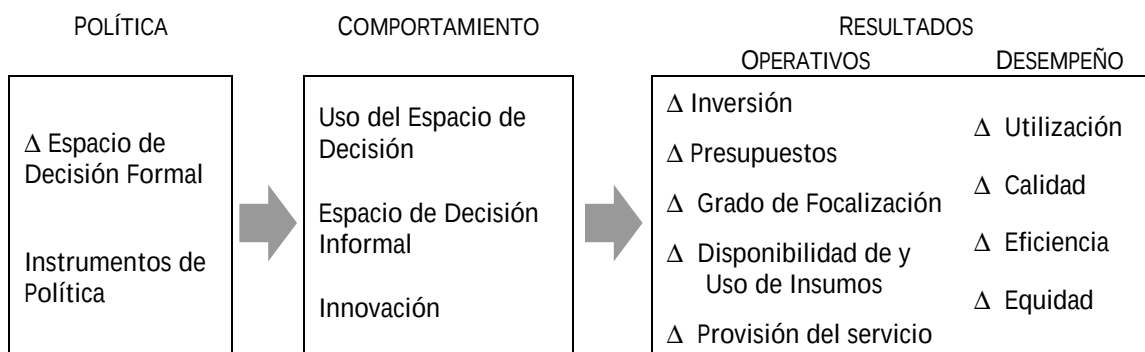
El “espacio de decisión” describe cuanto control, y sobre qué tipo de decisiones, se permite discreción a los distintos agentes involucrados en la provisión de servicios de salud. El “espacio de decisión” está definido por leyes y regulaciones las cuales detallan la asignación de competencias y responsabilidades entre las distintas instancias involucradas. En este sentido, el “espacio de decisión” refleja las reglas administrativas básicas que regulan la provisión de los servicios de salud y constituye, en consecuencia, una caracterización de la descentralización adoptada en Bolivia.

Los instrumentos de política son aquellos que permiten a la autoridad central -a través de incentivos, monitoreo selectivo, sanciones y condicionamientos - inducir cierto tipo de acciones por parte de las instancias a nivel subnacional. Es decir, son el mecanismo empleado por la autoridad central en su rol de principal con el fin de que el nivel subnacional (agente) se comporte de una manera que permita lograr los objetivos de equidad, eficiencia, calidad e incremento en la utilización.

La caracterización del cambio en el comportamiento se basa en tres elementos: el grado en el que se hace uso del nuevo espacio de decisión, la medida en la que surge un espacio de decisión informal y el desarrollo y puesta en práctica de nuevas innovaciones.

Finalmente, dado que - debido a las limitaciones de la información- no siempre es posible medir cambios en el desempeño directamente, es necesario identificar algunas variables que, siendo más fácilmente observables, nos permitan inducir a partir de sus cambios los probables cambios en las variables de desempeño. En base a lo anteriormente descrito, la cadena P-C-R puede describirse en mayor detalle como lo ilustra el diagrama a continuación:

FIGURA 1.2. Cadena P – C – R



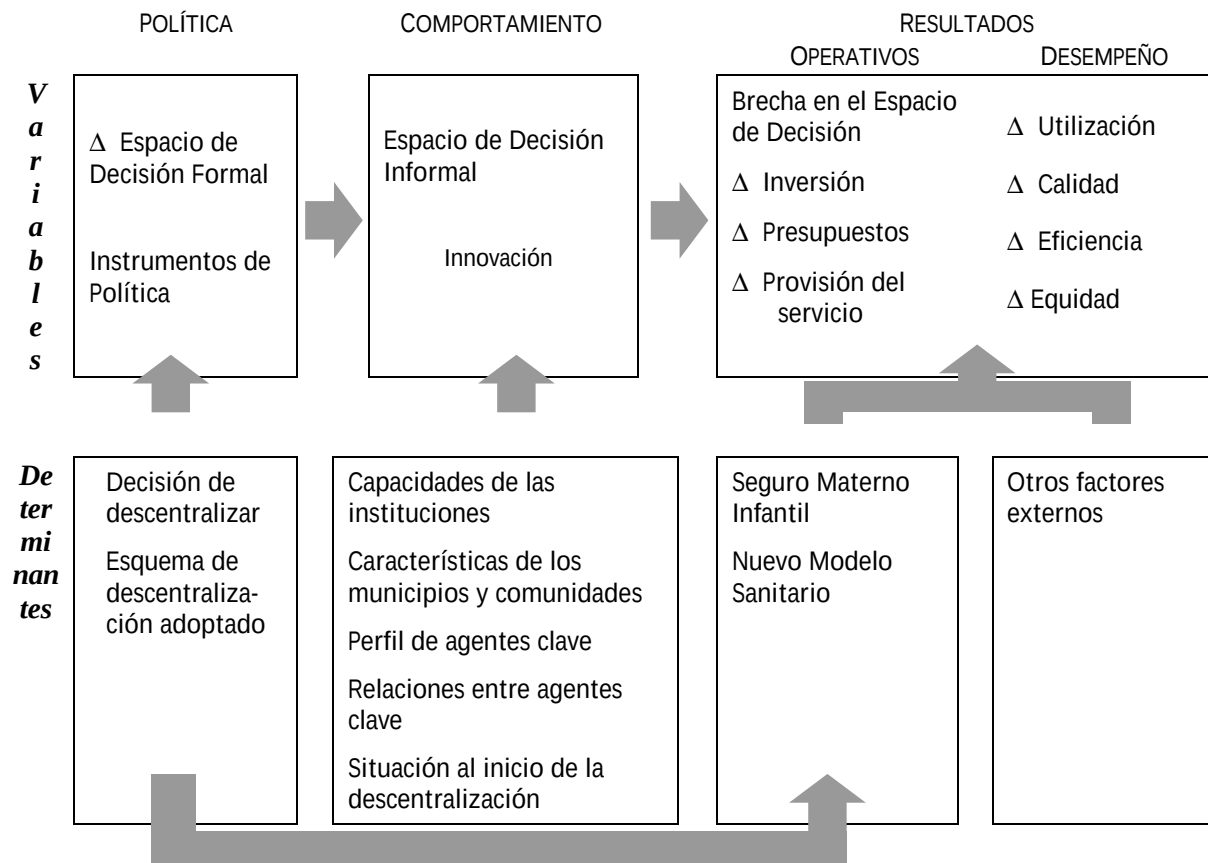
Adicionalmente a las variables que forman parte de la cadena P-C-R es necesario considerar otras que pueden tener incidencia en los resultados del sistema público de salud, tanto en forma relativamente directa -afectando las variables operativas o de resultados descritas- o de forma indirecta -influyendo la manera en la que el comportamiento de los principales agentes responde a los cambios de la descentralización.

En algunos casos la descentralización no es el único cambio de política. Otros cambios que son contemporáneos a la descentralización pueden inducir cambios en el desempeño. Por esta razón es necesario identificar otros cambios de política cuyo efecto en el desempeño del sistema pueda estar mezclado con el de los cambios introducidos por la descentralización. En el caso Boliviano, además de la descentralización se puso en práctica el Nuevo Modelo Sanitario y el Seguro Materno Infantil. Es decir, la descentralización fue acompañada por cambios específicos en la política de salud.

Adicionalmente, la magnitud de los cambios que la descentralización pueda inducir en el desempeño del sector dependen de algunos factores externos. Por ejemplo, con relación a los cambios en el comportamiento -los espacios de decisión informal y las innovaciones- dependen de factores como ser las características de los municipios y de las personas que desempeñan un rol en la alcaldía y en la provisión de servicios de salud. Asimismo, dadas las debilidades institucionales - asociadas con la reciente creación de las alcaldías- la capacidad de aprovechar los nuevos espacios de decisión dependen, en gran medida, de las condiciones locales, tanto estructurales como coyunturales.

Aspectos como la capacidad institucional, el perfil de agentes clave y las relaciones entre los mismos y la situación del municipio con relación al sector salud al inicio de la descentralización -tanto en lo relativo a la capacidad instalada como en lo relativo a la experiencia en la gestión del sector- parecerían ser factores que puedan influenciar la respuesta del sector a la descentralización a nivel local. En consecuencia, el esquema que completa la cadena P-C-R debe incluir estos factores, ya que los mismos pueden ser, para el caso de Bolivia, factores determinantes. Este esquema se describe en la figura 1.3. en el diagrama a continuación.

FIGURA 1.3. Cadena P – C – R Ampliada



METODOLOGIA

PREGUNTAS A SER CONTESTADAS

El presente estudio busca contestar tres preguntas generales. Cada una de estas preguntas a su vez genera algunas preguntas secundarias como se detalla a continuación:

- ¿Cuál es la estructura formal de decisión introducida por la descentralización?
- ¿Qué tipo de decisiones han sido descentralizadas? Con qué grado de decisión se cuenta a nivel local?
- ¿Qué tipo de decisiones están tomando los agentes a nivel local, como resultado de la mayor capacidad de decisión con la que cuentan?

¿En qué medida se aplica la estructura formal de decisión? ¿Existe un espacio de decisión informal diferente del espacio de decisión formal? ¿De qué factores dependen las decisiones a nivel local?

¿Existen instrumentos del nivel central - incentivos, monitoreo selectivo, sanciones y condicionamientos - que afectan las decisiones adoptadas en el nivel local? ¿En qué medida afectan las decisiones?

- ¿Cuál ha sido el impacto inicial de la descentralización en el desempeño del sistema público de salud?

¿Cuál es el cambio que se observa en los indicadores de desempeño? ¿Cuáles parecen ser los factores que determinan los patrones de cambio observados en el desempeño de los servicios de salud?

La mejor manera de contestar la pregunta relativa a la estructura de decisión es a través de una descripción de la asignación de responsabilidades con relación a las distintas funciones y tareas ligadas a la provisión de servicios de salud. Esta descripción se ha realizado en base a una matriz de los espacios de decisión en la que se: i) identifica las principales funciones involucradas en la provisión de servicios de salud, ii) establece la asignación de responsabilidades definida por la normativa y iii) califica el grado de decisión (limitado, moderado, amplio). Esta descripción se presenta en la sección IV del presente informe. Adicionalmente, a través de entrevistas en las visitas de campo se han establecido las prácticas reales, y en consecuencia, se han determinado los espacios de decisión informales.

Debido a las limitaciones de la información existen algunas dificultades para responder la segunda y tercera pregunta. A nivel macro los registros son incompletos y poco confiables. A nivel municipal la información previa a la descentralización es, en la mayoría de los casos, inexistente. Adicionalmente, la información a partir de la descentralización es incompleta y poco sistemática.

Las limitaciones de información dificultan la tarea de identificar tanto el tipo de decisiones que están siendo tomadas a nivel local como los patrones de cambio que se están dando en el desempeño de los servicios de salud. Para subsanar estas limitaciones se ha dado mayor énfasis al trabajo de campo. En particular, con el propósito de entender mejor la manera en la que el uso de los nuevos espacios de decisión está relacionado con los resultados que se puedan observar, se ha prestado atención a los principales actores y a la relación entre los mismos.

Para contestar las preguntas relativas al tipo de decisiones que los agentes a nivel local están tomando como resultado de la descentralización y al impacto inicial de la descentralización en el desempeño del sistema público de salud, se ha procedido por dos vías. La sección V presenta un análisis de la información macro en la que se hace énfasis en las tendencias de gasto, inversión y utilización buscando identificar sus principales determinantes. Por su parte la sección VI presenta el análisis de los estudios de caso donde se ha buscado identificar el tipo de decisiones e innovaciones presentes - así como sus principales determinantes- relacionándolos a algunas medidas de desempeño.

CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN

El análisis de los efectos de la descentralización implica una comparación de la situación ex-ante con la situación ex-post. Esta comparación requiere la disponibilidad de datos continuos, periódicos y consistentes para ambos periodos. En particular, la información debe estar disponible para cada jurisdicción geográfica que comprenda a un gobierno local.

En el caso Boliviano este aspecto representa un problema, pues la nueva demarcación territorial derivada de la aplicación de un nuevo régimen descentralizado, no siempre coincide con la antigua división geográfica del país. En consecuencia, en la mayoría de los casos no existen datos a nivel municipal que describan la situación con anterioridad a la descentralización. Esto significa que los datos ex-ante no coinciden jurisdiccionalmente con los datos ex-post lo cual imposibilita la comparación.

Adicionalmente al aspecto jurisdiccional señalado debe remarcarse que la información existente no es confiable debido a que: i) la información que se registra y está disponible es muy limitada, ii) en la mayoría de los casos la información no ha sido depurada y iii) no se recolectan datos con criterios claros y con una periodicidad uniforme.

Como en todos los países con altos niveles de analfabetismo y pobreza, las estadísticas en Bolivia adolecen también de falencias estructurales. Las razones fundamentales de estas falencias son: la reducida disponibilidad de recursos para realizar censos con relativa periodicidad y/o encuestas muestrales periódicas y la reducida probabilidad de adquirir a través de encuestas información confiable, que refleje de manera objetiva la situación verdadera. Generalmente, las características socioeconómicas de la población encuestada hacen que la información tenga problemas de consistencia, derivados en un sesgo y en un amplio margen de error.

Otros factores que limitan la disponibilidad de datos actualizados son:

- La ausencia de una confrontación de las estimaciones o proyecciones con los datos efectivos. Por este motivo, generalmente se debe trabajar con las programaciones de inversión, pues los datos de ejecución presupuestaria demoran por lo menos un periodo anual en estar disponibles.
- Las demoras en los reportes regionales. Este tema es especialmente inherente a la información proveniente de áreas geográficas alejadas y de difícil acceso. Este tipo de problemas provocan que, normalmente la información sea incompleta y con un reducido margen de confiabilidad.

Finalmente debe remarcarse que la experiencia de descentralización en Bolivia es relativamente reciente. Es posible que hasta la fecha no se hayan dado todavía todos los resultados que pueden desencadenar las medidas de descentralización. En consecuencia la evaluación debe ser entendida como una evaluación del impacto inicial de la descentralización

Las limitaciones en la información nacional secundaria promovieron la necesidad de profundizar y ampliar el levantamiento de información primaria a nivel municipal, para otorgar mayor confiabilidad a los resultados del estudio. Esto implicó la realización de un “trabajo de campo” en 17 municipios correspondientes a tres departamentos de Bolivia (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz). Para este componente del estudio, se tuvieron que enfrentar dos limitantes esenciales: la accesibilidad geográfica y las restricciones financieras. Dadas estas limitaciones, los municipios fueron elegidos tomando en consideración varios aspectos. En primera instancia, se priorizaron aquellos municipios cuyo tamaño y características socioeconómicas sean lo más representativas posibles de la realidad del país. Es decir, fundamentalmente se trabajó en municipios pequeños con una gran proporción de población rural. Por otra parte, también se consideró la disponibilidad de información adicional y complementaria inherente a la situación del sistema de salud en estos municipios. Esta información principalmente proviene de la base de datos de MotherCare y del Estudio de Evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (Dmytraczenko et al, 1998).

LAS FUENTES DE LA INFORMACIÓN

La información secundaria a nivel nacional proviene de las siguientes instituciones:

- Los datos de inversión municipal programada provienen del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, mientras que los datos de ejecución fueron provistos por la Contaduría General de la República y el Viceministerio de Planificación Estratégica y Participación Popular.
- Los indicadores de salud en principio proceden del Sistema Nacional de Información en Salud (S.N.I.S.). Estos datos comprenden indicadores de infraestructura, personal en salud, incidencias, tasas de ocupación, utilización, etc. Sin embargo, ante la ausencia de datos para el periodo ex - ante de la descentralización a nivel municipal se tuvo que hacer un esfuerzo adicional para la readecuación de los datos existentes a nivel provincial.

- Asimismo, se tuvo que complementar y ampliar esta información con datos del Censo Nacional de Población y Vivienda, los cuales fueron sistematizados y adecuados para otros requerimientos por la Unidad de Análisis de Políticas Sociales (UDPASO) y por el Viceministerio de Planificación Estratégica Participación Popular.
- Por otra parte, para la información relativa a las características regionales socioeconómicas especialmente en el ámbito social, se recurrió la Censo y a los trabajos que de este instrumento se derivan, como ser: el Mapa de Pobreza, el Índice de Desarrollo Humano y el Mapa Étnico.
- Para la información referida a los incentivos externos municipales se revisaron las estadísticas del Fondo de Inversión Social (FIS), Programa de Acciones Estratégicas (PAE) y de Naciones Unidas.

La información primaria fue recabada mediante entrevistas a distintos actores locales en el ámbito de la salud. En las visitas a los municipios incluidos en la muestra:

- Se mantuvieron conversaciones con las principales autoridades políticas de los municipios elegidos, estas autoridades comprenden a alcaldes, oficiales mayores, responsables de salud de la alcaldía, concejales y representantes ante el DILOS.
- También se entrevistó al personal de salud del municipio con mayor peso o importancia en el sector, tal es el caso de los directores (as) de los principales establecimientos de salud pública de cada municipio, otros médicos, enfermeras, auxiliares de salud y administradores de establecimientos.
- Las entrevistas incluyeron también a la población usuaria y a los responsables de llevar adelante los mecanismos de control social y fiscalización, como ser: representantes del Comité de Vigilancia, representantes de las OTB's, pacientes y población en general.

TRABAJO DE CAMPO

Debido a las limitaciones de la información macro el trabajo de campo, inicialmente contemplado para 8 municipios, fue ampliado para cubrir 17 municipios. Tomando en cuenta las restricciones de tiempo, las restricciones presupuestarias y las restricciones de acceso, los municipios se seleccionan con el propósito de establecer una muestra que permita identificar aquellos factores que parecen jugar un rol importante en definir los cambios en el desempeño. Con este fin se tomaron en cuenta aspectos como la disponibilidad de información, la evidencia de cambios susceptibles de ser evaluados como ser la inversión en infraestructura y las innovaciones en la provisión de servicios.

Los municipios visitados fueron:

La Paz	Santa Cruz	Cochabamba
Patacamaya	Montero	Sipe-Sipe
Mecapaca	San Julian	Punata
Tiahuanacu	San Javier	Capinota
Guaqui	Warnes	Tarata
Laja	Yapacani	Villa Rivero
Pucarani		
Batallas		

Como lo sugiere la muestra, el trabajo de campo se concentro en municipios rurales. En consecuencia los hallazgos reflejan la situación de este tipo de municipios, que constituye la mayoría de municipios en número pero aproximadamente la mitad en términos de población. La realidad de la provisión de servicios de salud en centros urbanos es distinta y requeriría de un enfoque diferente al empleado en este el trabajo de campo de este estudio. Las visitas de campo comprendieron entrevistas con funcionarios del Gobierno Municipal, funcionarios del sector salud, en algunos casos ONG's o proyectos ligados al sector y la población.

En las visitas de campo se hizo un esfuerzo por:

- realizar, en lo posible, un número de 4-6 entrevistas
- asegurar que el perfil de los entrevistados sea variado
- obtener justificaciones detalladas de las opiniones que se reciben
- verificar los comentarios u opiniones obtenidas cruzando la información proporcionada por los distintos entrevistados

Para lograr una consistencia y minimizar el grado de subjetividad inherente en las entrevistas, se ha desarrollado una guía de entrevistas la cual detalla el enfoque que se debe dar a las mismas (ver anexo N° 1).

La información obtenida en las visitas de campo fue resumida en forma sistemática en fichas. Cada ficha contiene las siguientes secciones:

- Características generales.- aspectos generales del municipio como ser: la población, así como el detalle de las personas entrevistadas.
- Situación al inicio de la descentralización.- detallando la situación con relación a la capacidad instalada, la disponibilidad de sustitutos (e.g. facilidad de acceso a los servicios provistos en otros municipios) y experiencia en salud a nivel local.
- Factores externos.- reflejando los incentivos existentes, el apoyo externo (e.g. cooperación. ONG's o proyectos) al sector salud y las características específicas del municipio que puedan afectar la gestión.
- Aspectos institucionales.- describiendo la forma de operación de instancias clave como la alcaldía, el establecimiento de salud, los DILOS, los Comités de Vigilancia y las OTBs. Describe aspectos sobre el espacio de decisión informal y sobre la capacidad institucional.

- Características de los principales actores.- describiendo los perfiles del alcalde y del principal personal de salud (médico encargado) así como las relaciones entre el alcalde, el médico la comunidad y el consejo.
- Resultados.- detallando las observaciones en términos de innovaciones así como cambio en el desempeño, este último en los aspectos relativos a la calidad, la utilización, la equidad y la eficiencia (asignativa y en la provisión del servicio).
- Otras observaciones.- describiendo otros factores observados que puedan tener alguna incidencia en el comportamiento de los principales actores o instituciones y en el desempeño de los servicios de salud

Las variables en las que se profundiza la descripción dentro de las fichas son aquellas que se desprenden del marco conceptual descrito en la sección II.

Las observaciones realizadas en las visitas de campo, y documentadas en las fichas, fueron la base para una calificación de las variables seleccionadas. El propósito de la calificación fue el de facilitar la comparación entre municipios y la identificación de posibles relaciones entre distintas variables. Las variables que fueron calificadas son:

Situación Inicial	Relaciones	Cambios en el Desempeño
Capacidad Instalada	Alcalde - Comunidad	Calidad
Disponibilidad de Sustitutos	Alcalde - Médico	Utilización
Experiencia	Médico - Comunidad	Equidad
	Alcalde - Consejo	Eficiencia en la asignación
		Eficiencia en la provisión
Fact. Externos	Perfil Alcalde	Innovaciones
Incentivos	Apoyo del Consejo	Varios dependiendo de cada caso
Apoyo	Experiencia	
	Conocimiento de las leyes	
	Respeto a la ley	
	Iniciativa	
Capacidad Institucional	Perfil Médico	
DILOS	Conocimiento de la ley	
Otra	Experiencia	
	Iniciativa	
	Sensibilidad	

Salvo el caso de las variables ligadas a cambios en el desempeño, la calificación de variables fue en base a una escala del 1-3 donde, en términos generales, 1 denota una situación desfavorable o limitada, 2 una situación neutra y 3 una situación favorable. En el caso de las variables de cambios en el desempeño (o variables dependientes) se utilizó una escala del 1-4 donde 1 denota un deterioro, 2- una situación neutra, y 3 y 4 distintos grados de cambios positivos. El anexo N°2 detalla los aspectos considerados en la calificación.

Con el fin de identificar cuáles son los factores asociados con un mejor o peor desempeño se establecieron las correlaciones entre las distintas variables calificadas. Los patrones observados en las correlaciones fueron interpretados y se constituyeron en la base de las conclusiones y recomendaciones.

MARCO LEGAL Y ANALISIS DE LOS ESPACIOS DE DECISION

LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DESCENTRALIZADO

En los últimos años se han implementado una serie de reformas estructurales que significaron cambios importantes en las reglas de juego para el diseño y aplicación de políticas públicas, así como en la organización y administración del Estado. Uno de los efectos fundamentales de estas reformas fue la transición de un modelo centralista hacia un nuevo sistema de descentralización fiscal, el mismo que promueve la creación de dos niveles de gobierno (uno local o municipal y el antiguo nivel central). A los municipios (gobiernos locales) se les asigna cierto nivel de autonomía por efecto de una transferencia de responsabilidades, atribuciones y recursos, los mismos que atingen principalmente al ámbito social. Una de las características más destacables del modelo boliviano está en el patrón “bottom up” (de abajo hacia arriba), que significa el incentivo a la participación de toda la población e instituciones locales en la priorización, decisiones de provisión y fiscalización de las acciones de los gobiernos municipales.

El marco legal para la implementación del nuevo régimen esta en la “Ley 1551 de Participación Popular” dictada el 20 de abril de 1994, posteriormente la reforma fue complementada por la “Ley 1654 de Descentralización Administrativa”, promulgada el 28 de julio de 1995.

La “**Ley de Participación Popular**” da lugar a la creación de un nivel adicional de gobierno autónomo (municipio) en todo el territorio nacional. Los gobiernos municipales están circunscritos a una sección de provincia, con jurisdicción urbano-rural y se les asigna principalmente responsabilidades asociadas a la provisión de ciertos bienes y servicios locales.

La mayoría de los bienes cuya provisión es responsabilidad municipal son considerados “éticamente primarios” o “necesarios para la libertad positiva” (salud, educación, saneamiento básico, etc.). Estos bienes generalmente no cumplen estrictamente con las características de los bienes públicos², por lo que pueden ser clasificados como mixtos. La provisión de este tipo de bienes, tanto los estrictamente públicos como los mixtos, generalmente es económicamente ineficiente por dos razones. En primera instancia existen reducidos incentivos para que la población revele sus preferencias dados los típicos incentivos del “*Free Rider*”. En segunda instancia, dadas las connotaciones de equidad y justicia distributiva que implican el acceso a estos servicios, su precio está generalmente subsidiado. Por estas causas, la teoría promueve que una de las maneras de reducir la ineficiencia en la provisión esta en la acción colectiva de toda la población beneficiaria para influir en las decisiones locales de provisión³.

² Los bienes públicos puros deben cumplir con dos características: (a) no rivalidad en el consumo y (b) imposibilidad de exclusión. Los “bienes éticamente primarios” son aquellos que proporcionan igualdad de oportunidades básicas a los individuos para su desarrollo personal (Dasgupta 1984).

³ Este resultado es equivalente a un equilibrio “second best”.

En este ámbito, la Ley de Participación Popular crea una serie de mecanismos para promover la participación ciudadana de tal manera de incentivar la revelación de sus preferencias y prioridades. Al conjunto de estos mecanismos se les ha venido a llamar “Planificación Participativa”. Esta característica del modelo busca coadyuvar a la eficiencia en la provisión, tiene importantes efectos políticos así como también en materia de equidad y justicia social por incluir a todos los grupos tradicionalmente marginados (indígenas y campesinos) en las acciones locales de priorización, planificación, ejecución y fiscalización. En el ámbito político la participación ciudadana puede facilitar la gobernabilidad de los municipios promoviendo de este modo la democracia y sostenibilidad de los proyectos por la identificación de la población con los mismos.

Finalmente, dado que muchos de los gobiernos locales son de reciente creación y que la mayoría de ellos no cuentan con una base tributaria mínima, la ley establece un sistema de transferencias intergubernamentales mediante la coparticipación tributaria, de tal manera de asegurar una mínima cantidad de recursos a nivel local (capacidad fiscal local). Se establece que del total de la recaudación nacional (excluyendo el Impuesto Especial a los Hidrocarburos) 20% será distribuido a los municipios en base a una regla per cápita. Este mecanismo implica importantes ganancias en equidad horizontal regional⁴, pues regiones tradicionalmente marginadas (especialmente rurales) por primera vez perciben la presencia del Estado en materia financiera. Adicionalmente a los recursos de coparticipación, la ley también contempla una parcial descentralización de la tributación. Los impuestos a la propiedad pasan a ser dominio exclusivo municipal. Así mismo, se abre la posibilidad para que los gobiernos locales puedan crear nuevos impuestos o fuentes de ingreso de manera de incrementar su autonomía y capacidad fiscal.

La “**Ley de Descentralización Administrativa**” complementa al modelo mediante la creación de un nexo (prefectura) entre ambos niveles de gobierno. Esta ley tiene tres objetivos muy claros: i) definir la estructura del Poder Ejecutivo a nivel departamental, ii) delegar responsabilidades del Gobierno Nacional a las nuevas Prefecturas departamentales y iii) establecer los recursos económicos a transferirse a estas instituciones y los mecanismos de asignación de los mismos. La prefectura se constituye en una entidad desconcentrada, actúa como representante regional del gobierno central, pues el prefecto es elegido directamente por el presidente de la República. Por tanto, no puede ser considerada como un nivel adicional de gobierno. Sus principales funciones, en el ámbito de la descentralización, son la coordinación y direccionamiento de las acciones locales para que estas se enmarquen dentro de las políticas departamentales y nacionales. En algunos casos las prefecturas comparten con los municipios la responsabilidad en la provisión de algunos servicios, tal es el caso de educación y salud. Este hecho da lugar a modelo de “descentralización por factores”, en el cual la prefectura tiene a su cargo la administración, supervisión y control de los recursos humanos, mientras que el municipio tiene bajo su responsabilidad de la infraestructura. Este hecho limita la autonomía de los municipios y puede provocar ineficiencias por efecto de la dilución de responsabilidades en la provisión final (Ruiz Mier y Guissani, 1997).

⁴ Equidad horizontal se refiere al objetivo de otorgar un “trato igual a iguales”. Este concepto se diferencia del de “equidad vertical”, que implica otorgar un trato “diferente a diferentes”.

Los recursos financieros de las prefecturas provienen de tres fuentes vía transferencias intergubernamentales y una fuente de ingresos propios. En primera instancia, se promueve que del total de la recaudación proveniente del Impuesto Especial a los Hidrocarburos (IEH), 25% será coparticipado entre todos los departamentos. El 50% de estos recursos se reparte por igual entre todos los departamentos, mientras que el 50% restante se destina en base a criterios per cápita.

Los recursos propios prefecturales son las regalías departamentales por el uso de los recursos hidrocarburíferos, mineros y forestales. A raíz de las diferencias departamentales que nacen por la propiedad de estos recursos y también con objetivos de equidad horizontal regional, se establece un segundo sistema de transferencias mediante el “Fondo Compensatorio Departamental”. Este fondo permite a través de transferencias desde el Tesoro General de la Nación subvencionar a los departamentos cuya regalía departamental sea inferior al promedio nacional por habitante.

Finalmente, existen otro tipo de transferencias específicas hacia las prefecturas destinadas a programas de inversión y desarrollo departamentales y nacionales. La mayoría de estos fondos provienen de créditos o donaciones internacionales y son canalizadas ya sea vía fondos de desarrollo o directamente hacia las prefecturas.

LA SITUACIÓN DEL SECTOR SALUD EN EL MARCO DEL NUEVO MODELO DESCENTRALIZADO

Nuevo modelo sanitario es la adecuación del modelo de descentralización al sector salud. La Ley de Participación Popular transfiere las siguientes atribuciones y competencias en salud a los gobiernos municipales:

- Propiedad sobre bienes muebles e inmuebles afectados a la infraestructura física de los servicios públicos en salud.
- Obligación de administrar, mantener y renovar los bienes muebles e inmuebles antes mencionados.
- Capacidad de tomar decisiones sobre la inversión social en salud haciendo uso del financiamiento adicional otorgado por los recursos de Participación Popular.
- Capacidad de coparticipar en coordinación con el MPSSP en las decisiones sobre la asignación y uso de los recursos generados localmente por la provisión de los servicios de salud.

Con las reformas se crean nuevas instancias e instrumentos en el ámbito del sector:

- Institucionalización de la Participación Popular mediante el incentivo al control social sobre la asignación y uso de los recursos de coparticipación tributaria.
- Nueva regionalización sanitaria basada en la demarcación político administrativa, tomándose como referencia el espacio territorial del municipio.
- Nuevas fuentes de financiamiento para los servicios en salud, provenientes del nivel local.

- Organización social de la demanda de servicios de salud, a través de los mecanismos de la planificación participativa.

Para facilitar el funcionamiento y coordinación de estas nuevas instancias e instrumentos se crea el “Directorio Local de Salud” (DILOS), que sirve de nexo entre la dimensión sectorial de salud (MPSSP), el gobierno municipal, la Prefectura y las organizaciones populares. El DILOS, como instancia de coordinación, busca compatibilizar la demanda social organizada y la oferta de servicios de salud así como los planes de inversión y la asignación de recursos humanos al sector.

En el marco del Nuevo modelo Sanitario, desde julio de 1996 se implementa el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) el cual es un instrumento que trata de atacar a algunas de las mayores deficiencias de salud que experimenta el país: los problemas materno - perinatales y las enfermedades de la infancia más frecuentes.

El SNMN hace que el gobierno central, las prefecturas y los municipios cofinancien la provisión de un paquete básico de servicios a las mujeres embarazadas y a los niños menores de cinco años de manera gratuita. Del total de recursos de coparticipación tributaria el municipio debe asignar el 3% a una cuenta específica para financiar los insumos y medicamentos necesarios para el funcionamiento del SNMN.

Para lograr que las prestaciones del SNMN sean eficientes, resta aun trabajar en una propuesta para ordenar la red de servicios. Específicamente se deben establecer sistemas de referencias mínimos. Por ejemplo, en el caso de la atención del parto al eliminarse la barrera económica de las tarifas la demanda fluyó de manera espontánea a los centros de mayor resolución aumentado las atenciones en el nivel hospitalario. De este modo, se notan excesivas presiones sobre los establecimientos de tercer nivel, mientras que los establecimientos de segundo y primer nivel prácticamente mantienen capacidad subutilizada. Adicionalmente se debe readecuar financieramente el programa a las condiciones nacionales de la oferta de medicamentos y las prácticas médicas más frecuentes. En la mayoría de los casos existe evidencia de que existe una subestimación de costos, hecho que incide desfavorablemente en la calidad de las prestaciones del programa. (Dmytraczenko et al, 1998).

LA SITUACIÓN ACTUAL DEL MODELO

El nuevo gobierno posesionado el 6 de agosto de 1997 promueve algunas modificaciones especialmente en la estructura y funcionamiento del poder ejecutivo central. El 16 de septiembre de 1997 se dictamina la ley No. 1788 de “Organización del Poder Ejecutivo” que deroga a su predecesora la ley No. 1493 del 17 de septiembre de 1993. Esta ley establece la eliminación del Ministerio de Desarrollo Humano y crea catorce Ministerios. Se restablecen los Ministerios de Salud y Previsión Social; de Educación, Cultura y Deportes; y el de Vivienda y Servicios Básicos. Las Secretarías de Desarrollo Rural y Participación Popular pasan a componer otros Ministerios (de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural y de Desarrollo Sostenible y Planificación).

En el ámbito de sector salud se establece el “**Plan Estratégico de Salud**” (PES), que busca

construir el Sistema Boliviano de Salud de acceso universal basado en la atención primaria. Este nuevo esquema se concentra en cinco pilares: 1) la salud familiar y comunitaria, 2) el escudo epidemiológico, 3) el seguro básico, 4) la Descentralización “efectiva” de Servicios de Salud, 4) el seguro social a corto plazo, 5) la promoción de municipios saludables, con participación y control sociales.

En el marco de las modificaciones planteadas por el actual gobierno, se promueve ampliar el SNMN a un “Seguro Básico de Salud” (SBS). El SBS responde a las características particulares del país, en función del perfil epidemiológico y de los problemas que afectan a la mayoría de la población. El SBS busca ampliar los beneficios en salud destinando más recursos hacia aquellas intervenciones consideradas más efectivas.

El Seguro Básico de Salud está compuesto por paquetes dirigidos a diferentes grupos poblacionales: i) El paquete de Atención a la Niñez, el cual tiene como objetivo hacer un seguimiento al recién nacido hasta que éste cumpla los cinco años de edad; ii) El paquete de Promoción y Rehabilitación Nutricional, es un paquete paralelo al de atención a la niñez que tiene como objetivo principal monitorear y promocionar el crecimiento en menores de 5 años; iii) El paquete de Atención a la Mujer, busca resolver los problemas de salud relacionados con la salud sexual y reproductiva de la mujer, incluyendo las complicaciones del embarazo; iv) El paquete de Atención de la Población en General, que incluye la detección del cáncer uterino, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, malaria, tuberculosis y cólera. Como complemento necesario a los paquetes de prestaciones del Seguro se adhieren los servicios de Laboratorio y Servicios Auxiliares de Diagnóstico, que incluyen hemograma completo, baciloscopía de esputo (tuberculosis), gota gruesa (malaria), papanicolau y ecografía. Finalmente se pretende incorporar un fondo especial para Traslado de Emergencias, en los casos que la referencia se considere necesaria.

LA APLICACIÓN DE UN MODELO PRINCIPAL - AGENTE

El modelo boliviano de descentralización en salud se enmarca en una relación principal – agente por el tipo de atribuciones asignadas a los gobiernos locales. Uno de los objetivos del gobierno central al descentralizar fue el de garantizar un nivel mínimo de provisión de bienes “éticamente primarios” a todos los habitantes independientemente de su localización geográfica. Las transferencias intergubernamentales (coparticipación tributaria) se constituyen en un instrumento del principal para alcanzar estos objetivos mediante la reducción de las brechas de capacidad y necesidad fiscal existentes.

En general el marco legal y la estructura institucional de las reformas contempla una serie de instrumentos adicionales que consolidan esta relación entre los gobiernos locales y el central. Uno de los elementos más importantes es la restricción de los gobiernos locales para sus asignaciones presupuestarias. La ley establece que no pueden destinar mas del 15% de los recursos de coparticipación a gastos corrientes. La asignación del 85% restante tampoco es discrecional. En el marco del “Programa de Acciones Estratégicas (PAE) y la ley 1702 se establece que mínimamente el 30% de estos recursos debe ser destinado a inversiones sociales. Solo con el cumplimiento de esta restricción los municipios pueden acceder a recursos de

cofinanciamiento provenientes de los programas y fondos nacionales (Por ejemplo, cofinanciamiento del FIS y FNDR). Por su parte y específicamente para el sector salud, cada municipio debe asignar el 3,3% de la coparticipación a solventar los gastos de materiales y suministros del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

La revisión al interior del sector da lugar a una situación un poco más compleja. El establecimiento de salud entra en escena como un nuevo actor en el proceso. Este actor dado el modelo de “descentralización por factores” se constituye en un nuevo “agente” que debe obedecer a los mandatos y objetivos de dos principales: el gobierno central y el municipio. Ambos principales tienen objetivos generalmente distintos. El gobierno central al margen de los objetivos políticos nacionales que pueda tener generalmente pretende que todas las acciones mantengan integralidad y coherencia con las prioridades y políticas nacionales para lo cual dicta normas, leyes y reglamentos. Por su parte, el municipio también tiene objetivos políticos locales (generalmente distintos de los nacionales) y para el logro de los mismos puede tener injerencias especialmente financieras en los establecimientos.

EL ESPACIO FORMAL DE DECISIÓN

El Espacio Formal de Decisión (EFD) es una forma de caracterizar la descentralización adoptada en términos del grado de decisión disponible a las instancias subnacionales (municipio) con relación a las diferentes funciones involucradas en la prestación de los servicios de salud. En consecuencia, el EFD es una representación del rango de posibilidades efectivas de acción que se le asigna a cada agente en el proceso de descentralización. En el ámbito formal, este espacio está definido por las leyes y las regulaciones adoptadas por el proceso de descentralización, las cuales que definen atribuciones que son asignadas por el principal (gobierno central).

A continuación se presenta en forma sintética el EFD para el caso boliviano desde la perspectiva del nivel municipal. La tabla describe una serie de funciones, organizadas de acuerdo a las cuatro áreas funcionales involucradas en la prestación de servicios de salud descritas en la sección I. El grado de decisión disponible al nivel municipal se califica en tres grados (bajo, medio, y alto). Para cada uno de estos grados se dan tres niveles de intensidad a fin de reflejar la capacidad de decisión con la que cuenta el nivel municipal. En su conjunto el EFD describe los grados de autonomía que tiene el municipio sobre las principales funciones de la prestación de los servicios de salud.

Cuadro 4.1. Mapa Formal de Decisión

FUNCIONES	GRADO DE DECISIÓN		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Conducción			
Política de medicamentos Política de recursos humanos Normas técnicas Requerimiento de programas Protocolos de atención			
Financiamiento			
Fuentes de ingreso Ingresos por tarifas Asignación del gasto			
Oferta de servicios			
Definición de servicios Definición de paquetes Focalización (Acceso)			
Provisión y organización del servicio			
Autonomía de centros Gestión de recursos humanos Gestión de medicamentos Gestión de infr. y equip. Organización del servicio (Coord.) Contratos con proveedores			

Conducción.- La definición de políticas de salud, RRHH, medicamentos e insumos esta a cargo del MSPS. Las normas técnicas de infraestructura, equipamiento, etc., también son definidas por el MSPS.

Financiamiento.- El gobierno central está a cargo de la recaudación tributaria nacional por renta interna, aduanera y el Impuesto Especial a los Hidrocarburos (IEH). La coparticipación tributaria transferida a los municipios, equivalente al 20% de estos impuestos sin incluir el IEH, se distribuye en base a una formula per cápita. Los municipios no tienen ninguna injerencia sobre el monto que reciben por este concepto.

La recaudación de los impuestos a los bienes inmuebles y a los vehículos está a cargo de los gobiernos locales. Cualquier cambio en las tasas de estos impuestos requiere de aprobación del Congreso. En la mayoría de los casos estos recursos son una proporción pequeña de los ingresos municipales. Los ingresos por tarifas son recaudados por los centros de salud y transferidos al Gobierno Municipal. Las tarifas deben ser fijadas con aprobación previa del MSPS.

Los municipios tienen discreción de cuanto de sus ingresos asignar a salud. Un porcentaje de los recursos de la participación popular (coparticipación tributaria) debe ser obligatoriamente asignada a cubrir insumos para el Seguro Materno-Infantil.

La provisión de los insumos médicos, medicamentos y otros gastos operativos es responsabilidad de los municipios. Los gastos de mantenimiento de los establecimientos de salud también deben ser solventados por la alcaldía. La infraestructura y equipamiento esta a

cargo de los municipios. Sin embargo, en el caso de los municipios pequeños, los proyectos deben ser necesariamente cofinanciados con el FIS (para el caso de municipios tipo A), PROISS y PSF (para otro el resto). Estos proyectos y entidades están en función de los lineamientos y políticas del gobierno central.

La contratación, administración y control del personal médico, administrativo y técnico está a cargo de la prefectura y del MSPS. La prefectura es solo una entidad desconcentrada, por tanto en ultima instancia depende del gobierno central.

Definición de servicios.- La definición de los lineamientos para la provisión del Seguro Materno-Infantil está a cargo del gobierno central. El resto de programas nacionales de prevención y atención (chagas, malaria, cólera, etc.) también son normados por el MSPS. Las responsabilidades sobre las definiciones para la provisión de otros tipos de servicios no están claramente definidas. El Seguro Materno-Infantil incorpora una focalización implícita, que implica ampliar las posibilidades de acceso de la población vulnerable a estos servicios. No existen otros criterios de focalización ni se ha asignado una responsabilidad sobre este tema a una instancia en particular.

Provisión y organización del servicio.- La contratación, administración y control del personal medico, administrativo y técnico esta a cargo de la prefectura y del MSPS. Sin embargo, la ley prevé la participación de las organizaciones de control social (OTBs y CVs), así como del municipio en las decisiones de recontractación, destitución, etc. La capacitación del personal mediante cursos y talleres es responsabilidad del gobierno central.

Las definiciones con relación a la infraestructura, al equipamiento y a los medicamentos corresponden al municipio. El gobierno central cofinancia proyectos de Infraestructura y Equipamiento de las instituciones de salud sólo en los casos en los que se requiera de fondos de adicionales mediante la intervención de los fondos de Desarrollo o de programas especiales.

El nivel central establece criterios sobre la organización del servicio. Si bien no en forma explícita, los centros y hospitales tienen cierta autonomía de gestión. No está claramente definido qué nivel tiene la potestad de firmar convenios con proveedores privados (ONG´s y otros organismos de cooperación internacional), para la provisión de servicios de salud pública. Los mecanismos de reembolso (pago por concepto de servicios) han sido establecidos a nivel nacional solo para los servicios contemplados por el SNMN.

ESPACIOS DE DECISIÓN INFORMAL

Los Espacios de Decisión Informales (EDI) difieren de los formales por diferentes razones y de diferentes maneras. El principal factor parece ser la falta de información y capacitación en los niveles locales sobre las funciones que les competen. En muchos casos se ha podido evidenciar que no se cumple lo que se ha estipulado en la ley, debido a la falta de conocimiento y a la ausencia de instrumentos que posibiliten la realización de las tareas que han sido descentralizadas. En algunos otros casos las diferencias entre el el EFD y el EDI se deben al deseo de innovar. En consecuencia, desviaciones del EFD pueden ser tanto negativas como positivas - en términos de su efecto en los servicios de salud- dependiendo en gran

medida de las razones por las que se originan. Al margen de los factores que explican la diferencia entre el EFD y el EDI, en todos los casos la misma refleja una limitada capacidad de monitorear el cumplimiento de las leyes asegurando que cada nivel se sujeta a las nuevas reglas de juego.

Debido a la amplia gama de desviaciones que pueden existir, en términos estrictos, no se puede hablar de un EDI general sino que debe establecerse uno por cada municipio. Pese a esto, a continuación se describe el tipo de diferencias entre el EFD y las prácticas más comúnmente observadas y se presenta un EDI “tipo” con el propósito de ilustrar las mismas.

A continuación se describen algunos de los aspectos que se pudieron evidenciar con cierta frecuencia en el trabajo de campo realizado:

Conducción.- La definición de políticas de salud, RRHH y medicamentos así como las normas técnicas en relación a la infraestructura, equipamiento está a cargo del MSPS. Estas políticas y normas, sin embargo, no siempre se cumplen. El municipio o el establecimiento las adecúan muchas veces a las necesidades y coyunturas locales específicas.

Financiamiento.- En muchos casos el municipio aún no ha internalizado las responsabilidades que tiene con el sector, es por esta razón que a menudo se niega a asignar recursos para salud. En muchos municipios no se cumple con la obligación de la alcaldía respecto al mantenimiento de los establecimientos de salud, lo cual incide en el deterioro de la infraestructura y muchas veces en la calidad de prestación de los servicios. En algunos casos esta responsabilidad es asumida por el establecimiento, el cual financia estos gastos con recursos provenientes de las tarifas por prestaciones. Los recursos propios por la venta de servicios generalmente no se transfieren a los municipios y se administran en el propio establecimiento.

Si bien la ley establece que los recursos generados por el establecimiento de salud tienen que ser depositados en una cuenta de la alcaldía, en muchos municipios esto no se cumple. En muchos casos se pudo apreciar cierta autonomía en algunos establecimientos de salud, en cuanto al manejo de sus recursos, lo cual no está estipulado en la ley pero beneficia la oportuna prestación de servicios y compra de insumos.

El monto destinado a la provisión de suministros para el Seguro Materno - Infantil debe ser transferido por el municipio al establecimiento en función a la presentación de facturas. Existen demora, muchas veces significativas en los desembolsos de los recursos destinados al Seguro Materno - Infantil.

Las tarifas no siempre son determinadas en coordinación con la UDES. Existe autonomía del establecimiento, especialmente por razones de equidad y por evitar la burocracia de la alcaldía. Adicionalmente, los establecimientos que cuentan con farmacia, generalmente generan ingresos por la venta de medicamentos.

Definición de servicios.- Los lineamientos para la provisión del Seguro Materno - Infantil están a cargo del gobierno central. Sin embargo, en muchos casos el establecimiento adopta políticas internas propias para mejorar la eficiencia en las prestaciones o para solventar las brechas generadas entre costos y reembolsos.

Las responsabilidades de la provisión de otro tipo de servicios no están claramente definidas. En muchos casos el establecimiento toma posiciones y adopta políticas para adecuar los programas nacionales a la coyuntura regional.

En algunos municipios el personal médico decide a quienes brindar las prestaciones y las tarifas por las mismas. Estas discriminaciones se realizan en base a apreciaciones propias derivadas del conocimiento y la cercanía con la población.

Provisión y organización del servicio.- Aunque la ley establecían inicialmente que la responsabilidad de contratación de recursos humanos es de la prefectura, en muchos municipios se podía observar que se estaban contratando recursos humanos con recursos propios de la alcaldía. Reconociendo esto, las normas fueron flexibilizadas para permitir este tipo de comportamiento. En algunos casos la contratación es realizada por el mismo establecimiento de salud.

Las instancias de coordinación, determinadas en la ley, aún no están funcionando completamente, ni están institucionalizadas. Este es el caso del DILOS. En muchos casos el DILOS al no cumplir con rol de nexo coordinador provoca serias ineficiencias relacionadas principalmente con capacidad instalada ociosa por carencias en personal medico. Dado que esta instancia no funciona, la coordinación entre niveles depende de una serie de factores que van desde las relaciones personales hasta la organización de la comunidad.

Cuadro 4.2. Mapa Informal de Decisión

FUNCIONES	GRADO DE DECISIÓN		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Conducción			
Política de medicamentos Política de recursos humanos Normas técnicas Requerimiento de programas Protocolos de atención			
Financiamiento			
Fuentes de ingreso Ingresos por tarifas Asignación del gasto			
Oferta de servicios			
Definición de servicios Definición de paquetes Focalización y Acceso			
Provisión y organización del servicio			
Autonomía de centros Gestió de recursos humanos Gestión de medicamentos Gestión de infr. y equip. Organización del servicio (Coord.) Contratos con proveedores			

Como se puede apreciar existen diferencias entre el EFD y el EDI. Cabe destacar que el mayor grado de decisión que se observa a nivel local parece estar ligado, entre otras cosas, a

la limitada capacidad de las autoridades a nivel central de garantizar -a través de un monitoreo y apoyo adecuado- el cumplimiento de las normas. Sin embargo, las desviaciones también pueden estar asociadas a la rigidez y poca adecuación de las normas.

Es también importante señalar que el EDI descrito sobreestima el grado de decisión desde la perspectiva de la alcaldía. Muchas de las decisiones tomadas a nivel local, más allá de lo establecido en las normas, son decisiones adoptadas por los centros de salud y no por las alcaldías. En algunos casos las libertades e innovaciones que se observan - como el uso de recursos cobrados por la prestación de servicios- constituyen una reducción del espacio de decisión de las alcaldías.

ANALISIS ESTADISTICO DE LA BASE DE DATOS SOBRE LA INFORMACION MUNICIPAL EN SALUD

LA BASE DE DATOS Y SUS LIMITACIONES

La base de datos es una matriz de 101 variables y 312 observaciones, que corresponden al número de municipios existentes en el país en 1996. Las variables se pueden agrupar en tres diferentes categorías: i) las relacionadas con la utilización de los servicios de salud y el nivel de gasto realizado por los municipios entre 1994 y 1996, que para efectos del análisis estadístico se constituyen en las variables dependientes, ii) las relacionadas con las características municipales generales, como población, nivel de pobreza y grado de urbanización, y iii) las relacionadas con la situación del sector salud en el municipio, tanto en términos de infraestructura existente, recursos humanos e indicadores de salud. Finalmente, existe un importante número de variables que son transformaciones simples de las variables mencionadas anteriormente.

La información para la base de datos ha sido recolectada de diferentes fuentes, la mayoría de las cuales no son de dominio público. Es así que la información referente a las inversiones en salud realizada por los municipios ha sido recuperada del Sistema Nacional de Inversiones (SISIN) del Ministerio de Hacienda, la información sobre la ejecución presupuestaria municipal de los registros de la Contraloría General de la República, la información sobre indicadores de salud del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) del Ministerio de Salud y Previsión Social, y, finalmente, la información sobre aspectos de la participación popular del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. La información más accesible ha sido la de población y pobreza, que fue recolectada del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992 y del Mapa de Pobreza de 1995, ambas publicaciones de dominio público.

Cuadro 5.1. Resumen de las Variables en la Base de Datos

CATEGORÍAS	NÚMERO
Variables en Base de Datos	101
Variables con más de 300 datos consignados	32
Variables con mas de 100 datos no consignados	34
Variables con moda igual a cero	76
Variables con mediana igual a cero	36

Una de las principales limitaciones de la información recolectada está asociada con la cantidad de valores no consignados (missing values) que se presentan en cada una las variables de la base de datos. Del total de las variables existentes, solamente 32 variables tienen más de 300 observaciones consignadas y otras 34 tienen más de 100 observaciones no consignadas (missing values). Para el propósito de realizar cruces de variables, esta situación presenta un problema tradicional – la inevitable reducción de la muestra efectiva, particularmente si los

valores no consignados entre las variables utilizadas no corresponden a las mismas observaciones (en este caso municipios), lo que sucede con frecuencia en esta base de datos.

Una segunda limitación con relación a la información recolectada está en la cantidad de datos que registran un valor cero. Es interesante resaltar, por ejemplo, que de todas las variables que conforman la base de datos, 76 de estas tienen una moda (mode) igual a cero y 36 una mediana igual a este mismo número. Esta situación sesga los promedios hacia abajo y distorsiona las posibles correlaciones que puedan presentarse entre las variables objeto de estudio. Finalmente, es también posible, en función de la evidencia que se encuentra en la base de datos, que en varias oportunidades se hayan registrado valores como cero en lugar de incluirlos como valores no consignados (missing values).

Otros dos elementos importantes a tomar en cuenta como incidentales en la evaluación de la base de datos son: i) la existencia de valores extraordinarios (outliers), sobre todo en las variables que miden el gasto en salud de los diferentes municipios del país, y ii) la mejor cobertura informativa que presentan los municipios en los departamentos de Santa Cruz y Chuquisaca. El efecto de esta limitación de la información es que tiende a sesgar los resultados hacia el comportamiento que demuestren los municipios con un menor grado de concentración de datos no consignados. Asimismo, se puede establecer anticipadamente que los resultados derivados del análisis que se realicen en los departamentos de Santa Cruz y Chuquisaca serán más representativos que los que se logren obtener en otros departamentos.

Esta es la situación de gran parte de la información que existe en Bolivia, y como se ha podido apreciar, la información sobre salud no es diferente. En todo caso, es posible argumentar que la información sobre salud es una de las que peor tratamiento recibe en el país. Esta es información que tiene un proceso de recopilación mal conceptualizado, no es exhaustiva y está desordenada. Adicionalmente, es información que está dispersa y con enormes problemas de sistematización.

PRINCIPALES TENDENCIAS

Reportes Municipales de Gasto en Salud

El análisis de las tendencias muestra que ha habido un incremento importante entre 1994 y 1996 en el número de municipios que registran gasto en salud, como lo demuestra la tabla siguiente:

Cuadro 5.2. Número de Municipios que Registra Gasto en Salud

	NO TOTAL	1994	1995	1996
Municipios con registro de gasto en salud	312	106	190	188

En 1994, año que se promulga la Ley de Participación Popular, solamente 106 municipios de un total de 312 reportaban gasto en salud. Este número se incrementa en 1995 a 190 municipio y cae marginalmente en 1996 a 188. Santa Cruz y La Paz son los departamentos con

mayor número de municipios que registran gasto en salud, mientras que Beni y Oruro son los departamentos con menos. En la tabla siguiente se detalla el número de municipios por departamento y por año que registra gasto en salud.

Cuadro 5.3. Número de Municipios que Registra Gasto en Salud por Departamento

DEPARTAMENTO	NO TOTAL	1994	1995	1996
Beni	19	5	8	4
Chuquisaca	28	14	26	26
Cochabamba	44	12	25	24
La Paz	75	11	36	37
Oruro	34	4	7	16
Pando	15	2	0	4
Potosi	38	20	32	33
Santa Cruz	48	31	45	37
Tarija	11	7	11	7

De igual manera, la tabla siguiente presenta el número promedio anual de municipios por departamento que registran gasto en salud en relación al total de municipio en el departamento y los contrasta con el promedio para el año 1996. De esta tabla se puede apreciar que los departamentos de Chuquisaca, Santa Cruz y Potosí tienen un mayor porcentaje de sus municipios reportando gasto en salud, y los departamentos de La Paz, Oruro y Pando los menores. Asimismo, es también importante destacar que el porcentaje de municipio que reportan gasto en salud se ha incrementado en la mayoría de las regiones en 1996, con excepción de los departamentos de Beni, Santa Cruz y Tarija que han perdido un municipio en 1996 con relación al promedio de los tres años.

Cuadro 5.4. Número de Municipios promedio que Registra Gasto en Salud por Departamento

DEPARTAMENTO	NO	PROMEDIO 1994-96	PROMEDIO (%)	1996 (%)
Beni	19	6	32	21
Chuquisaca	28	22	79	93
Cochabamba	44	20	45	54
La Paz	75	17	23	49
Oruro	34	9	26	47
Pando	15	2	13	27
Potosi	38	28	74	87
Santa Cruz	48	38	79	77
Tarija	11	8	73	64

Gasto Municipal en Salud

El gasto promedio en salud, definido como gasto total en salud, gasto total en salud sobre gasto total municipal y gasto total en salud per capita, se ha incrementado entre 1994 y 1996, como lo demuestra la tabla siguiente:

Cuadro 5.5. Gasto Municipal Promedio en Salud

	1994	1995	1996
Gasto Total en Salud (Bs)	7,649	62,337	182,194
Gasto en Salud sobre Gasto Total (%)	7.3	5.6	6.3
Gasto en Salud per capita (Bs)	0.1	4.8	6.6

El gasto total municipal promedio en salud se ha incrementado de Bs. 7, 649 en 1994 a Bs. 182,194 en 1996, equivalente a un incremento de 23 veces el valor inicial. De la misma manera, se puede ver de la tabla que el gasto promedio per capita en salud también se ha incrementado de manera significativa, de Bs. 0.1 en 1994 a Bs. 6.6 en 1996. Finalmente, el gasto en salud como porcentaje del gasto total municipal también ha sufrido un incremento entre 1995 y 1996, pero los valores de estos años son inferiores a los experimentados en 1994. Una posible explicación sugiere que durante el primer año de la participación popular, periodo en el que sólo se distribuyó la mitad de los recursos asignados, los compromisos con el sector salud transferidos a mitad de año a los municipios fueron los primeros en ser honrados. En 1995 y 1996, se alcanzaron los niveles de equilibrio. Un dato también digno de destacar es que en 1994, sólo existía un municipio que asignaba al sector salud más de Bs. 100,000. Para 1995, los municipios con una asignación mayor a Bs. 100,000 eran 42 y en 1996 eran 44.

El crecimiento del gasto total en salud a nivel de los diferentes departamentos del país mantiene un patrón similar al experimentado a nivel nacional (ver tabla siguiente). Sin embargo, el departamento de Santa Cruz muestra el mayor incremento promedio en el periodo en cuestión, habiéndose incrementado de Bs. 18,908 en 1994 a Bs. 642,647 en 1996. Este incremento es atribuible en gran medida al gasto realizado en 1996 por el municipio de Santa Cruz de la Sierra que en este año invirtió Bs. 24,574,000 en salud, equivalente al 80% del total invertido en salud en el departamento. De la misma manera, el departamento del Beni muestra un incremento de Bs. 11, 617 en 1994 a Bs. 120,467 en 1995, que es en gran parte atribuible a la inversión de Bs. 730,000 realizada por el municipio de Riberalta durante este último año.

Cuadro 5.6. Gasto Total Municipal en Salud por Departamento

DEPARTAMENTO	1994	1995	1996
Beni	11,617	120,467	83,250
Chuquisaca	7,889	99,423	107,963
Cochabamba	9,305	61,576	101,500
La Paz	2,270	35,607	100,404
Oruro	1,379	4,895	89,375
Pando	2,771	*	11,167
Potosí	3,565	41,556	41,447
Santa Cruz	18,908	92,426	642,674
Tarija	15,238	72,455	92,400

El gasto en salud como porcentaje del gasto total municipal tiene un patrón de evolución diferenciado entre los diferentes departamentos del país, que es poco consistente con el patrón nacional (ver tabla siguiente).

Cuadro 5.7a. Gasto Total en Salud como porcentaje del Gasto Total Municipal por Departamento

DEPARTAMENTO	1994	1995	1996
Beni	6.72	4.00	18.37
Chuquisaca	4.19	8.82	8.94
Cochabamba	11.31	4.53	4.07
La Paz	2.00	4.40	5.00
Oruro	8.38	6.73	5.84
Pando	5.78	*	4.31
Potosí	11.92	5.31	6.45
Santa Cruz	11.23	6.72	7.59
Tarija	3.88	4.59	6.39

Por ejemplo, los departamentos de Cochabamba, Oruro, Potosí y Santa Cruz muestran un nivel de gasto en salud como porcentaje del gasto total municipal por encima del promedio nacional en 1994, pero solamente los dos últimos replican el patrón nacional. Cochabamba y Oruro, por otro lado, exhiben una disminución gradual de su porcentaje de gasto sobre el periodo de tres años. En contraposición, los departamentos de La Paz, Chuquisaca y Tarija muestran un incremento continuo e importante durante el periodo de análisis. Finalmente, el departamento del Beni, tiene un comportamiento consistente con el patrón nacional, pero que en 1996 alcanza los niveles mas altos de gasto en salud como porcentaje del gasto total municipal entre todos los departamentos, habiendo comenzado en 1994 con una cifra inferior al promedio nacional.

El gasto municipal en salud per cápita se ha incrementado consistente y significativamente entre 1994 y 1996 a nivel regional en línea con el patrón nacional. Los mayores incrementos se registraron en los departamentos de Tarija y Chuquisaca y los

menores en el Beni y Cochabamba, como se aprecia en la tabla a continuación:

Cuadro 5.7b. Gasto Total Municipal en Salud per cápita por Departamento

DEPARTAMENTO	1994	1995	1996
Beni	1.48	4.35	4.94
Chuquisaca	0.82	7.73	13.51
Cochabamba	0.83	3.29	5.40
La Paz	0.26	3.23	4.38
Oruro	1.05	5.86	5.82
Pando	1.21	*	3.78
Potosí	0.93	4.47	5.04
Santa Cruz	1.54	6.35	7.57
Tarija	0.67	3.54	10.77

Coeficientes de Utilización de Servicios Municipales de Salud

El análisis de tendencias también se realizó para los coeficientes de utilización y de no utilización de los servicios de salud en los municipios, definidos como el porcentaje de la población que utiliza los servicios formales de salud y el porcentaje de la población que no utiliza los servicios no formales de salud, respectivamente.

Cuadro 5.8. Coeficientes de Utilización – Promedios Nacionales

	1994	1995	1996	PROMEDIO
Coeficiente de utilización	0.14	0.12	0.12	0.13
Coeficiente de no utilización	0.32	0.17	0.23	0.24

Como se puede apreciar de la tabla anterior, el coeficiente de utilización es menor en todos los casos que el coeficiente de no utilización, situación que indica que en el país la población estaría recurriendo en mayor medida a los servicios no formales de salud – es decir a la medicina tradicional. Asimismo, existe menor fluctuación a lo largo de los tres años de la muestra en los coeficientes de utilización que en los coeficientes de no utilización, que se reducen a la mitad entre 1994 y 1995 para recuperarse parcialmente en 1996. Finalmente, la razón por la que la suma de estos coeficientes no es igual a uno, es que en un periodo particular, por ejemplo el año de 1994, existe una población que no ha requerido de servicios de salud y, por lo tanto, no está contabilizada en uno u otro indicador.

Los resultados de desagregar por departamento los coeficientes de utilización promediados sobre los tres años de la muestra se presentan en la tabla siguiente. Los departamentos con mayores coeficientes de utilización de los servicios municipales formales de salud son La Paz, Potosí y Chuquisaca, pero de estos tres solamente La Paz muestra un coeficiente de no utilización que es menor. En realidad, en todos los otros ocho casos el coeficiente de no utilización es superior al coeficiente de utilización, lo que significa que existe en todos los departamentos, exceptuando La Paz, un mayor requerimiento de los

servicios de la medicina tradicional que de los servicios formales de salud. Los departamentos que muestran los mayores coeficientes de no utilización son Santa Cruz, Potosí y Beni.

Cuadro 5.9. Coeficientes de Utilización – Promedios Departamentales

DEPARTAMENTO	COEFICIENTE DE UTILIZACIÓN	COEFICIENTE DE NO UTILIZACIÓN
Beni	0.05	0.27
Chuquisaca	0.16	0.18
Cochabamba	0.12	0.16
La Paz	0.16	0.04
Oruro	0.12	0.13
Pando	0.01	0.19
Potosi	0.16	0.39
Santa Cruz	0.09	0.64
Tarija	0.08	0.15

Los resultados de los coeficientes de no utilización presentados podrían sugerir que los pobladores rurales en los departamentos tienen una tendencia a requerir los servicios de la medicina tradicional en mayor grado que los pobladores urbanos los servicios formales de salud. Sin embargo, un análisis a nivel de municipios muestra que los municipios rurales (menores a 15,000 habitantes) tienen mayores coeficientes de utilización y de no utilización que los municipios urbanos (mayores de 15,000 habitantes).

LOS RESULTADOS

Para establecer las variables determinantes del gasto municipal en salud y de la utilización de los servicios formales de salud en los municipios, se utilizó una metodología general a específica (general to specific methodology) en la que se cruzaron las variable dependientes con el conjunto de variables independientes existentes en la base de datos divididas en tres categorías: i) variables de resultado, ii) infraestructura y equipamiento en salud y iii) características municipales específicas. Para completar la matriz, también se cruzaron las variables dependientes entre sí.

Los cruces de las variables se realizaron utilizando el coeficiente de correlación para establecer el carácter, la dirección y la fuerza de la relación entre las mismas, para luego - y en función de los resultados obtenidos - investigar el efecto (causation) de una determinada variable sobre las variables dependientes. Las variables dependientes fueron establecidas a priori como: i) los coeficientes de utilización de los servicios de salud en el municipio y ii) el gasto municipal en salud.

En el caso de los coeficientes de utilización se usaron las series anuales para utilización y no utilización como variables dependientes. Para medir el caso del gasto municipal en salud se utilizaron las series anuales de tres variables: i) el gasto total municipal en salud, ii) el gasto en salud con relación al gasto municipal total y iii) el gasto en salud per cápita. Adicionalmente,

para cada una de estas variables se calculó la diferencia entre 1994 y 1996.

Relación entre las Variables Dependientes

En la tabla siguiente se presentan los coeficientes de correlación entre los coeficientes de utilización para los diferentes años, donde **util1**, es el indicador de no utilización y **util2**, es el indicador de utilización y las variables de gasto en salud, donde **gsal**, es la variable de gasto total municipal en salud, **gsalgt**, es la variable que expresa la relación entre el gasto municipal en salud y el gasto total municipal, y **gsalpc**, es el gasto municipal en salud per cápita.

Cuadro 5.10. Coeficientes de Correlación

	UTIL1 1994	UTIL2 1994	UTIL1 1995	UTIL2 1995	UTIL1 1996	UTIL2 1996
Gsal 1994	0.346	0.393	0.222	- 0.008	0.055	- 0.031
Gsal 1995	- 0.031	- 0.082	0.417	0.095	0.004	- 0.040
Gsal 1996	- 0.034	- 0.033	- 0.032	- 0.022	0.081	0.032
Gsalgt 1994	0.674	0.768	0.212	0.110	0.241	0.020
Gsalgt 1995	0.116	0.091	0.608	0.571	0.085	0.124
Gsalgt 1996	0.332	- 0.006	0.288	0.008	0.697	0.715
Gsalpc 1994	0.610	0.466	0.260	0.015	0.368	0.015
Gsalpc 1995	0.130	0.013	0.441	0.423	0.113	0.106
Gsalpc 1996	0.136	- 0.030	0.190	0.015	0.462	0.527
Δ gsal 94-96	0.111	0.103	0.098	0.125	0.248	0.261

Como se puede apreciar, existe una fuerte correlación entre las variables independientes y los coeficientes de utilización, particularmente entre aquellos que corresponde a los mismos años. Este resultado es, sin embargo, algo ambiguo puesto que todos los coeficientes de correlación mantienen para ambos casos el mismo signo, lo que es contra intuitivo para el caso de los coeficientes de no utilización que deberían mostrar signos mas bien negativos. En este sentido, un mayor gasto en salud en el municipio estaría generando, simultáneamente, mayor utilización tanto de los servicios formales como de los servicios no formales de salud.

Gasto en Salud – Variables de Resultado

A continuación se presentan los coeficientes de correlación entre las variable dependientes de gasto en salud y las variables de resultado, donde **conrnue**, es el relación de las consultas repetidas sobre las nuevas; **conext**, es el número total de las consultas externas realizadas; **mujer**, es el número de controles de embarazo realizados (atención a la mujer); **vacunas**, es el número de vacunas administradas; **totcons**, es el número total de consultas; y **totrrhh**, es el número total de recursos humanos en salud existentes en el municipio.

Cuadro 5.11. Coeficientes de Correlación

	CONRNUE	CONEXT	MUJER	VACUNAS	TOTCONS	TOTRRHH
Gsal 1994	0.122	0.083	0.040	0.044	0.080	0.066
Gsal 1995	0.173	0.269	0.263	0.202	0.274	0.229
Gsal 1996	0.089	0.514	0.569	0.799	0.523	0.603
Gsalgt 1994	- 0.011	- 0.088	- 0.083	- 0.093	- 0.093	- 0.079
Gsalgt 1995	- 0.018	- 0.092	- 0.088	- 0.095	- 0.090	- 0.085
Gsalgt 1996	0.074	- 0.017	- 0.010	0.009	- 0.017	0.004
Gsalpc 1994	0.001	- 0.066	- 0.065	- 0.078	- 0.070	- 0.054
Gsalpc 1995	- 0.020	- 0.071	- 0.067	- 0.079	- 0.070	- 0.066
Gsalpc 1996	0.113	0.020	0.029	0.057	0.021	0.038
Δ gsal94-96	0.021	0.036	- 0.008	0.026	0.003	0.004

Los resultados en general muestran muy poca relación entre las variables independientes y las variables de resultado, con la excepción del gasto total municipal en salud en 1995 y 1996 que aparentemente tiene una correlación importante con estos indicadores. Esto sugiere que el mayor gasto en salud habría incrementado el número de consultas totales y externas realizadas, al igual que los controles de embarazo y las vacunas administradas.

El gasto total en salud también tiene una correlación importante con el número de recursos humanos en salud existentes en el municipio. Dado que los recursos humanos en salud no son financiados por el municipio, sino por las Prefecturas Departamentales, la causalidad no es directa, por lo que este resultado podría sugerir más bien que una alta concentración de recursos humanos en salud en el municipio estaría obligando a sus autoridades a realizar gasto en infraestructura, equipamiento y servicios. La baja correlación de las variables de resultado con el resto de las variables dependientes tiende, sin embargo, a reducir la significación de los resultados alcanzados con gasto total en salud.

Gasto en Salud - Infraestructura y Equipamiento

A continuación se presentan los coeficientes de correlación de las variables dependientes con las variables que expresan la presencia de mayor inversión en infraestructura y equipamiento en el municipio, donde infra, es el gasto realizado en infraestructura en el año en cuestión; equip, es el gasto realizado en equipamiento en el año en cuestión; seguro, define la participación del municipio en el Programa Básico de Salud; y profis, es el número de proyectos del Fondo de inversión Social que se realizan en el municipio.

Cuadro 5.12. Coeficientes de Correlación

	INFRA 1995	EQUIP 1995	INFRA 1996	EQUIP 1996	SEGURO 1996	PROFIS
Gsal 1994	0.014	0.000	0.126	- 0.014	0.124	0.105
Gsal 1995	0.368	0.225	0.069	0.064	0.087	0.330
Gsal 1996	0.028	0.007	0.002	0.395	- 0.033	0.043
Gsalgt 1994	- 0.031	- 0.034	- 0.018	- 0.065	- 0.072	- 0.009
Gsalgt 1995	0.110	0.067	0.030	0.099	0.139	- 0.101
Gsalgt 1996	- 0.005	- 0.022	0.293	0.032	- 0.020	- 0.158
Gsalpc 1994	- 0.019	- 0.059	0.013	- 0.060	0.009	0.060
Gsalpc 1995	0.117	0.080	0.014	0.023	0.026	- 0.015
Gsalpc 1996	- 0.006	- 0.010	0.186	0.066	- 0.025	- 0.175
Δ gsal94-96	0.034	0.025	0.036	0.026	0.015	0.016

Existe poca evidencia de que las variables que expresan gasto en infraestructura de salud y las variables independientes estén relacionadas entre sí.

Gasto en Salud - Características Municipales

A continuación se presentan los coeficientes de correlación entre las variables dependientes y las variables que establecen las características municipales, donde **pobla**, es el número de habitantes en el municipio; **otb**, es el número total de organizaciones territoriales de base en el municipio; **ong**, es el número de organizaciones no gubernamentales existentes en el municipio; **nbi**, es el indicador municipal de pobreza o de las necesidades básicas insatisfechas; **idh**, es el indicador de desarrollo humano en el municipio; y **esco**, es la tasa de escolaridad en el municipio.

Cuadro 5.13. Coeficientes de Correlación

	POBLA	OTB	ONG	NBI	IDH	ESCO
Gsal 1994	0.038	0.038	0.017	- 0.219	0.190	0.106
Gsal 1995	0.191	0.403	0.321	- 0.245	0.213	0.223
Gsal 1996	0.708	0.387	0.338	- 0.275	0.238	0.210
Gsalgt 1994	- 0.099	- 0.182	- 0.123	0.027	- 0.003	- 0.004
Gsalgt 1995	- 0.105	0.009	- 0.117	0.056	- 0.029	- 0.004
Gsalgt 1996	- 0.002	- 0.027	- 0.028	0.054	0.073	0.040
Gsalpc 1994	- 0.085	- 0.134	- 0.122	- 0.008	0.083	0.053
Gsalpc 1995	- 0.089	- 0.000	- 0.092	0.042	0.035	0.034
Gsalpc 1996	0.040	0.035	0.001	0.051	0.024	- 0.028
Δ gsal94-96	0.612	0.212	0.165	0.017	0.013	0.162

Existe una débil evidencia de que las variables de característica municipal afectan a las variables de gasto municipal en salud. Esta evidencia se resume además solamente que un mayor número de OTBs y ONGs en el municipio influiría en el gasto en salud. Este resultado

corresponde, sin embargo, con el resultado encontrado con relación a que una mayor cantidad de recursos humanos en salud tendría un impacto positivo en el gasto en salud. De la misma manera, se puede pensar que una mayor concentración de OTBs y ONGs en el municipio influiría en los funcionarios municipales para que incrementen el gasto en salud. La relación de gasto con población en 1996 está básicamente afectada por el gasto extraordinario realizado por el municipio de Santa Cruz de la Sierra en ese año.

Coeficientes de Utilización – Variables de Resultado

A continuación se presentan los coeficientes de correlación entre los coeficientes de utilización de los servicios formales y no formales de salud y las variables de resultado utilizadas y describen en el inciso b) anterior.

Cuadro 5.14. Coeficientes de Correlación

	CONRNUE	CONEXT	MUJER	VACUNAS	TOTCONS	TOTRRHH
Util1 1994	-0.003	-0.050	-0.051	-0.061	-0.053	-0.048
Util1 1995	0.023	-0.030	-0.033	-0.040	-0.027	-0.033
Util1 1996	0.037	0.008	0.014	0.022	0.008	0.018
Util2 1994	-0.066	-0.057	-0.054	-0.056	-0.059	-0.049
Util2 1995	-0.073	-0.040	-0.038	-0.040	-0.041	-0.037
Util2 1996	-0.081	-0.043	-0.036	-0.033	-0.043	-0.034

La tabla anterior muestra coeficientes de correlación en todos los casos menores a 0.1, aspecto que evidencia la ausencia de relación entre los coeficientes de utilización y las variables de resultado. Los bajos coeficientes de correlación que exhibe la variable **totrrhh** –el total de recursos humanos de salud asignados en el municipio– es notable, considerando que una mayor presencia de personal de salud en el municipio podría generar una mayor demanda por los servicios formales de salud. Los resultados generados desagregando **totrrhh** entre las diferentes categorías de personal de salud en el municipio son igual de desalentadores.

Es también extraño que las otras cinco variables, definidas como variables de resultado de la atención en salud y, en consecuencia, variables proxy de la demanda por servicios formales de salud, muestren coeficientes de correlación tan insignificantes con los coeficientes de utilización de estos servicios. Estos resultados son un posible reflejo de la pobreza de la base de datos y la información general que se genera en el sector salud en el país.

Coeficientes de Utilización – Infraestructura y Equipamiento

Los resultados del cruce de los coeficientes de utilización y las variables que expresan la presencia de mayor inversión en infraestructura y equipamiento en el municipio, definidas en el inciso c) anterior, se presentan en la tabla a continuación.

Cuadro 5.15. Coeficientes de Correlación

	INFRA 1995	EQUIP 1995	INFRA 1996	EQUIP 1996	SEGURO 1996	PROFIS
Util1 1994	-0.009	-0.039	0.029	-0.079	-0.071	-0.055
Util1 1995	0.155	0.087	0.183	-0.022	0.089	-0.022
Util1 1996	0.001	-0.027	0.110	-0.022	-0.036	-0.107
Util2 1994	-0.027	-0.030	-0.038	-0.061	-0.068	-0.030
Util2 1995	0.038	0.022	0.003	0.002	-0.002	-0.077
Util2 1996	-0.018	0.009	0.376	0.030	-0.043	-0.143

Intuitivamente se podría esperar una fuerte correlación positiva entre la demanda por servicios formales de salud y la infraestructura y equipamiento presente en el municipio para ofertar estos servicios, así como una fuerte correlación negativa para el caso de la demanda de servicios no formales de salud. Los resultados obtenidos sugieren que la población es indiferente en sus hábitos de consumo de servicios de salud a la presencia en los municipios de los medios necesarios para ofrecer servicios formales de salud.

Coeficientes de Utilización - Características Municipales

La tabla siguiente presenta los coeficientes de correlación entre los coeficientes de utilización y las variables que establecen las características municipales, que se definen en el inciso d) anterior:

Cuadro 5.16. Coeficientes de Correlación

	POBLA	OTB	ONG	NBI	IDH	ESCO
Util1 1994	-0.064	-0.136	-0.096	-0.035	0.127	0.073
Util1 1995	-0.047	0.027	-0.041	-0.191	0.197	0.146
Util1 1996	0.014	-0.040	-0.037	-0.016	0.079	0.046
Util2 1994	-0.059	-0.092	-0.073	0.098	-0.133	-0.094
Util2 1995	-0.042	-0.010	-0.041	0.097	-0.072	-0.034
Util2 1996	-0.034	-0.032	-0.061	0.128	-0.098	-0.061

La tabla de resultados muestra una pobre relación entre la demanda por servicios formales y no formales de salud y las características propias de los municipios. Por ejemplo, los resultados no sugieren una mayor demanda de servicios formales de salud en los municipios de mayor tamaño (medido en términos de población), en aquellos con un mayor número de OTBs organizadas, en aquellos que tienen una mayor concentración de ONGs en la jurisdicción o en aquellos que tienen menores índices de pobreza. Tampoco sugieren que estos elementos sean determinantes para que exista una mayor demanda por servicios no formales en el municipio. En consecuencia, se puede establecer que las características socioeconómicas de la población influyen poco en la determinación de demandar más servicios formales de salud o más servicios no formales de salud. Podría tratarse de un tema puramente cultural no planteado en el presente estudio.

COMENTARIOS FINALES

La pobreza de los resultados obtenidos en el desarrollo de la primera etapa de la metodología general a específica no amerita continuar con el análisis para identificar los determinantes del gasto municipal en salud y la demanda por los servicios formales y no formales de salud. La investigación sobre el efecto (causation) que podría tener una u otra variable, en virtud de los coeficientes de correlación obtenidos, sería poco útil.

Los resultados obtenidos muestran que las variables utilizadas de la base de datos recopilada no son los determinantes principales del gasto municipal en salud ni de la demanda por servicios formales de salud en los municipios bolivianos. Es decir, los determinantes del gasto municipal en salud y la demanda por servicios formales y no formales de salud no parecen estar representados en un nivel macro, debiendo prestar mayor atención a las interrelaciones micro específicas a cada municipio.

Para finalizar, se deben hacer dos consideraciones importantes sobre los resultados presentados anteriormente. Primero, las limitaciones y deficiencias de la información pueden haber afectado significativamente las relaciones propuestas entre variables y es posible que con una mejor información, cuando esta se encuentre disponible, se puedan obtener mejores resultados.

Segundo, la gran parte de los municipios existentes a partir de la promulgación de la Ley 1551 de Participación Popular – todos los municipios rurales – no habían recibido ninguna transferencia de recursos desde el Gobierno Central. En consecuencia, es posible que la muestra que cubre los tres primeros años (1994/1995/1996) sea todavía insuficiente para identificar algún tipo de patrón en lo que hace a gasto municipal en salud y utilización de los servicios. Es posible que cuando se cuente con una serie más larga en el número de años se encuentre mayor homogeneidad en los determinantes del gasto en salud y los coeficientes de utilización, a medida en que las autoridades comiencen a responder más adecuadamente a las demandas y necesidades de su población.

DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS ESTUDIOS DE CASO

ENFOQUE ADOPTADO

Como parte del trabajo se realizaron 17 estudios de caso visitando municipios en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Las visitas se llevaron a cabo de acuerdo a lo descrito en la sección de metodología y los detalles de los anexos.

La información obtenida en el trabajo de campo fue sistematizada dándose un énfasis a la calificación de ciertas variables que se desprenden del marco conceptual, y a establecer la correlación entre las mismas. La calificación de variables tuvo el propósito de facilitar la comparación entre municipios y de permitir la identificación de posibles relaciones entre distintas variables. A través de la identificación de correlaciones se buscó identificar algunos patrones que puedan sugerir cuáles son los factores que, dado el cambio en los espacios de decisión, tienden a inducir un mejor (peor) desempeño.

Debe resaltarse que por la falta de registros sistemáticos y confiables de información a nivel local, la información utilizada fue obtenida a través de entrevistas. Por esta razón existe un grado de subjetividad en la misma. A fin de minimizar la subjetividad presente en la información se i) realizaron entrevistas cruzadas, validando de manera independiente la información obtenida, ii) estructuraron las entrevistas, asegurando un procedimiento uniforme y iii) calificaron las observaciones de acuerdo a un sistema predefinido.

La sección 2 a continuación detalla los aspectos que han sido tomados en cuenta al calificar las variables consideradas mientras que la sección 3 describe los patrones obtenidos de la calificación así como de las correlaciones.

VARIABLES CONSIDERADAS

Las variables que se describen a continuación han sido divididas en tres grupos de acuerdo a su naturaleza. El primer grupo incluye variables que describen los factores externos y características del municipio considerados críticos así como las características más relevantes de los actores claves. Estas variables, descriptivas de la situación del municipio, son consideradas como las variables de las cuales depende el desempeño observado, dada la estructura de la descentralización. El segundo grupo incluye dos variables, las innovaciones y el funcionamiento del DILOS, las cuales reflejan el comportamiento observado a nivel municipal, dadas las nuevas reglas de juego introducidas por la descentralización. Estas variables por un lado dependen (principalmente) de las características del municipio y de los principales actores en el mismo, y por otro pueden tener un efecto en el desempeño de los servicios a nivel local. Finalmente, el tercer grupo de variables agrupa un conjunto de variables que resumen el desempeño de los servicios de salud.

A continuación se describen las variables explicativas que han sido consideradas haciendo énfasis en los aspectos tomados en cuenta para su calificación como en el tipo de efecto esperado.

Factores externos

Como factores externos se han considerado tanto incentivos provisto por el Gobierno Central, en particular la canalización de recursos a través de Fondos de Desarrollo y Programas del Sector, como apoyo al sector provisto por otras instancias como ser ONGs. Tanto los Fondos como los Programas mencionados canalizan recursos al sector requiriendo una contraparte y, consiguientemente, induciendo, a través de una disminución del precio relativo de invertir en salud, una mayor canalización de recursos municipales al sector. Por su parte el apoyo externo contribuye con recursos, a proveer ciertos servicios o a desarrollar una mejor capacidad.

Tanto en el caso de incentivos como de apoyo se esperaría que su presencia contribuya a mejoras en el desempeño del sector, ya sea induciendo una mayor inversión y gasto en salud o generando mayores capacidades.

Características del municipio

Situación inicial

La situación del sector al inicio de la descentralización ha sido caracterizada a partir de tres factores: la capacidad instalada antes de la descentralización, la disponibilidad de sustitutos a los servicios de salud provistos por el municipio y la experiencia en prestaciones de salud a nivel del territorio municipal.

La situación inicial ha sido tomada en cuenta porque se consideró que una mayor capacidad instalada (en la forma de infraestructura, equipamiento, disponibilidad de recursos humanos, así como una experiencia en salud) con un buen funcionamiento de los servicios (que genere cierta costumbre y confianza de la población con el sistema) podrían ser factores que resulten en un sector relativamente fuerte. La disponibilidad de sustitutos, en el sentido de la facilidad de acceso (distancia y costo) a centros en otros municipios, a servicios privados o a la medicina tradicional, podrían ser un factor que limite la asignación de recursos a salud así como la utilización de los servicios y la calidad de los mismos.

Capacidad institucional

Para cumplir sus funciones, el DILOS requiere que las instituciones que deben estar representadas en el mismo tengan cierta capacidad de gestión. Tomando esto en consideración, el funcionamiento del DILOS fue tomado como proxi para reflejar la capacidad institucional en salud a nivel del municipio.

Mientras mayor es la capacidad institucional, reflejada en un mejor funcionamiento del DILOS, mayor debe ser el cumplimiento de las responsabilidades del municipio en salud y, en consecuencia, mejores los resultados del incremento en los espacios de decisión introducido por la descentralización.

Actores clave

Perfiles

Alcalde.- El perfil del alcalde ha sido caracterizado en base a cinco variables: el apoyo que recibe del Concejo, la experiencia (tanto en estudios y capacitación como la experiencia práctica en gestión), los conocimientos de su mandato (conocimiento de sus atribuciones y responsabilidades según la ley), respeto a la ley (cumplimiento de las obligaciones estipuladas) e iniciativa (capacidad para proponer alternativas y soluciones y para lograr apoyo).

Debida a la limitada capacidad institucional de las alcaldías -asociada, en su mayoría, a su reciente creación- el rol que desempeña el alcalde se constituye en una pieza crítica. A su vez, se espera que el desempeño del alcalde sea mejor mientras este tenga mayor apoyo, experiencia e iniciativa y mientras tenga un mejor conocimiento y respete la ley.

Médico.- Por el perfil del médico se entienden las características del principal responsable de salud a nivel municipal. En general esta persona es el Director del Centro u hospital más importante. Se ha caracterizado este perfil en base a cuatro aspectos: el conocimiento de la ley, la experiencia, la iniciativa y la sensibilidad social.

El conocimiento de la ley recoge aspectos sobre la información del médico acerca de las responsabilidades del municipio en salud, el funcionamiento del DILOS y el SNMN así como de otros aspectos relacionados a la gestión sectorial. La experiencia ha sido calificada en base al grado de especialización y a los años de servicio. El aspecto de iniciativa se evaluó en base a la capacidad negociar con las autoridades municipales, de gestionar otro tipo de apoyo para el sector y el desarrollo y emprendimiento de proyectos en salud (en información, educación, comunicación y gestión). Finalmente, el aspecto de sensibilidad social se evaluó en base a la presencia de acciones específicas reconocidas por la población.

Ante la ausencia de una institucionalidad fuerte en el sector salud, en particular dada la rotación frecuente del personal, las características del médico podrían ser un factor que tenga un impacto en la gestión y el desempeño del sector. En términos generales se esperaría que mientras mayor conocimiento de la ley, mayor experiencia, iniciativa y sensibilidad tenga el médico mejores podrían ser los resultados fruto del cambio en los espacios de decisión.

Relaciones

La forma de descentralización adoptada en Bolivia requiere un alto grado de coordinación interinstitucional. Ante la ausencia de mecanismos interinstitucionales de coordinación, las relaciones entre personas claves en el sector toman un lugar importante en la coordinación.

Para propósitos del estudio se identificaron cuatro tipos de relaciones: Alcalde - Comunidad, Alcalde - Médico, Médico - Comunidad y Alcalde -Concejo Municipal. Estas relaciones fueron evaluadas y calificadas a partir de las entrevistas con las distintas partes buscando siempre identificar aspectos concretos que estén ligados al funcionamiento de los servicios y que puedan ser afectados por la naturaleza de la relación considerada.

Para la relación Alcalde-Comunidad se consideraron aspectos como el apoyo de la comunidad (voto y apoyo posterior), el grado en el cual se consulta a la población a fin de

incorporar sus prioridades en el POA municipal, y la existencia de denuncias de la población sobre el manejo del alcalde. La calificación de la relación Alcalde-Médico tomó en cuenta aspectos como la regularidad en el cumplimiento de los reembolsos del seguro y de las obligaciones de pago de los servicios y la comunicación entre el personal de salud y el alcalde sobre temas (situación, necesidades y prioridades) de salud. Para la relación Médico-Comunidad se consideraron aspectos como la facilidad de comunicación (si habla el idioma nativo), la disponibilidad (realización de visitas a domicilio y horarios de atención), el respeto a las costumbres, el trato y la sensibilidad social. Finalmente, para la relación Alcalde-Concejo Municipal se tomaron en cuenta aspectos como la frecuencia de reuniones, el grado en el que los proyectos son consultados y discutidos, el conocimiento de temas de gestión municipal por parte de concejales y el apoyo con el que cuenta el alcalde.

En general se espera que mientras mejores son las relaciones identificadas mayor es el aprovechamiento de los nuevos espacios de decisión y, consecuentemente, mayores son los cambios, en términos de variables de desempeño que se esperaría observar. En particular una buena relación Alcalde-Comunidad y Alcalde-Médico podría resultar en mejoras en la eficiencia, mientras que una buena relación Médico-Comunidad podría resultar en una mayor utilización.

A continuación se describen las variables de innovación y de cumplimiento de las funciones del DILOS. Estas dos variables tienen una naturaleza especial ya que reflejan dos aspectos que parecerían tener un efecto en el cambio en las variables de desempeño pero, al mismo tiempo, son el resultado de algunas de las características más fundamentales -como el perfil de y las relaciones entre ciertos actores- ya descritas.

Innovaciones

Se ha definido como innovaciones a aquel tipo de acciones que constituyen una desviación de las acciones estandar o predefinidas que se espera de los distintos actores involucrados en el sector salud a nivel local. Las innovaciones son formas nuevas, o más creativas, de comportamiento que adoptan los distintos actores a fin de enfrentar de mejor manera las responsabilidades y los desafíos a nivel local. Por su naturaleza las innovaciones tienden a ser positivas facilitando la operación del sector.

Las entrevistas a nivel municipal permitieron identificar las innovaciones existentes las cuales se clasificaron en base a una tipología adoptada (ver matriz de innovaciones en el anexo N° 4). La calificación del grado de innovación observada en cada municipio tomó en cuenta tanto el número de innovaciones observadas como la calidad de las mismas.

Funciones DILOS

El DILOS fue concebido como una instancia de coordinación cuya función principal era la de agrupar a los principales actores a nivel municipal para asegurar una toma de decisiones coherente y ordenada. Debido a la participación de varios actores en la provisión de servicios de salud, la realización de las tareas encomendadas al DILOS es crítica para un buen desempeño del sistema.

Si bien algunas tareas de coordinación fueron asignadas explícitamente al DILOS, muchas veces cuando estas no eran realizadas por esa instancia el vacío era llenado por otras instancias o actores. La variable de cumplimiento de las funciones del DILOS busca reflejar la medida en la que las principales funciones fueron realizadas, ya sea por el DILOS mismo -en los casos en los que operaba- o por alguna otra instancia.

A continuación se describen las variables que reflejan el cambio en el desempeño de la provisión de servicios de salud haciendo énfasis en los aspectos tomados en cuenta para su calificación. La atención a estas variables tiene el propósito de tratar de establecer si cualquier cambio en las mismas parece depender de las variables explicativas descritas anteriormente. En este sentido las variables de cambio en el desempeño son consideradas como variables dependientes.

Debe resaltarse que, debido a la falta de registros sobre el desempeño de los servicios a nivel municipal (o de centro de salud) fue necesario estimar los cambios a partir de inferencias basadas en las entrevistas y a observaciones en los cambios de variables que condicionan el desempeño.

Desempeño

➤ *Cambio en Eficiencia Asignativa*

Para calificar este aspecto se ha tomado en cuenta el grado en el que las prioridades municipales parecen reflejar las preferencias de la población. Asimismo, se ha considerado la pertinencia de la inversión que haya podido realizarse, la situación en relación a la combinación de insumos (relación infraestructura, equipamiento, recursos humanos) y aspectos relacionados al financiamiento de servicios (ej. compensaciones interjurisdiccionales). En todos los casos se ha buscado establecer los cambios observados a partir de la descentralización.

➤ *Eficiencia en la Provisión (técnica)*

El cambio en la eficiencia técnica fue calificado tomando en cuenta aspectos como el cambio en la proporción de tiempo productivo del personal de salud, el cambio en la disponibilidad (insumos accesibles cuando se necesitan) y pertinencia (insumos adecuados de una calidad mínima) de los insumos médicos, y el cambio en la disponibilidad (reducción de cortes) de los servicios básicos.

➤ *Utilización*

Para calificar el cambio en la utilización se ha tomado en cuenta el número de consultas, el número de personas que acceden al servicio y los tipos de servicio que se prestan. En los tres casos se ha buscado estimar, dado que no existen registros confiables y completos, el cambio observado como resultado de la descentralización. En este caso sin embargo, es importante mencionar el efecto que se produce con nuevos pacientes, que anteriormente no asistían a centros de salud formales.

➤ Calidad

El aspecto de cambio en la calidad de los servicios se calificó a partir de los cambios observados en aspectos que condicionan la calidad como ser la disponibilidad y las condiciones de la infraestructura, la disponibilidad de equipamiento e instrumental, la diversidad, disponibilidad y oportunidad de los insumos médicos y el número y la calificación del personal de salud disponible.

➤ Equidad

Para calificar el cambio en la equidad se tomó en cuenta el cambio focalización (cambio en la definición de qué servicios y para quién proveer) y el cambio en la accesibilidad a los servicios por parte de grupos pobres o vulnerables.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de los estudios de casos desde dos perspectivas. Primero, resaltando aspectos relativos a las calificaciones. Segundo, presentando los aspectos más sobresalientes de las correlaciones entre las distintas variables.

▪ Factores externos

De la muestra de municipios se puede observar que la presencia de incentivos es diversa. En 8 casos se observó que no existían incentivos, en 6 casos se identificó la presencia de algún tipo de incentivo y en solamente 3 casos, 17% de la muestra, se evidenció una presencia significativa de incentivos. No parece existir un patrón en la presencia de incentivos que refleje una política del sector o una intencionalidad específica. La presencia de este tipo de instrumentos, predominantemente Fondos, parece más bien obedecer a la capacidad del municipio de atraerlos a través de la preparación de proyectos.

En el caso de apoyo externo, como ser la presencia de ONGs o de proyectos de la cooperación internacional, se observa una presencia más difundida. Quince municipios contaban con algún tipo de apoyo, siendo el apoyo importante en 6 de estos casos.

Las variables de incentivos y apoyo no parecen estar relacionadas de forma significativa a las variables de desempeño. En el caso de incentivos no se observa ninguna correlación mientras que en el caso de apoyo existe una correlación que parece significativa (5.73) entre la presencia de apoyo y la presencia de innovaciones.

▪ Características municipales

SITUACIÓN AL INICIO

La variable de capacidad instalada muestra cierta polarización con 53% de los casos en un extremo con una capacidad instalada baja o deficiente y un 35% de los casos en el otro extremo con una capacidad instalada buena o apropiada. Con relación a la experiencia, 11 de

los 17 casos tienen una experiencia calificada como baja o limitada, y 5 de los restantes 6 tienen una experiencia alta. La experiencia guarda una relación con la capacidad instalada siendo mayor en aquellos lugares en los que la capacidad instalada es mayor. Por su parte la disponibilidad de sustitutos era relativamente buena para, la mayoría de los municipios en la muestra, 11 de los 17.

Los indicadores de situación inicial no mostraron tener una correlación con las variables de desempeño. El indicador de disponibilidad de sustitutos muestra una correlación negativa con la variable que describe la medida en la que otras instancias (principalmente personas), ante la ausencia del DILOS, realizan esas funciones. Esto parece sugerir que cuando existen alternativas para la atención la población tiene menos incentivos para apoyar el funcionamiento del servicio. Finalmente, el indicador de experiencia muestra cierta correlación con el funcionamiento del DILOS sugiriendo que existe una mayor probabilidad que el DILOS funcione en aquellos municipios con cierta experiencia en el sector salud.

CAPACIDAD INSTITUCIONAL

En general la capacidad institucional observada es baja. En 14 casos fue considerada como limitada o inexistente, en 1 intermedia y en 2 como adecuada o buena.

La capacidad institucional, medida indirectamente por el grado de funcionamiento del DILOS, está correlacionada con la variable de cambio en eficiencia en la provisión del servicio (eficiencia técnica) y con la variable de cambio en calidad. Esto parecería indicar que la misma capacidad organizacional que facilita el funcionamiento del DILOS contribuye a ciertas eficiencias en la provisión del servicio y a mejoras en la calidad del mismo.

Por otro lado, la variable del DILOS está correlacionada con la variable de respeto del alcalde a las leyes así como, en menor medida, la relación Alcalde-Médico, el conocimiento de las leyes por parte del médico y la experiencia en salud en el municipio. Esto parecería sugerir que la variable del DILOS, utilizada como proxy para evaluar la capacidad institucional, depende no tanto de la misma sino de otros factores coyunturales ligados a las personas claves. Solamente la correlación con la experiencia del municipio en salud parecería sugerir que esta variable captura algún aspecto de la capacidad institucional.

ACTORES CLAVE

Perfiles

Alcalde.- Los perfiles de los alcaldes son diversos. Se han observado todo tipo de casos, desde el extremo en el que un alcalde calificaba bien en las cinco características (un total de 15 sobre 15 o una calificación promedio de 3), hasta aquel en el que un alcalde calificaba mal en las cinco.

Cuando se toma en cuenta los atributos de experiencia, conocimiento de la ley, respeto a la ley e iniciativa, las calificaciones del perfil de los alcaldes tienden a ser algo mejores para los

municipios de Santa Cruz (3 de las 5 calificaciones más altas y 1 de las 5 más bajas) que para los de Cochabamba y La Paz (ambos con 1 de las 5 calificaciones más altas y 2 de las 5 más bajas).

La variable de respeto a la ley, con una calificación promedio de 1.76 (1.6 para La Paz y Cochabamba y 2.2 para Santa Cruz), es la variable más baja, mientras que, en promedio, la variable de experiencia es la mejor. Donde se observa las mayores diferencias entre departamentos es en la variable de iniciativa. Las seis calificaciones más bajas se dieron en municipios de La Paz y Cochabamba (3 en cada uno), ambas con un promedio de 1.6, mientras que el promedio en los municipios de Santa Cruz es de 2.4.

La tabla a continuación resume los principales resultados de las correlaciones:

Cuadro 6.1. Matriz de Correlaciones (Perfil del Alcalde)

	EFASIG	EFPROV	UTILIZA	CALID	EQUID
ALCAP	X	x	x	x	x
ALCEXPER	X	x	x	x	x
ALCCONOC	0.556	x	x	x	x
ALCRESP	0.828	0.731	0.521	0.722	0.602
ALCINI	0.726	0.593	0.579	0.544	0.554

x- menos de 0.5

El apoyo que recibe el alcalde del Concejo al igual que la experiencia del alcalde, no parecen estar correlacionados con las variables dependientes. Esto sugiere que el apoyo general del Concejo no es un factor crítico en el desempeño del sector. La aparentemente poca importancia de la experiencia puede deberse a que el rango de experiencia considerado (desde lo considerado bajo hasta alto) fue definido en forma relativamente limitada -lo que se consideró como buena experiencia no era una experiencia excesiva- con el objeto de discriminar entre el tipo de casos observados.

El conocimiento de la ley muestra una correlación con la medida de eficiencia en la asignación de recursos. Esto parece reflejar que aquellos alcaldes que tienen conocimiento de sus obligaciones en relación al sector salud han asignado más recursos al sector, han tratado de mejorar la combinación de insumos (relación entre infraestructura, equipamiento y RRHH), han adoptado mecanismos de compensación interjurisdiccional (haciendo pagos por los servicios recibidos por su población en otros municipios o vice versa) y han tratado de reflejar las prioridades de la población.

Las dos características del alcalde que mayor correlación muestran con las variables de desempeño son el respeto a la ley y la iniciativa del alcalde. En el caso del respeto a la ley se observa una correlación significativa con las variables de cambio en la eficiencia asignativa, la eficiencia en la provisión (técnica) y la calidad (mayor a 0.7) y una correlación alta con el cambio en la utilización y la equidad. Por su parte el indicador de iniciativa del alcalde tiene una correlación significativa con la de cambio en la eficiencia asignativa y alta con las otras variables de desempeño. Lo anterior sugiere dos cosas. Primero, que en términos generales las reglas establecidas por la descentralización, cuando son cumplidas tienden a producir buenos

resultados. Segundo, que la iniciativa personal del alcalde es un factor importante que parece conducir a buenos resultados. Este segundo punto parece sugerir que, ante la débil institucionalidad, la creatividad del alcalde puede contribuir a enfrentar los desafíos que se enfrentan a nivel local.

Médico.- Al igual que en el caso de los alcaldes, los perfiles de los médicos también son diversos existiendo casos extremos, con la calificación más alta así como con la calificación más baja posible, y casos intermedios.

De los cuatro casos con calificación más alta (promedio mayor a 2.5) 2 se encuentran en Cochabamba y 2 en Santa Cruz). En el otro extremo, de las 5 calificaciones más bajas (hasta 1.5) 1 se encuentra en Santa Cruz y 2 tanto en Cochabamba como en La Paz. Se observa cierta diferencia en las calificaciones promedio para municipios en distintos departamentos. En 7 casos (4 en Santa Cruz y 3 en Cochabamba) las calificaciones para los distintos atributos de un médico estuvieron concentradas en 2 y 3, mientras que en 5 casos (todos en La Paz) las calificaciones fueron más dispersas incluyendo valores del 1 al 3. En otros 5 casos se tuvo al menos dos atributos con la calificación mínima. Las calificaciones promedio del perfil de los médicos tienden a ser algo mejores para los municipios de Santa Cruz, con un promedio de 2.35, que para los de Cochabamba (2.15) y La Paz (1.89).

En general, la calificación más baja es para la variable de experiencia y la más alta para conocimiento de la ley y sensibilidad social. Existen, sin embargo, diferencias a nivel departamental. Mientras que en La Paz la calificación más baja es para experiencia y la más alta es para sensibilidad, en Santa Cruz la más baja es conocimiento de la ley (las tres restantes tienen el mismo promedio) y en Cochabamba la calificación más alta es para conocimiento de la ley y la más baja para iniciativa y sensibilidad.

La tabla a continuación resume los principales resultados de las correlaciones:

Cuadro 6.2. Matriz de Correlaciones (Perfil del Médico)

	EF. ASIGN.	EF. PROV.	UTILIZACIÓN	CALIDAD	EQUIDAD
Conoc. Ley	x	x	x	x	x
Experiencia	x	x	x	x	x
Iniciativa	x	x	x	x	x
Sensibilidad	0.510	x	0.679	x	0.552

x- menos de 0.5

El perfil del médico no parece tener mucha relación directa con las variables de cambio en el desempeño. Solamente la variable de sensibilidad social muestra una correlación significativa con las variables de eficiencia asignativa, utilización y equidad. La correlación con la eficiencia asignativa parecería sugerir que una mayor sensibilidad induce una mejor priorización de las necesidades en salud. Con relación a la utilización la correlación sugiere que una relación relativamente fuerte que podría estar ligada al trato y la confianza que la población desarrolla con los servicios de salud cuando existe cierta sensibilidad. La correlación con el aspecto de equidad parece reflejar una relación de causalidad más directa en la que la

sensibilidad se manifiesta en esquemas que favorecen a la población desaventajada.

Es interesante notar que cuando se consideran variables más agregadas de desempeño la iniciativa del médico muestra una correlación con la medida que promedia las 5 variables de desempeño (0.504) y con aquella que promedia la utilización, calidad y equidad (0.558). En consecuencia, la iniciativa del médico parece tener importancia, en forma general, en aquellos aspectos de la provisión el servicio sobre los cuales el mismo tiene mayor injerencia.

Relaciones

La calificación de las variables de relaciones muestra una dispersión balanceada. En general se observó todo tipo de calificaciones para las distintas relaciones pero los promedios generales estuvieron entre 2.1 y 2.4. Tomando el conjunto de las relaciones en un municipio, las mejores 4 calificaciones (un promedio de 2.75 o mayor) se encontraban en La Paz y Santa Cruz (2 en ambos casos), mientras que los peores 4 casos (un promedio de 1.5 o menor) se encontraban en La Paz (2), Santa Cruz y Cochabamba (1 cada uno). En 6 casos las calificaciones para las distintas relaciones en un municipio fueron de 2 o 3 sugiriendo, en general, relaciones adecuadas o relativamente buenas. En otros 6 casos se encontró una dispersión que incluía relaciones buenas y malas. Finalmente, en 4 casos se tenía por lo menos 2 de las 4 relaciones calificadas como malas.

En el caso de la relación Alcalde-Comunidad se encontró que en 6 de los 17 casos se tenía una buena relación, en 7 una relación adecuada o aceptable y en 4 una relación mala. La relación Alcalde-Médico mostró un patrón similar con 7 de los 17 casos con una buena relación y con 5 casos tanto para una relación adecuada o aceptable y como para una relación mala. Se observó que la relación Médico-Comunidad era, en general, mejor con 9 casos en la que se consideraba buena, 5 adecuada o aceptable y en 3 una relación mala. En promedio, esta relación era significativamente mejor en los municipios de Santa Cruz (con un promedio de 2.8) que en los de La Paz (con un promedio de 2.14). Las mayores diferencias entre departamentos se encontraron en la relación Alcalde-Concejo con un promedio de 2.71 para los municipios de La Paz y de 1.80 para los de Cochabamba. Esta relación fue la que, en general, se muestra como más positiva con 10 casos en los que fue calificada como buena, 2 adecuada o aceptable y en 5 una relación mala.

Los principales resultados de las correlaciones para las cuatro relaciones consideradas se resumen en la tabla a continuación:

Cuadro 6.3. Matriz de Correlaciones (Relaciones)

	EF. ASIGN.	EF. PROV.	UTILIZACIÓN	CALIDAD	EQUIDAD
A - C	0.543	x	x	x	x
A - M	0.576	0.756	x	0.751	x
M - C	x	x	0.598	x	0.687
A - Concejo	x	x	x	x	x

A-Alcalde, M-Médico, C-Comunidad; x- menos de 0.5

La relación Alcalde-Comunidad está correlacionada con la variable de cambios en la eficiencia asignativa. Esta correlación parecería reflejar el hecho que una mejor relación implica, entre otras cosas, una mayor participación de la población en las definiciones del POA y, ligada a esta, una mejor asignación de recursos.

La relación Alcalde-Médico parece ser la más importante al estar correlacionada con tres variables de desempeño, en dos casos de los tres casos (eficiencia en la provisión y calidad) con una correlación significativamente más alta a aquella encontrada en el caso de las otras dos relaciones. La correlación de esta variable con la de eficiencia asignativa parecería mostrar que una mayor participación del médico en la definición de prioridades, generalmente asociada con una buena relación entre el alcalde y el médico, tiende a conducir a una mejor asignación del gasto en salud. El hecho que esta correlación sea más importante aún en el caso de la eficiencia en la provisión del servicio podría obedecer a que este aspecto de la eficiencia depende más del alcalde y el responsable en salud al existir una participación más limitada de otros niveles. La correlación con la calidad parece estar asociada con factores como la mejoras en las condiciones de la infraestructura, la disponibilidad de equipamiento, y la disponibilidad y oportunidad de los insumos médicos que se hacen posibles gracias a una buena relación Alcalde-Médico.

La relación Médico-Comunidad está correlacionada con las variables de cambio en la utilización y equidad. Estos dos casos, que parecen estar ligados a la sensibilidad del médico, sugieren que una buena relación permite mejorar la utilización y la equidad al permitir que se desarrolle una mayor confianza por parte de la comunidad y un mejor conocimiento de la realidad local por parte del personal de salud.

INNOVACIONES

En 10 de los 17 municipios observados se encontró que existían un alto grado de innovaciones, en 5 existían innovaciones que pueden considerarse moderadas, mientras que en 2 las innovaciones eran limitadas o poco significativas. Los dos municipios con menor grado de innovaciones se encuentran en el departamento de La Paz.

Con relación a las correlaciones, la variable de innovaciones muestra una correlación con 3 de las 5 variables de desempeño, la eficiencia asignativa (0.535), la utilización (0.584) y la equidad (0.764). La correlación con la variable de eficiencia asignativa parece reflejar innovaciones como la contratación de personal, la compensación interjurisdiccional por servicios, la cooperación intermunicipal, la mayor discreción en la asignación de recursos y los convenios interinstitucionales. Por su parte, la correlación con la variable de utilización refleja innovaciones como estrategias de comunicación e información para incrementar la cobertura y negociaciones con privados u otras instituciones para mejorar los servicios. De similar manera la correlación con la variable de equidad refleja esfuerzos específicos como las rebajas, subvenciones o atención gratuita a aquellos pacientes con mayores restricciones económicas.

En términos de la relación de la variable de innovación con otras variables explicativas se observan varias correlaciones. En términos generales, la presencia de innovaciones parece estar relacionada a la naturaleza de las relaciones entre personas clave, particularmente a

aquellas que involucran al alcalde y al médico, y a ciertas características del perfil del alcalde y del médico. Esto refleja el hecho que, generalmente, las innovaciones son introducidas por estas dos personas. Es interesante destacar que, aunque con menor fuerza, la presencia de apoyo (por ejemplo en la forma de la presencia de ONGs) es otro factor que parece contribuir a la tendencia a innovar.

FUNCIONES DILOS

Con relación a la realización de las tareas del DILOS se encontró que en 6 de los 17 municipios observados se encontró que existían un alto grado de cumplimiento de las mismas, ya se por el directorio constituido y operando de la manera intencionada o por otras instancias o personas que actuaban de sustitutos del DILOS cumpliendo sus funciones. En 6 casos se encontró que el grado de realización de las funciones era moderado y en otros 6 que era reducido. De los 6 municipios con un grado de cumplimiento más alto 3 se encuentran en Santa Cruz, 2 en Cochabamba y 1 en La Paz. Complementando este patrón, de los 5 casos en los que la realización de las funciones del DILOS era reducida 1 se encuentra en Cochabamba y 4 en La Paz.

El indicador del cumplimiento de las funciones del DILOS está correlacionado con 4 de las 5 variables de desempeño, las variables de cambio en eficiencia en la provisión del servicio es decir eficiencia técnica (0.666), utilización (0.579), calidad (0.649) y equidad (0.613). Esto parecería indicar que la misma capacidad que facilita el funcionamiento del DILOS, o en su defecto que permite que las tareas no realizadas por el DILOS sean realizadas por otras instancias, contribuye de manera importante a la mejora de los servicios. Asimismo, sugiere que, dado el esquema de descentralización, las tareas encomendadas al DILOS son de especial importancia.

Llama la atención que la variable que no muestra una correlación importante con el cumplimiento de las funciones del DILOS sea la de eficiencia asignativa ya que, entre otras cosas, el DILOS tiene un rol de coordinación que debería contribuir a que la asignación de recursos al sector, por parte de los distintos niveles, sea más pertinente. Esto parecería estar relacionado con el hecho que, en su mayoría, las funciones realizadas por el DILOS o la instancia que lo sustituya, tienden a ser las relacionadas al nivel local (asignación de recursos municipales) y no las de coordinación entre niveles de gobierno. Es decir, a la débil participación del nivel Departamental en el DILOS no ha permitido reflejar aspectos como la disponibilidad de personal adecuadamente. En consecuencia, en la mayoría de los casos la coordinación de la inversión con la asignación de recursos humanos no ha sido adecuada.

Es interesante notar que el grado en el que se cumplieron las funciones del DILOS está correlacionado con varias de las variables explicativas y el grado de innovación. El cumplimiento de las funciones del DILOS tiene la correlación más fuerte con el grado de innovación (0.704). Esto parecería reflejar que la capacidad para innovar, que depende en gran medida de las características y relaciones del alcalde y el médico, es la que permite que las funciones del DILOS se cumplan así sea de una manera diferente a la establecida por los espacios de decisión formal. Adicionalmente, la presencia de correlaciones con variables como

el respeto a las leyes por parte del alcalde y el conocimiento de las leyes por parte del médico podrían estar asociadas a una mayor posibilidad de que el DILOS en si cumpla las funciones que le corresponden.

DESEMPEÑO

La variable de desempeño con la calificación promedio más alta es la de equidad seguida muy de cerca por la de utilización, mientras que la de menor calificación promedio es la de eficiencia asignativa. La variable de calidad es la que mayor dispersión muestra, mientras que las que registraron una mayor concentración en las calificaciones fueron las variables de eficiencia en la provisión y utilización.

La variable que mayor número de mejoras significativas muestra es la del cambio en la utilización mientras que la variable en la que se observó un mayor número de casos de deterioro fue la de eficiencia asignativa.

No existen municipios con una mejora significativa (4) en todas las variables de desempeño. El municipio que mostró la mejor mejora registró 3 variables con una mejora significativa y 2 con una mejora moderada. Por otra parte se observó 4 casos en los que hay 2 o más variables en las que el desempeño empeoró. En 14 de los 17 casos se observó algún tipo de mejora general (tomando el promedio de los cambios para las distintas variables de desempeño). En 4 de estos 14 casos la mejora es mayor a aquella que podría ser atribuible al Seguro.

En 8 de los 17 municipios el desempeño, en términos de cada una de las variables calificadas, es igual o mejor que el desempeño antes de la descentralización. Esto sugiere que en estos casos la descentralización no tuvo ningún efecto negativo en el desempeño. En 6 casos se observó mejoras en algunas variables combinadas con un deterioro en otras (en todos estos casos el promedio mostraba una mejora ligera) mientras que en los restantes 3 casos el efecto general (promedio) fue negativo.

Considerando el conjunto de los municipios se evidencia que, en promedio, existió una mejora (calificación promedio 2.46). Esta mejora fue mayor en los municipios de Santa Cruz (2.72) seguida de los de Cochabamba (2.56) con los municipios de La Paz mostrando la mejora menos significativa (2.2).

Como se puede apreciar en la tabla a continuación son 2 los tipos de variables que muestran una correlación con las 5 variables de desempeño: las ligadas a los actores clave y aquellas que reflejan cierto tipo de comportamiento que se puede observar a nivel local. En el primer grupo sobresalen las variables de relaciones entre los actores clave y algunas del perfil del alcalde aunque también se observa una que describe el perfil del médico. En el segundo grupo se encuentran la variable de innovación y la de cumplimiento de las funciones del DILOS.

Cuadro 6.4. Matriz de Correlaciones (Resumen)

	EF. ASIGN.	EF. PROV.	UTILIZACIÓN	CALIDAD	EQUIDAD
Relación A-C	0.543	x	x	x	x
Relación A-M	0.576	0.756	x	0.751	x
Relación M-C	x	x	0.598	x	0.687
Alcalde Conoc. Ley	0.556	x	x	x	x
Alcalde Respeto Ley	0.828	0.731	0.521	0.722	0.602
Alcalde Iniciativa	0.726	0.593	0.579	0.544	0.554
Médico Sensibilidad	0.510	x	0.679	x	0.552
FDILOS	x	0.666	0.579	0.649	0.613
INNOV	0.535	x	0.584	x	0.764

x- menos de 0.5

Como se discutió anteriormente, estas últimas dos variables están correlacionadas a su vez con las variables de relaciones entre los actores clave y de perfiles del alcalde y el médico. Este patrón de correlaciones sugiere que, en forma directa e indirecta, las características del alcalde y del médico, así como la relación entre ellos y de ellos con la comunidad, juegan un papel importante en determinar el tipo de cambios que se observan a raíz de la descentralización.

Cuando se considera una variable promedio que agrega las 5 variables de desempeño, se observa que la misma está correlacionada en forma significativa con 8 variables: la relación entre el alcalde y el médico y de éste último con la comunidad, el respeto a las leyes y la iniciativa que muestra el alcalde, la iniciativa y la sensibilidad del médico y las innovaciones y el grado de cumplimiento de las funciones del DILOS que se observa en el municipio. De todas éstas, el respeto a las leyes por parte del alcalde es la más significativa (0.835) seguida de la iniciativa del alcalde (0.730) y la relación Alcalde-Médico (0.707) lo que resalta el rol crítico que desempeña el alcalde. Estas tres variables muestran una correlación aún más significativa con una variable que agrega, en forma de promedio, las variables de eficiencia asignativa y eficiencia en la provisión del servicio.

▪ Eficiencia Asignativa

El promedio general para esta variable es de 1.82 lo que implica, en términos generales, un leve deterioro. Sólo se observó 1 caso con una mejora significativa y 2 casos con una mejora moderada, mientras que se dieron 7 casos con un deterioro. Este deterioro parecería estar asociado a dos factores. Primero, a que las condiciones locales no inducían a una eficiencia asignativa en lo relativo a las decisiones a nivel local (ej. asignación de recursos para inversión y funcionamiento). Segundo, a que el espacio adecuado para la coordinación de varias decisiones de inversión y de asignación de personal es un nivel territorial más amplio que el municipal (como el denominado distrito asociado al desarrollo de una red de referencia.), nivel para el cual no existe un mecanismo efectivo para una coordinación.

Las variables que muestra una correlación más significativa con la variable de eficiencia asignativa son el respeto a las leyes y la iniciativa que muestra el alcalde. El respeto a las leyes, que implica un reconocimiento de las obligaciones con el sector salud y una apertura a tomar en cuenta las prioridades de la población, ha resultado en un mayor gasto en salud. Este gasto,

al mejorar la disponibilidad de insumos y equipamiento así como las condiciones de la infraestructura, ha resultado, en algunos casos, en un mejor balance de insumos en el sector lo cual mejora la eficiencia asignativa. Por el contrario cuando no ha existido un cumplimiento de las responsabilidades, la falta de recursos para insumos ha resultado en mayores ineficiencias. Por su parte la iniciativa del alcalde, expresada en resultados concretos como el apalancamiento de recursos, los convenios de cooperación o los acuerdos con proveedores privados, también han significado recursos para el sector y una combinación más balanceada de insumos en algunos casos mientras que en otros la falta de iniciativa ha significado una adaptación lenta a las nuevas reglas con el consecuente deterioro en la mezcla de insumos y la eficiencia asignativa.

El conocimiento de la ley y la relación Alcalde-Comunidad también muestran una correlación positiva con la eficiencia asignativa la cual parece estar relacionada a que estas dos variables contribuyen a reflejar de mejor manera las prioridades y preferencias de la población. En forma similar, la correlación positiva de la eficiencia asignativa con la sensibilidad del médico y la relación Alcalde-Médico sugiere que estos son dos aspectos que facilitan la introducción de criterios técnicos a la asignación de recursos al sector, mejorando así la eficiencia.

▪ Eficiencia en la Provisión

Con relación a la eficiencia en la provisión (eficiencia técnica) el promedio general de 2.06 sugiere no se evidenció un cambio significativo. En los 6 municipios en los que se experimentó una mejora la misma fue moderada. En 5 casos se evidenció un deterioro en esta variable.

La eficiencia en la provisión del servicio está más significativamente correlacionada con la relación Alcalde-Médico y el respeto a las leyes por parte del alcalde. Una buena relación genera una mayor consciencia y conocimiento de las necesidades del sector por parte del alcalde (a través de un mayor acceso del médico al alcalde). Asimismo, una buena relación genera mayor receptividad a los requerimientos del sector y una respuesta más oportuna a las necesidades. Finalmente, una buena relación permite una mayor participación del médico en la toma de decisiones (ya sea a través de una mayor discrecionalidad en ciertos aspectos o una mayor participación en definiciones ligadas al sector) lo cual permite que las decisiones reflejen mejor las características y necesidades de la provisión del servicio.

El respeto a las leyes, por su parte, se traduce en un cumplimiento más regular de las obligaciones del municipio con el sector (como ser el pago de servicios básicos o la reposición de insumos para el seguro) así como (en cierto grado) un mejor funcionamiento del DILOS. Ambos factores contribuyen a un funcionamiento más estable y ordenado lo cual facilita la toma de decisiones y mejora la eficiencia (técnica) en la provisión del servicio).

▪ Utilización

En el caso de la variable de cambio en la utilización el promedio de 2.94 es significativamente mayor y sugiere una mejora en términos generales. En ningún caso se observó un deterioro mientras que en 5 de los 11 casos en los que existieron mejoras las

mismas fueron significativas.

Cabe resaltar que un factor crítico en el aumento de la utilización fue el seguro. Este factor no fue tomado en cuenta en forma explícita ya que su adopción fue común para todos los municipios. Si bien la descentralización posibilitó la introducción del seguro, el mismo es una política sectorial y sus efectos no pueden ser considerados como resultados de la descentralización en sí. Sin embargo, como lo sugiere la discusión del marco conceptual, no es posible discriminar el incremento en la utilización inducido por el seguro de aquel motivado por la descentralización y dependiente de los factores que caracterizan las condiciones en cada municipio.

El promedio observado es muy cercano al valor de 3 asignado al incremento de utilización promedio inducido por el seguro. Las variaciones alrededor de este promedio reflejan la medida en la cual las condiciones locales permitieron un mayor o menor incremento de la utilización dada la descentralización y la adopción del seguro.

La variable correlacionada en forma más significativa con la del cambio en la utilización es la de sensibilidad del médico seguida por la relación Médico-Comunidad. Este aspecto, al contribuir a generar una confianza por parte de la población en el médico, y por ende en los servicios, reduce una importante restricción que tradicionalmente limita la utilización de los mismos. Adicionalmente, las innovaciones y la iniciativa del alcalde, manifestadas en esfuerzos de información para promover la utilización, parecen haber tenido cierta influencia como lo sugieren las correlaciones con estas variables. Finalmente, el respeto a la ley por parte del alcalde y el cumplimiento de las funciones del DILOS, al asegurar la fluidez de los pagos del Seguro crean mejores condiciones para la provisión del servicio e inciden positivamente en la utilización.

- Calidad

La variable de cambio en la calidad, con un promedio general de 2.47, muestra una mejora. Esta mejora está concentrada en 7 casos, 3 de los cuales registraron una mejora significativa. En 8 casos (casi el 50%) no se observó un cambio mientras que en 2 casos la situación se deterioró.

El cambio en la calidad del servicio muestra las correlaciones más significativas con las variables de relación Alcalde-Médico y el respeto a las leyes por parte del alcalde. Cabe resaltar que, ante la ausencia de una medida directa de la calidad del servicio, la medida indirecta adoptada asocia la calidad con la capacidad de tomar decisiones y la disponibilidad adecuada de insumos, materiales y equipamiento. Por esta razón, el patrón de correlaciones para esta variable está muy ligado al de eficiencia en la provisión.

- Equidad

El promedio general para esta variable es de 3 lo que implica, en términos generales, una mejora. Se observaron 14 casos en los que existió una mejora, 4 de los cuales correspondían a una mejora significativa. Solamente se dio 1 caso en el que se observó un deterioro.

Al igual que en el caso de la utilización, los cambios observados en la equidad del servicio

reflejan el impacto del seguro el cual introdujo la provisión gratuita de ciertos tipos de servicios. Los servicios incluidos tienden a ser utilizados por los grupos de bajos ingresos razón por la cual el seguro ha tenido un impacto positivo en la equidad de la provisión de servicios de salud.

La variable de innovación es la que más significativamente está correlacionada con la de cambio en la equidad. Esto se debe a que, más allá del impacto del seguro, mejoras en la equidad tienden a estar relacionadas con prácticas introducidas por el personal de salud para favorecer o apoyar a quienes tienen menores posibilidades económicas. El conocimiento y respeto a la ley por parte del alcalde conjuntamente con el cumplimiento de las funciones del DILOS y una buena relación Alcalde-Médico, al estar asociadas con un buen funcionamiento del seguro, parecerían contribuir a mejoras en la equidad de la provisión. Asimismo, la correlación positiva entre los cambios en equidad y la sensibilidad del médico parece reflejar el importante rol que desempeña el médico en el acceso a los servicios.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES GENERALES

Cuando se contrasta la situación actual con aquella existente antes de la descentralización, los estudios de caso sugieren que, en general, existe cierta mejora en la provisión de servicios de salud.

Las mejoras que se observan de manera más sistemática son aquellas ligadas a incrementos de la utilización. En relación a otras medidas de desempeño como ser la eficiencia (asignativa y técnica) y la calidad, los patrones observados están ligados a características específicas observadas a nivel local.

Para propósitos del análisis es conveniente caracterizar las mejoras en los siguientes dos tipos:

- Tipo 1** Una mejora sistemática. Es decir, una mejora que se observa (con ciertas diferencias) en prácticamente todos los municipios. Este tipo de mejora parece estar asociada a cambios estructurales y de política (cambios en la forma en la que se provee y financia los servicios).
- Tipo 2** Una mejora individual. Es decir, una mejora observada en ciertos municipios la cual parece estar asociada a las condiciones presentes en esos municipios.

En aquellos casos en los que se observó mejoras de Tipo 2, la mejora total fue mayor al promedio de cambio de Tipo 1.

Mejoras Tipo 1

En el caso de mejoras de este tipo, las mejoras en el desempeño (principalmente el aumento en la utilización) parecen estar directamente relacionadas con una medida específica que se adoptó algún tiempo después de iniciada la descentralización.

1. En gran medida los cambios están asociados a la adopción del Seguro de Maternidad y Niñez, en particular la definición de un paquete mínimo de servicios, bien focalizados y de la asignación automática de recursos municipales para financiarlo.
2. Es interesante resaltar que la adopción del “Seguro”, que fue una decisión del nivel central, representó más bien una disminución del espacio de decisión inicialmente definido por la descentralización para los municipios.
3. Si bien puede ser sujeto a discusión, parecería que los resultados inducidos por la introducción del “Seguro” podrían haberse dado en la ausencia de un proceso de descentralización. Por ejemplo, aspectos claves como la identificación de una fuente de financiamiento y la definición explícita de los servicios a ser provistos son temas presentes en la mayoría de reformas del sector salud (p. ej. Gran Bretaña y Cataluña y el País Vasco en España).

4. Sin embargo, debe quedar claro que en el caso Boliviano la descentralización ha desempeñado un papel catalizador de los cambios que llevaron a la adopción del Seguro. El Nuevo Modelo Sanitario, el cual definió las bases sobre las cuales el “Seguro” fue establecido, fue una respuesta del sector a los cambios y la incertidumbre inicialmente introducidos por el proceso de descentralización.

Mejoras Tipo 2

En el caso de mejoras de este tipo, emerge un patrón distinto el cual sugiere que las mejoras en el desempeño parecen estar asociadas a características específicas presentes en el nivel local.

1. Los estudios de caso muestran que en aquellos casos en los que las instituciones tenían la capacidad necesaria para realizar las tareas asignadas por la descentralización el desempeño tendió a mejorar.
2. Sin embargo, los estudios de caso también muestran que, en la mayoría de los casos, aquellas instituciones que son asignadas responsabilidades por la descentralización (Prefecturas, Gobiernos Municipales, DILOS, Comités de Vigilancia, etc) son débiles y, por lo general, no están cumpliendo sus roles adecuadamente.
3. Ante la incapacidad de las instituciones para desempeñar los roles que les fueron asignados otras instancias (típicamente personas como Alcaldes, Doctores, etc) han, en muchos casos, asumido esas responsabilidades.
4. En consecuencia, la capacidad de aprovechar la nueva estructura de espacios de decisión está ligada al grado en el cual las principales funciones han sido realizadas por ciertos individuos.
5. Esto, a su vez, parece depender de los “perfiles” (definidos como ciertas características como ser la iniciativa, el conocimiento de la ley, la experiencia, etc) de ciertos agentes críticos como ser los alcaldes y los doctores.
6. El estudio no provee evidencia, en el análisis de la información macro ni en los estudios de caso, de que la descentralización resulta en cierto tipo de resultados. Los patrones de comportamiento, así como los resultados en cuanto a desempeño son muy variados.
7. La importancia de personas clave sugiere que las mejoras por encima de las inducidas por el cambio de política sectorial (mejoras de Tipo 1 inducidas por el “Seguro”) no son necesariamente sostenibles dado el alto grado de rotación del personal médico y las posibilidades de cambios de alcaldes.

Lo anterior sugiere que la descentralización provee el potencial para una mejora en el desempeño de los servicios. Si se aprovecha este potencial o no depende de varios factores pero principalmente -dado el estado actual de las instituciones en Bolivia- de los perfiles de personas clave y de la forma en la que las mismas se relacionan.

La idea que la descentralización provee un potencial para la mejora en el desempeño de los servicios se ve reforzada por la correlación observada entre el conocimiento y el respeto a las leyes y el buen desempeño.

RECOMENDACIONES

Las conclusiones del estudio sugieren que en países como Bolivia, donde no se puede dar por hecho que las instituciones a nivel local desempeñen a cabalidad las funciones que les son asignadas por la descentralización, el proceso de descentralización debe incluir tanto una reasignación de los espacios de decisión (nuevas reglas de juego) como un rol activo de apoyo al avance del proceso. En esto último el nivel central podría jugar un rol clave aunque no exclusivo. La relación positiva entre la presencia de ONGs y el gasto en salud sugiere que estas instituciones tienen una capacidad de influenciar ciertas decisiones a nivel municipal. Es posible que este tipo de instituciones pueda desempeñar un rol importante en el apoyo al proceso de descentralización sectorial.

El rol del nivel central debe estar enfocado a:

1. *Difundir las nuevas reglas de juego.*- asegurando que todas las instancias pertinentes tienen conocimiento de las mismas y que tienen una clara comprensión de cuál es su rol en la provisión del servicio, cómo realizarlo de manera efectiva y cómo debe ser coordinado con otras instancias.
2. *Fortalecer las capacidades de las instituciones clave.*- de manera que las mismas estén en condiciones de cumplir con los roles que les han sido asignados. Este fortalecimiento debe tener un énfasis institucional y estar orientado al desarrollo y la implantación de instrumentos de gestión.
3. *Generar un aprendizaje.*- identificando la manera de replicar o aprovechar las iniciativas que han conducido a buenos resultados, difundiéndolas de manera sistematizada

Cabe resaltar que si bien el proceso de participación popular en Bolivia contempla un esfuerzo de fortalecimiento institucional, el mismo es de naturaleza genérica orientado a temas de gestión en general. Los resultados del presente trabajo sugieren que adicionalmente es necesario un esfuerzo por fortalecer la gestión sectorial. La diversidad de experiencias que surgen como resultado de la descentralización proveen una rica gama de ejemplos e ideas exitosas las cuales pueden ser fácilmente sistematizadas y difundidas. El fortalecimiento de instituciones y el aprovechamiento, en forma sistematizada de las buenas experiencias, permitirían por un lado dar sostenibilidad, más allá de la presencia de actores con iniciativa, a los casos exitosos, y por otro inducir una dinámica positiva por la cual los buenos resultados tienden a propagarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atkinson, B. y Siglitz, J. 1988. "Lecciones sobre Economía Pública". Instituto de Estudios Fiscales. Madrid Espana.
- Barquín, M. 1992. *Dirección de Hospitales. Sistemas de Atención Médica* Sexta Edición McGraw - Hill. Mexico, D.F
- Baumol, W. 1987. "Superfairness" The MIT Press. Cambridge - Massachusetts.
- Bennet R.. 1980. "The Geography of Public Finance. Welgfare under Fiscal Federalism and Local Goverment Finance. London: Metheum.
- Bennet, R. 1994. " Descentralization, Local Goverments, and Markets. Toward a Post-Welfare Agenda." . Oxford: Clarendon Press..
- Bird, Richard. 1996. "Fiscal Decentralization: An Overview", en notas para el Seminario Internacional Descentralización Fiscal y Regimenes de Coparticipación Impositiva. Junio. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
- Bossert T. 1997. "Descentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance" Data for Decision Making. Harvard University. Washington USA.
- Browm Charles y Oates Wallace. 1987. "Assistance to the Poor in a Federal System" en Journal of Public Economics, Vol. 32. Págs. 307-330.
- Buchanan J. 1964. "Federalismo y Equidad Fiscal" En Musgrave R. y Shoup C-. Eds: 2Ensayos sobre Economía Impositiva". Fondo de Cultura Económica. Mexico.
- Capra, Katherina, et al. 1997. "Estudio de Costos del Paquete Materno Neonatal en Salud". La Paz, Bolivia.
- Capra, Katherina, 1996. "Economía de la Salud: Una aplicación para el Municipio de Viacha". La Paz, Bolivia
- Dasgupta, P. 1989. "Positive Freedom Markets and the Welfare State". en Oxford Review of Economic Policy, No.2.
- Dasgupta, P. 1989. "Positive Freedom Markets and the Welfare State" en *Oxford Review of Economic Policy*, No.2.
- Dmytraczenko T. et all. 1998. "Evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez en Bolivia". Partnership for Health Reform. - Harvard School of Public Health. DDM. Washington. USA..
- Eguino J. 1996. "Descentralization, Local Goverments and Markets: A Comparative Study of Recent Trends in Selected Countries". Institute of Social Studies. The Hague – Netherlands.
- Escalante, Scarlet. 1996. "La Descentralización Fiscal en Bolivia: Análisis del Impacto Distributivo, Regional y Personal". Instituto Torcuato Di Tella. Buenos – Aires, Argentina.

- Escalante Scarlet 1997. "La Participación Popular y sus Efectos Sobre la Equidad: Un Análisis a partir de la Evolución de los Planes Anuales Operativos". Harvard Institute for International Development. - UDAPSO. La Paz – Bolivia.
- Ministerio de Desarrollo Humano. 1995. "Mapa de Pobreza: Una Guía para la acción Social". UDAPSO – INE – UPP – UDAPE. La Paz – Bolivia.
- Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Salud. 1996. "Estudio del Sistema de Aranceles de los Servicios de Salud" Serie Publicaciones Técnicas PSF 7. La Paz, Bolivia
- . 1996 "Situación de Salud en Bolivia. Indicadores Básicos 1996". La Paz, Bolivia.
- . 1996. "Atención a la Mujer y al Recién Nacido en Puestos y Centros de Salud y en Hospitales de Distrito". Secretaria Nacional de Salud y MotherCare Bolivia. La Paz, Bolivia.
- Musgrave R. y Musgrave P. 1992. "Hacienda Pública Teórica y Aplicada". Quinta Edición Ed. Mc Graw Hill.
- Oates W.E. 1977. "Federalismo Fiscal". Instituto de Estudios de Administración. Ed. Harcourt Brace Jovanovich. Madrid, España.
- . 1986 " Assistance to the Poor in a Federal System", en Journal of Public Economics, Vol. 32. Pág. 307-330.
- Paganini, José María. *Los desafíos de los servicios de salud en la década del 90*. Págs. 33-39.
- Parra Osorio, Juan Carlos. 1996. "Impacto de las Transferencias Intergubernamentales en la Distribución Interpersonal del Ingreso en Colombia", Mineo Departamento Nacional de Planeación-CEPAL. Marzo. Santafé de Bogota.
- Pauly, Mark. 1973. "Income Redistribution as a Local Public Good", en Journal of Public Economics 2, Págs. 35-58.
- Petrei, A. Humberto. 1987. "El Gasto Público Social y sus Efectos Distributivos". Programa de Estudios Conjuntos sobre Integración Económica Latinoamericana ECIEL. Ed. Voces. Mayo. Brasil.
- Porto, Alberto. 1990. "Federalismo Fiscal. El Caso Argentino". Ed. Tesis S.A. Buenos Aires, Argentina.
- . 1993. "Política Fiscal y Equidad Distributiva". Mineo. Instituto Torcuato Di Tella y Universidad Nacional de La Plata. Marzo. La Plata, Argentina.
- Ruiz, Mier F. y Guissani, B. 1996. *La Descentralización de los Servicios de Educación y Salud en Bolivia*. CEPAL.
- Seoane, G. et al. 1996. "Diagnóstico: Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales". MotherCare y Marketing SRL. La Paz, Bolivia.
- Unidad de Profundización de la Democracia. 1994. "Ley de Participación Popular". La Paz, Bolivia.
- . 1994. "Reglamento de la Ley de Participación Popular". La Paz, Bolivia.

———. 1996. “Seguro Nacional de Maternidad y Niñez”. La Paz, Bolivia.

Viceministerio de Participación Popular y Fortalecimiento Municipal. 1999. “Instrumentos de la Contabilidad Integrada”. Unidad de Apoyo a la Gestión Municipal. La Paz – Bolivia.

World Bank. 1992. “Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform.” A World Bank Policy Study. Washington, D.C., U.S.A.

PUBLICATIONS OF THE LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN REGIONAL HEALTH SECTOR REFORM INITIATIVE

- 1. Methodology for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean (English and Spanish)**
- 2. Base Line for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean (English and Spanish)**
- 3. Análisis del Sector Salud en Paraguay (Preliminary Version)**
- 4. Clearinghouse on Health Sector Reform (English and Spanish)**
- 5. Final Report – Regional Forum on Provider Payment Mechanisms (Lima, Peru, 16-17 November, 1998) (English and Spanish)**
- 6. Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud**
- 7. Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo**
- 8. Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia**
- 9. Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador**
- 10. Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala**
- 11. Cuentas Nacionales de Salud: México**
- 12. Cuentas Nacionales de Salud: Perú**
- 13. Cuentas Nacionales de Salud: República Dominicana (Preliminary Version)**
- 14. Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua**
- 15. Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador (Preliminary Version)**
- 16. Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network**
- 17. Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation, and Performance**
- 18. Comparative Analysis of Policy Processes: Enhancing the Political Feasibility of Health Reform**
- 19. Lineamientos para la Realización de Análisis Estratégicos de los Actores de la Reforma Sectorial en Salud**
- 20. Strengthening NGO Capacity to Support Health Sector Reform: Sharing Tools and Methodologies**
- 21. Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud. Informe de Relatoría. (Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999)**
- 22. State of the Practice: Public-NGO Partnerships in Response to Decentralization**

- 23. State of the Practice: Public-NGO Partnerships for Quality Assurance**
- 24. Using National Health accounts to Make Health Sector Policy: Finding of a Latin America/Caribbean Regional Workshop (English and Spanish)**
- 25. Partnerships between the Public Sector and Non-Governmental Organizations Contracting for Primary Health Care Services. A State of the Practice Paper. (English and Spanish)**
- 26. Partnerships between the Public Sector and Non-Governmental Organizations: The NGO Role in Health Sector Reform (English/Spanish)**
- 27. Análisis del Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) de Nicaragua**
- 28. Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002**
- 29. Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Study of Chile, Colombia, and Bolivia (English and Spanish)**
- 30. Guidelines for Promoting Decentralization of Health Systems in Latin America (English and Spanish)**
- 31. Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America**
- 32. Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Colombia Case Study**
- 33. Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Chile Case Study**
- 34. Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Bolivia Case Study**
- 35. La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia**
- 36. Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Mexico (English and Spanish)**
- 37. Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America**
- 38. Methodological Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America**
- 39. Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case**
- 40. Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Chile Case**
- 41. Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case**

SPECIAL EDITION

- 1. Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América latina y el Caribe**
- 2. Guía Básica de Política: Toma de Decisiones para la Equidad en la Reforma del Sector Salud**

To view or download any publications please go to the Initiative Web Page:

[HTTP://WWW.AMERICAS.HEALTH-SECTOR-REFORM.ORG](http://www.americas.health-sector-reform.org)

and select “LACHSR Initiative Product Inventory”