

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y FINANCIERAS

CARRERA DE ECONOMIA

*“RECUPERACIÓN DE COSTOS
EN LOS SERVICIOS DE SALUD (APSA)
DE VILLA BOLIVAR
DE LA CIUDAD DE EL ALTO”*

POSTULANTES:

GERMAN EFRAIN CHACON MONJE LOURDES WILMA DORADO DORADO

TUTOR: LIC. JUSTO PATZI

LA PAZ, 10 DE SEPTIEMBRE DEL 2000

BOLIVIA

RESUMEN

En Bolivia al inicio de la década de los noventa se generaron una serie de reformas estructurales orientadas a la modernización del Estado y la sociedad en Bolivia, entre ellas la Ley de Participación Popular y la Descentralización Administrativa. Con ello se busca lograr la atención de las necesidades cotidianas de la población, como por ejemplo la salud (r.f.). La Ley de participación Popular, H. Grebe López, (ob, cit)

De esta manera mediante la Participación Popular, el Estado asume la responsabilidad de la oferta de servicios al público y los usuarios representan la demanda a satisfacer.

Mediante la Ley de Participación Popular, los municipios amplían sus competencias y le son transferidas las responsabilidades en materia de "infraestructura, equipamiento y mantenimiento.

En las áreas peri-urbanas o zonas marginales de los grandes centros urbanos se encuentra ubicada la población de más bajos ingresos y es en estas zonas donde la red de servicios de salud Municipales oferta una atención sin calidad ni calidez. Los servicios son atendidos en general sólo por una enfermera ó auxiliar de enfermería y por lo tanto la capacidad resolutive de los establecimientos es limitada. La atención médica está sujeta a horarios mínimos, o acuden al centro o Puesto de Salud cuando son llamados.

Otro de los problemas que enfrentan los servicios municipales es la escasa disponibilidad de insumos y suministros médicos para atender las necesidades de los pacientes, Por estas razones la población en general no acude a estos Centros o Puestos de salud y solo cuentan como única alternativa los servicios privados, sin embargo, estos servicios no están al alcance de la población de estas áreas por los elevados costos de las diferentes prestaciones.

En 1977, la OMS pidió "alcanzar para todos los ciudadanos del Mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva." Un año después, en 1978, se realizó la **CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (ALMA -ATA)** donde se declaró que la "atención primaria era la clave para alcanzar esa meta antes de que finalizara el siglo.

El objetivo del presente trabajo es desarrollar un modelo de **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD -APSA** con recuperación de costos, a precios bajos y alta calidad en la prestación de los servicios de salud, en busca de su autofinanciamiento en el mediano plazo, mediante la implementación de sistemas de Planificación Financiera, Organización y Dirección, Supervisión y Control.

En la Parte I del presente trabajo se realiza un Diagnóstico en el cual se describe el Marco Económico General del país y luego la Situación del sector salud tanto a nivel nacional como en la ciudad de El Alto.

En la Parte II se desarrolla la Propuesta mediante la presentación de un Marco conceptual sobre los servicios de salud relacionados con su calidad y accesibilidad. A continuación se presenta la descripción del Modelo y los Sistemas que lo sustentan como el de Planificación, Organización, Dirección y Control y finalmente el Estudio de Factibilidad que demuestra la viabilidad de implementar un servicio de Atención Primaria de Salud con recuperación de costos. (APSA) que permitirá a las poblaciones que se encuentran en áreas peri-urbanas tener una atención de calidad durante 24 hrs., precios bajos y disponer de Consulta General, Ginecología, Dental, Enfermería y Farmacia.

En la parte III se presentan las conclusiones del trabajo y el Marco Lógico. A continuación la bibliografía y Anexos que respaldan el trabajo de campo realizado para implementar la presente propuesta en una zona determinada. Sin embargo, ello no invalida su aplicación en cualquier zona con similares características.

Es importante mencionar que para el desarrollo del presente trabajo se han revisado las experiencias de una serie de instituciones como PROSALUD y PROCOSI con amplia trayectoria en el salud y en la implementación de sistemas administrativo- financieros que han servido de base para el desarrollo de la presente Propuesta.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento en forma muy especial a las personas que nos apoyaron en la elaboración de este trabajo, al Lic. Justo Patzi por su orientación y asesoramiento, a los Lic. Luis Arce y Mariano Saucedo quienes revisaron en detalle el trabajo y nos dieron valiosas sugerencias que permitieron mejorar el contenido y presentación del documento. Finalmente, al Dr. Federico Gomes Sánchez, ex funcionario de PROSALUD por su asesoramiento técnico para el desarrollo conceptual de la propuesta.

I N D I C E

	PAG.
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	7
I. SECCION DIAGNOSTICA	10
1. El Marco Económico General	11
2. Situación de la Salud en Bolivia	13
3. Reformas y Tendencias	15
4. Principales indicadores	16
5. El Sistema de Salud en Bolivia	17
6. El Alto y el Sistema de Salud	23
II. SECCION PROPOSITIVA	26
1. Accesibilidad y Calidad en los Servicios de Salud	27
2. Marco conceptual: Los Sistemas de Planificación, Organización, Dirección y Control de los servicios de salud	29
2.1. El Sistema de Planificación	29
2.2 Estudio de Factibilidad	35
3. Sistema de Organización	55
4. Sistema de Supervisión y Control	59
III. SECCION CONCLUSIVA	61
IV. BIBLIOGRAFÍA	64
V. ANEXO	66

INDICE DE CUADROS

	PAG.
CUADRO N° 1:	
RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL AMBITO NACIONAL	20
CUADRO N° 2:	
INDICADORES POR MUNICIPIO Y DISTRITO	25
CUADRO N° 3:	
ESTUDIO DE LA COMPETENCIA. VILLA BOLIVAR	36
CUADRO N° 4:	
PRESUPUESTO FINANCIERO. NUEVO CENTRO (VILLA BOLIVAR)	38
CUADRO N° 5:	
COSTOS DE PERSONAL, DEPRECIACIÓN, Y MANTENIMIENTO DEL CENTRO.	41
CUADRO N° 6:	
PRESUPUESTO FINANCIERO. NUEVO CENTRO (VILLA BOLIVAR) PUNTO DE EQUILIBRIO	42
CUADRO N° 7:	
LISTA DE PRECIOS POR SERVICIOS	46
CUADRO N° 8:	
UTILIZACIÓN DE INSTRUMENTOS	50
CUADRO N° 9:	
EL SUBSISTEMA DE CONTABILIDAD GENERAL	52

INDICE DE GRAFICOS

	PAG.
GRAFICO N° 1	
ARTICULACIÓN EN ELA GESTION SOCIAL	18
GRAFICO N° 2	
RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN BOLIVIA	20
GRAFICO N° 3	
LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	22
GRAFICO N° 4	
PUNTO DE EQUILIBRIO	45
GRAFICO N° 5	
SUBSISTEMA DE CONTABILIDAD	51
GRAFICO N° 6	
FLUJOGRAMA DE SUMINISTROS	53
GRAFICO N° 7	
ESTRUCTURA ORGANICA DEL DISTRITO	57
GRAFICO N° 8	
ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD	58

INTRODUCCION

En la década de los noventa se generaron una serie de reformas estructurales orientadas a la modernización del Estado y la sociedad en Bolivia, parte de ellas es la Ley de Participación Popular que conjuga elementos de cambio en el ámbito mundial con elementos que surgen de nuestra propia realidad y se constituye en una forma de responder a “ las tres grandes tendencias generales de la época: la globalización económica, la formación de bloques y zonas preferenciales de comercio e integración y la descentralización de las relaciones del Estado con la sociedad civil que es precisamente la contraparte dialéctica de la globalización”. (rf. La Ley de participación Popular, H. Grebe López,¹ .

Esta situación generó la necesidad de crear ámbitos y escenarios más concretos y descentralizar la administración de las políticas hasta un nivel donde se logre la atención de las necesidades cotidianas de la población, como por ejemplo la salud (rf.). La Ley de participación Popular, H. Grebe López, (ob, cit)

De esta manera mediante la participación popular, el Estado asume la responsabilidad de la oferta de servicios al público y los usuarios representan la demanda a satisfacer.

Los indicadores sociodemográficos muestran que Bolivia ha quedado rezagada en muchos sectores con relación a otros países de América Latina, pero fundamentalmente en el sector salud donde los bajos niveles salariales y educativos inciden en las elevadas tasas de mortalidad materno infantil.

Mediante la Ley de Participación Popular, los municipios amplían sus competencias y le son transferidas las responsabilidades en materia de “infraestructura, equipamiento y mantenimiento. El sector salud no ha experimentado un crecimiento significativo en la oferta de servicios públicos de salud, si bien existe una población asegurada que goza de estos servicios mediante la C.N.S. (86%) y la Caja Petrolera (5%) debido a su inserción en el mercado de trabajo formal, sin embargo existe un importante sector de la población que no tiene acceso a este beneficio, debido a que desarrolla su actividad laboral en el área informal de la economía, como ser albañiles, artesanos y vendedores-comerciantes y aún los “transportistas asalariados”.

Este grupo poblacional se encuentra ubicado en general en áreas peri-urbanas o zonas marginales de los grandes centros urbanos. En estas zonas la red de servicios de salud Municipales oferta una atención sin calidad ni calidez. Los servicios son atendidos en general sólo por una enfermera ó auxiliar de enfermería y por lo tanto la capacidad resolutoria de los establecimientos es limitada. La atención médica está sujeta a horarios mínimos, o acuden al centro o Puesto de Salud cuando son llamados.

¹ Fernando Medina C. Mario Galindo. “Descentralización fiscal financiera en Bolivia”, del libro: El pulso de la Democracia. Participación ciudadana. República de Bolivia. Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría de Participación Popular. Nueva Sociedad. Venezuela 1997. Pág. 131 -170.

Otro de los problemas que enfrentan los servicios municipales es la escasa disponibilidad de insumos y suministros médicos para atender las necesidades de los pacientes, Por estas razones la población en general no acude a estos Centros o Puestos de salud y solo cuentan como única alternativa los servicios privados, sin embargo, estos servicios no están al alcance de la población de estas áreas por los elevados costos de las diferentes prestaciones.

Si bien las restricciones económicas de la población inciden en la demanda de los servicios, existe otro factor que influye fundamentalmente en el uso de la red de servicios por la población y es la falta de información, educación y comunicación sobre las prestaciones y los diferentes programas que desarrollan los establecimientos de salud, pero también las familias no contemplan el cuidado de su salud, especialmente las mujeres, en su decaída economía no se destinan recursos para sustentar las afecciones más comunes.

En la Primera Asamblea Mundial de la Salud (1948), el presidente de la Asamblea, Andrija Stampar, manifestó lo siguiente:

“la enfermedad no es sólo el resultado de factores físicos y biológicos, los factores económicos y sociales desempeñan un papel cada vez más importante en los asuntos sanitarios...”

En 1973, con motivo del 25º aniversario de la Organización Mundial de la Salud – OMS, su Director General Dr. Marcolino Candau, pidió a esta institución que se **“ tomara en cuenta más al consumidor y a las pequeñas comunidades, en un esfuerzo por promover servicios de salud que atendieran de manera patente las prioridades de la población”**. Esto marcó el inicio del movimiento hacia la atención primaria de la salud.

En 1977, la OMS pidió **“alcanzar para todos los ciudadanos del Mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.”** Un año después, en 1978, se realizó la **CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (ALMA –ATA)** donde se declaró que la **“atención primaria era la clave para alcanzar esa meta antes de que finalizara el siglo.**

- SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 -

La atención primaria se refiere al tipo de atención que se proporciona con **“el primer punto de contacto con el Sistema de Salud, por lo tanto tiene más relación con la comunidad donde se vive que con la alta tecnología hospitalaria.** Esta iniciativa ha consistido en proporcionar una red de servicios asistenciales básicos disponibles y accesibles para todos.

El objetivo del presente trabajo es desarrollar un modelo de **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD –APSA** con recuperación de costos, a precios bajos y alta calidad en la prestación

de los servicios de salud, en busca de su autofinanciamiento en el mediano plazo, mediante la implementación de sistemas de Planificación Financiera, Organización y Dirección, Supervisión y Control.

La Población objetivo tiene que tener ciertas características para implementar el modelo que se desarrolla en el presente trabajo.

El desarrollo de este tipo de servicios permitirá que las poblaciones que se encuentran en áreas peri-urbanas puedan acceder a estos servicios; tener una atención de calidad durante 24 hrs., precios bajos y disponer de Consulta General, Ginecología, Dental, Enfermería y Farmacia.

Esperamos que el presente trabajo pueda ser de utilidad para mejorar la oferta de servicios y satisfacer la demanda de la población.

I. SECCION DIAGNOSTICA.-

I. SECCION DIAGNOSTICA.-

1. MARCO ECONÓMICO GENERAL

En Bolivia se desencadenó un proceso inflacionario incontrolable entre abril de 1984 y septiembre de 1985, con una tasa de inflación promedio mensual de 48,1% y una tasa de inflación promedio mensual máxima de 128,8% para el periodo (Sachs/Larraín, 1994, p. 730). Las causas de este proceso fueron tanto de orden fiscal como monetario y por lo tanto fue necesario aplicar un Programa de Ajuste estructural cuyos efectos repercutieron en ambos sectores.

El Estado antes de las medidas de ajuste tuvo una importante participación en la economía, especialmente en el empleo, el gasto público, la inversión, el crédito y otras, interviniendo además en las decisiones de los agentes económicos, la tendencia hacia un Estado grande "enraizado en todos los aspectos de la vida económica va perdiendo peso y se reduce a partir de la promulgación del Decreto 21060 en 1985, con la desregularización de los mercados, el cierre de empresas públicas deficitarias, liberalización de la economía y despido masivo de empleados públicos y otras medidas destinadas a reducir el gasto público y el déficit fiscal. Posteriormente se realiza la privatización y capitalización de las empresas públicas. (Fernando Medina C. y Mario Galindo, Ob. cit)

Con el Decreto 21060 se inicia el proceso de ajuste incluyendo cambios de tipo institucional, fiscal, monetario, negociación de la deuda externa, política cambiaria, eliminación de proteccionismo y subvenciones a la industria nacional y otros.

Uno de los efectos de la hiperinflación fue la disminución de la recaudación tributaria reduciéndola de 6% del PIB en 1980 a menos del 1,7%. Esta situación produjo una evasión tributaria que alcanzó a más del 60% en 1985 (Cf. UDAPE 1988), este hecho "además de haber envilecido la moneda nacional provocó un desfase total en el sistema tributario y en la capacidad del Estado para sostener su propia estructura económica y financiera"².

La complejidad del sistema tributario y los niveles elevados de evasión fiscal determinan la aprobación de la Ley 843 de "Reforma Tributaria", que ordena, amplía, simplifica, facilita el programa de fiscalización y crea controles para evitar la evasión fiscal. Esta Ley ya establece ciertos niveles de coparticipación tributaria pero generó desequilibrios entre las regiones y por ello la Ley 1606 reforma la anterior creando nuevos impuestos, modificando otros o incrementando los existentes.

El 20 de abril de 1994 se promulga la Ley 1551 de Participación Popular que: " reconoce, promueve, y consolida el proceso de participación popular, articulando a las comunidades indígenas, pueblos originarios, comunidades campesinas y Juntas vecinales, en la vida jurídica, política y económica del país. Procura mejorar la calidad de vida de la mujer y el hombre bolivianos, con una más justa distribución y mejor administración de los recursos

Fernando Medina C. Mario Galindo. ²Descentralización fiscal financiera en Bolivia", del libro: El pulso de la Democracia. Participación ciudadana. República de Bolivia. Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría de Participación Popular. Nueva Sociedad. Venezuela 1997. Pág. 131 -170.

públicos. Fortalece los instrumentos políticos y económicos necesarios para perfeccionar la democracia representativa, incorporando la participación ciudadana en un proceso de democracia participativa y garantizando la igualdad de oportunidades en los niveles de representación a mujeres y hombres”.

Entre los objetivos de esta Ley está la de corregir los desequilibrios generados por la Ley 843 y establecer una nueva forma de coparticipación tributaria.

En este sentido surge la necesidad de crear ámbitos y escenarios más concretos y descentralizar la administración de las políticas hasta un nivel donde se logre la atención de las necesidades cotidianas de la población, como por ejemplo la salud (rf. La Ley de participación Popular, H. Grebe López, ob, cit.)

La Ley 1551 también modifica las “ bases políticas y económicas del funcionamiento de los municipios”, pero pone en evidencia las condiciones precarias para el desarrollo de los servicios municipales.

Mediante esta Ley, los municipios amplían sus competencias y le son transferidas las responsabilidades en materia de “infraestructura, equipamiento, mantenimiento,... ” con la función de “ Fiscalizar, supervisar y proponer el cambio o ratificación de las autoridades en el área de salud pública, con arreglo a los reglamentos sobre la materia y precautelando la eficaz prestación del servicio por gestión directa o a solicitud de las OTBs y del Comité de Vigilancia” de igual forma “Dotar y construir nueva infraestructura...” incluyendo además la responsabilidad de “ Dotar el equipamiento, mobiliario, material didáctico, insumos suministros incluyendo medicamentos y alimentos en los servicios de salud, administrando y supervisando su uso para un adecuado funcionamiento de la infraestructura y los servicios,...

Sin embargo, esta transferencia no fue automática sino sometida a un largo proceso que aún no concluye porque existen muchos vacíos en las normas y procedimientos tanto en el Sector Salud como en el Gobierno Municipal.

Así mismo, el Gobierno Nacional mediante la Ley N° 1654 de Descentralización Administrativa de 28 de Julio de 1995, delega la administración, supervisión y control de los recursos humanos y partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales de salud en el marco de las políticas y normas para la provisión de estos servicios.

Los municipios participan del 20 % de los ingresos nacionales (renta interna y renta aduanera), los mismos que son transferidos de manera automática y diaria a sus cuentas fiscales en el Sistema Bancario Nacional.

Los fondos de coparticipación destinados al sector salud son programados anualmente por el Municipio y están destinados a la atención de los requerimientos del sector de acuerdo a lo establecido en la Ley 1551 de Participación Popular y otros Decretos Reglamentarios.

Sin embargo, los servicios municipales de salud también generan recursos propios por la prestación de servicios cuyo manejo se establece en el Decreto Supremo 23813 de fecha 30/06/94, tal como sigue: “Los recursos generados por los servicios hospitalarios serán administrados por el Gobierno Municipal en el marco de los mecanismos establecidos por el Artículo 24 del presente Decreto”, es decir, que el Gobierno Municipal asume la función de administrador de los fondos generados por los establecimientos de salud destinando los mismos a cubrir los costos operativos de la red de servicios.

2. SITUACIÓN DE LA SALUD EN BOLIVIA.-

En el sector salud, a partir de la década del 60 se inicia una serie de procesos destinados a modernizar el sector. En 1970 surge el Proyecto de Medicina Familiar y en los 80 se organizan los Comités Populares de Salud.

En 1993 y 1996 se promulgan las Leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa respectivamente, iniciándose un proceso de transferencia de competencias acompañado de una redistribución de los recursos y del poder.

Mediante la Ley N° 1788, de Organización del Poder Ejecutivo (LOPE), se establece la estructura y las funciones del Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) Sin embargo, es en el Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES), el Plan de Acción 1997-2000 y el Plan Estratégico de Salud (PES), donde se plantean “las bases del marco estratégico y líneas de acción del sector salud”.³

En la gestión 1998 se promulgaron los Decretos 25060 y el 25233 mediante los cuales se regulan las funciones del gobierno Departamental y de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), respectivamente.

La globalización también ha producido sus efectos en el sector salud y esto se traduce en el cambio que se ha producido en el mismo concepto de salud, que de una “visión paradigmática del pasado” se ha modificado en una de “carácter proactivo y positivo”

CONCEPTO DE SALUD

Salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”

La Estrategia Nacional está expresada en 4 pilares fundamentales: Oportunidad, Equidad, Institucionalidad y Dignidad. Al interior del pilar Equidad se encuentra el componente Salud que incorpora no sólo la seguridad alimentaria y el mejoramiento nutricional sino

³Ministerio de Salud y Previsión Social. Profundización del Proceso de Descentralización del Sector Salud. Programa de Apoyo Presupuestario del Reino de los Países Bajos. La Paz. Bolivia. 1999.

además la ampliación de cobertura y el mejoramiento de la calidad de atención, así mismo la incorporación de las patologías regionales en la estrategia de la atención primaria en Salud y finalmente la reorganización de la Red de Servicios.

El Plan Estratégico de Salud (PES) se constituye en el lineamiento estratégico del PGDES en su lucha contra la pobreza y se plantea la visión de la siguiente manera:

VISION DEL PES

- *Se constituye en rector del Sistema Boliviano de Salud, accesible, eficiente, de calidad y calidez, sostenible y con múltiples prestaciones de servicios.*
- *Promueve la vida, la familia, la seguridad humana y los hábitos saludables.*
- *Se fortalece en su rol normativo, regulador, modulador, evaluador y fiscalizador.*

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1977 propone el compromiso de "salud para todos" cuya culminación se logró en la Conferencia Internacional de Alma Ata en el año 1978, aquí surge una nueva concepción de la salud hasta entonces asistencialista y sectorial.

En 1986, en Ottawa, Canadá se realiza la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que constituye uno de los puntales más importantes de la Estrategia Salud para todos.

Sin embargo, es importante considerar que los servicios de salud son instituciones complejas que algunos economistas llaman "servicios mano de obra intensivos" y algunos sociólogos "organizaciones de proceso humano". En estos servicios intervienen una serie de factores, las áreas críticas en los sistemas de salud como ser: la capacidad institucional que depende de los recursos humanos y la capacidad gerencial, la gestión eficiente y eficaz, la garantía de calidad de los servicios, los Programas Nacionales de Salud, los servicios municipales y otros.

Un nuevo paradigma en el sector salud puede revolucionar las relaciones entre medicina y sociedad, en este sentido introducir los instrumentos de perfeccionamiento de la calidad que fueron exitosos en el sector industrial en la década de los 80 podrían también ser exitosos en el cuidado de la salud.

Es importante tomar en cuenta que adoptar una filosofía de la calidad de los servicios de salud debe contribuir a incorporar modelos asistenciales de bajo costo y que los rendimientos obtenidos deben ser utilizados para ampliar el "grado de equidad y cobertura".

La calidad de los servicios de salud puede ser enfocada desde 3 diferentes planos:

- a) en la visión de los prestadores de servicios,
- b) en la de los usuarios,
- c) en las de la prioridad otorgada por la sociedad,

Existen 7 pilares de la calidad en salud: ⁴

1. *Eficacia: la capacidad del cuidado, asumiendo su forma más perfecta de contribuir a la mejoría de las condiciones de salud.*
2. *Efectividad: en cuanto a que las condiciones de salud son de hecho obtenidas.*
3. *Eficiencia: la capacidad de obtener la mayor mejoría posible en las condiciones de salud al menor costo posible.*
4. *Optimización: la más favorable relación entre costos y beneficios.*
5. *Aceptabilidad: conformidad con las preferencias del paciente en lo que concierne a la accesibilidad, relación médico – paciente, comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado.*
6. *Legitimidad: conformidad con preferencias sociales con relación a todo lo anteriormente mencionado.*
7. *Equidad: igualdad en la distribución del cuidado y de sus efectos sobre la salud.*

3. REFORMAS Y TENDENCIAS

Las Reformas del Estado y las modificaciones en la estructura del Poder Ejecutivo han incorporado una serie de procesos destinados a que también en el sector salud se produzcan cambios en los sistemas de carrera funcionaria y se promuevan tendencias destinadas a incorporar otros criterios como la capacitación, evaluación de desempeño, profesionalización como base de acreditación, flexibilidad laboral, sistemas de incentivos por productividad laboral.

La “**racionalización**” del personal se ha utilizado como estrategia de disciplina fiscal en el aparato estatal boliviano, cuyo efecto directo ha sido la disminución operativa de los servicios.

Como en la mayoría de los países, también en Bolivia se está desarrollando la “Reforma del Sector Salud y esto implica cambios en las relaciones de todos los que intervienen en la producción de servicios de salud.

La Ley de Organización del Poder Ejecutivo (LOPE) crea el Ministerio de Salud y Previsión Social como “**órgano rector y normativo en el ámbito nacional**”. Existe un marco legal para la descentralización del país (Leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa) y en el sector Salud están los Decretos Supremos 25060 y 25233 que regulan el funcionamiento de las Prefecturas e inician el proceso de

⁴ Ibidem

descentralización del sector salud. Sin embargo, este proceso no ha resuelto los problemas existentes en la gestión de los recursos humanos debido a que el proceso aún no se ha completado en el nivel de Distritos de salud.

Una redefinición en la administración de recursos humanos debe partir de que estos recursos son los intermediarios entre la población y el servicio, que son los protagonistas en la atención y mediante ello se puede alcanzar que los servicios de salud otorguen una atención integral, eficiente, equitativa y de calidad.

4. PRINCIPALES INDICADORES⁵

Entre los países más pobres de América Latina y el Caribe, Bolivia ocupa el quinto lugar, con un Producto Interno Bruto (PIB) per capita de \$us 939 en 1996. Las tasas de analfabetismo adultas son superiores al 20% y la disponibilidad de servicios de alcantarillado se sitúa en alrededor del 50%.

El ajuste económico de 1985, aunque haya disminuido la inflación, no ha contribuido a reducir las tasas de desempleo (9%) ni la informalidad del trabajo, estimada en 60% de la población económicamente activa. La población (8,0 millones en 1998) aunque continua creciendo de forma elevada (2,11% al año) presenta una tasa de urbanización que alcanza a 60% y la esperanza de vida al nacer (59 años) es la segunda mas baja en América Latina y el Caribe.

La población indígena es la mayoría (más del 60%) y comprende 35 grupos étnicos con una fuerte proporción quechua y aymará, cerca del 70 % de la población se encuentra en la franja de pobreza, medida por el índice de necesidades básicas insatisfechas.

La tasa de mortalidad infantil, estimada para 1996 en 68,1 por 1000, es la segunda mayor en Latinoamérica y el Caribe. La desnutrición crónica alcanza al 28% de los niños menores de 3 años de edad. Las principales causas de mortalidad infantil son las infecciones respiratorias agudas e intestinales.

La tasa de mortalidad materna, que alcanzó el 390 por 100.000 a lo largo del periodo 1989-94 es la segunda más alta de la región, se registra un bajo grado de atención al embarazo, parto y puerperio, donde solamente el 53% de las embarazadas reciben alguna atención prenatal y sólo el 27% reciben atención completa con 4 consultas. Solo el 43% de los partos son realizados en establecimientos de salud y el 36% son atendidos por personal calificado. Entre las causas de muerte materna se estiman que las complicaciones por aborto alcanzarían entre el 27% y el 35%.

La tasa de fecundidad es muy alta, cinco hijos por mujer, llegando a 8,5 en algunas zonas rurales, esto demuestra la poca efectividad o ausencia de Programas de Salud Reproductiva.

⁵ Reforma del Sector Salud. (Documento de Proyecto)MSPS. Banco Mundial. La Paz. 1999.

Otro problema que afecta la salud de las mujeres es la violencia intra familiar registrándose en los años 1992 y 1993 alrededor de 22 mil denuncias de violencia contra las mujeres en las 4 ciudades más importantes del país.

El perfil epidemiológico del país se caracteriza por la alta incidencia de enfermedades transmisibles y por las altas tasas de mortalidad y morbilidad de madres y niños entre 0 y 5 años de edad.

La población de más bajos ingresos y los campesinos son los que presentan las peores condiciones de salud relacionadas con sus malas condiciones de vida, ausencia de un buen sistema de entrega de servicios y la existencia de barreras logísticas, económicas y culturales para el uso regular de los servicios por las comunidades.

Entre las enfermedades transmisibles: el chagas, la malaria y tuberculosis representan el 40% de la carga de enfermedad del país.

De acuerdo con los datos estimados para el año 2000, por la Unidad de Políticas de Población y Análisis del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, la población de Bolivia alcanza a 8.328.683 habitantes, de los cuales 4.184.883 son mujeres y de estas 2.031.379 se encuentran en edad fértil (15-49 años). La población proyectada para el 2005 alcanzará a 9.274.904 habitantes.

5. EL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA

El Sistema de salud se compone de 3 subsectores: el público, el de la Seguridad Social y el privado.

5.1 Subsector público.-

Se define como de acceso universal y se organiza en redes de servicios por Niveles de Atención (Nivel I, II, III, IV. De acuerdo con la Ley de Organización del Poder Ejecutivo (LOPE) el órgano rector y normativo en el ámbito nacional, es el Ministerio de Salud y Previsión Social -MSPS.

Se han establecido 4 niveles de gestión:

El primer nivel está a cargo de la Jefatura de Área que es la encargada de coordinar y supervisar los servicios de salud de los sectores (Puestos y Centros ubicados en su Area).

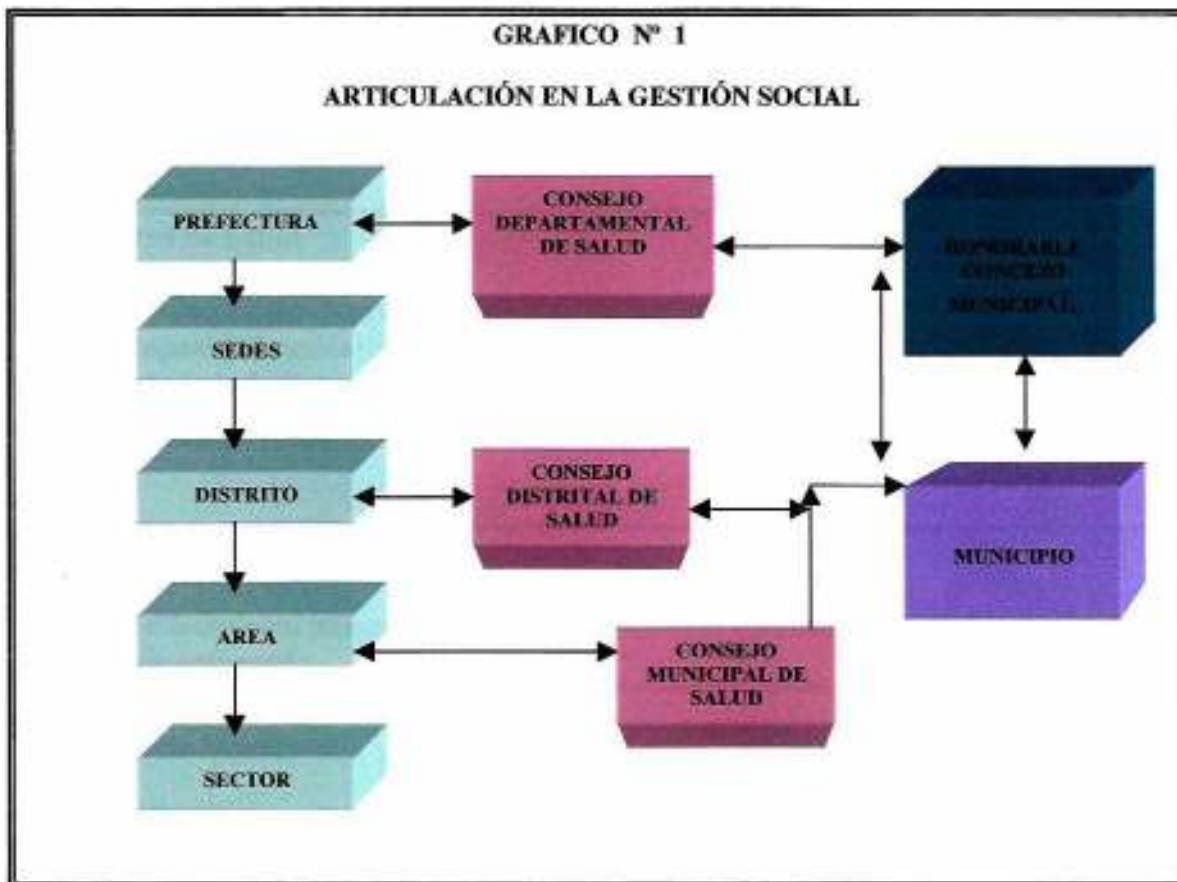
El segundo nivel corresponde al Distrito de Salud que articula el primer nivel con el Servicio Departamental de Salud – SEDES, dependientes de la Prefectura del Departamento.

El tercer nivel corresponde a la Dirección Técnica del Servicios Departamental de Salud SEDES, dependiente de la Prefectura, máximo nivel de gestión en el Departamento.

El cuarto nivel corresponde al Ministerio de Salud y Previsión Social máxima autoridad normativa y rectora en el ámbito nacional.

Existe una interrelación entre el Ministerio de Salud y Previsión Social y la Prefectura mediante los Compromisos de Gestión con el propósito de **“incentivar la mejora de los indicadores de Salud, el logro de metas y resultados de la gestión, el eficiente uso de los recursos públicos asignados a Proyectos y Programas, así como para mejorar la eficiencia, eficacia, y equidad en la gestión institucional”**.

También existe una articulación entre los Gobiernos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud – SEDES, mediante los Consejos Municipales en el cual participa el o los Gobiernos Municipales, el sector salud y representantes del Comité de Vigilancia y organizaciones de base. A continuación se presentan los diferentes tipos de articulación.



FUENTE: Ministerio de Salud y Previsión Social, Profundización del Proceso de Descentralización del Sector Salud. Programa de Apoyo Presupuestario del Reino de los Países Bajos. La Paz, Bolivia. 1999.

5.1.1 Organización de la Red de establecimientos de salud⁶

En el ámbito nacional la red de establecimientos de salud es “la organización de los establecimientos de salud por niveles de atención sobre la base de criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutive, debiendo contar por lo menos con un establecimiento de segundo nivel de atención”.

La misión de la red de servicios es satisfacer todas las necesidades de la prestación de servicios de salud de los diferentes grupos humanos de uno o un conjunto de municipios, priorizando a los más vulnerables.

Para cumplir sus objetivos la red deberá tener **cuatro niveles de atención**:

Primer Nivel:

En este nivel la modalidad de atención para resolver problemas de salud se enmarca en el autocuidado de la salud, la consulta ambulatoria y la internación de tránsito. En este nivel se considera importante la participación de la familia, médicos tradicionales, responsables populares de salud y organizaciones comunitarias en las actividades de promoción, prevención y control. Los establecimientos asociados a este nivel de atención son el Centro de Salud y el Puesto de Salud.

• Centro de Salud

Es el establecimiento “caracterizado por la presencia de un equipo de salud y una mayor capacidad resolutive que le permite actuar como centro de referencia para los Puestos de Salud de su área de influencia”.

• Puesto de Salud

Es el establecimiento integrante de la red de servicios caracterizado por la presencia de un Auxiliar de enfermería.

Segundo Nivel:

En este nivel la modalidad de atención corresponde a la consulta ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las 4 especialidades básicas: pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna.

El establecimiento asociado a este nivel de atención es el **Hospital Básico de Apoyo** que completa la capacidad resolutive de los Puestos y Centros de Salud proporcionando internación y atención especializada a la red de servicios.

⁶ “Manual de Orientación Técnico Normativa para la implementación del Nuevo Modelo Sanitario”. Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Salud. Bolivia. 1997.

• Tercero y Cuarto Nivel

En estos niveles la modalidad de atención corresponde a una consulta ambulatoria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades.

Los establecimientos asociados a estos niveles son el **Hospital General e Institutos Especializados**.

CUADRO N° 1.

RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL ÁMBITO NACIONAL

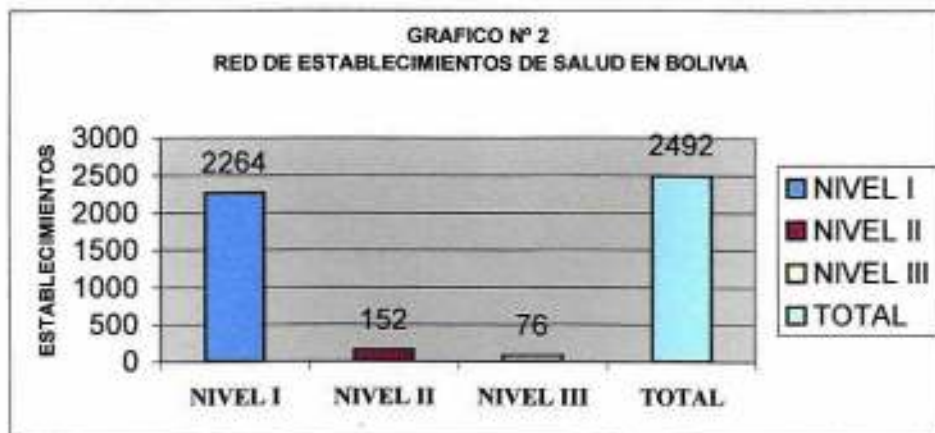
NIVEL I (PUESTOS Y CENTROS DE SALUD)	NIVEL II HOSPITALES DE APOYO	NIVEL III-IV HOSPITALES GENERALES INSTITUTOS ESPECIALIZADOS	TOTAL
91% (2264)	6% (152)	3% (76)	100% (2492)
57,5% (1301) PUESTO SANITARIO			
(42,5% 963) CENTRO DE SALUD			

FUENTE: SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL. 1999.

En el Cuadro N° 1 se presenta la red de establecimientos en el ámbito nacional y se demuestra que el 91% de los establecimientos son de 1er Nivel.

En el 2do Nivel sólo se concentra el 6% y muchos de ellos enfrentan problemas de personal que los ha obligado a priorizar especialidades (ginecología y pediatría).

En el 3er. 4to Nivel se concentra el 3% que significa un total de 72 establecimientos entre Hospitales Generales e Institutos especializados.



FUENTE : Elaborado sobre la base de los datos del Cuadro N° 1.

En el Nivel I, constituido por los Puestos y Centros de Salud como base del Sistema, está la mayor concentración de establecimientos, de los 2264 establecimientos existentes en este Nivel, el 57,5 % son Puestos de Salud destinados fundamentalmente a desarrollar funciones de prevención y promoción de la salud. Los Puestos de Salud se constituyen en el núcleo del Sector constituido por todas las comunidades bajo su jurisdicción. Los Centros de Salud que son el 42,5 % se constituyen en general en el Centro de referencia de los Puestos de Salud.

En el ámbito nacional existen 99 Distritos de Salud y 152 establecimientos de 2º nivel, sin embargo, no todos los Distritos cuentan con Hospitales de Apoyo y existen otros que por su extensión tienen más de un establecimiento de 2º nivel.

Los Hospitales Generales e Institutos especializados que constituyen los Niveles III y IV, se concentran fundamentalmente en las ciudades capitales debido a que basan su capacidad resolutoria en la atención hospitalaria de alta complejidad en todas las especialidades y subespecialidades y se constituyen en establecimientos para la atención de referencia de casos de los otros niveles.

GRAFICO N° 3

LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

**NIVELES III - IV: HOSPITAL GENERAL
INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**

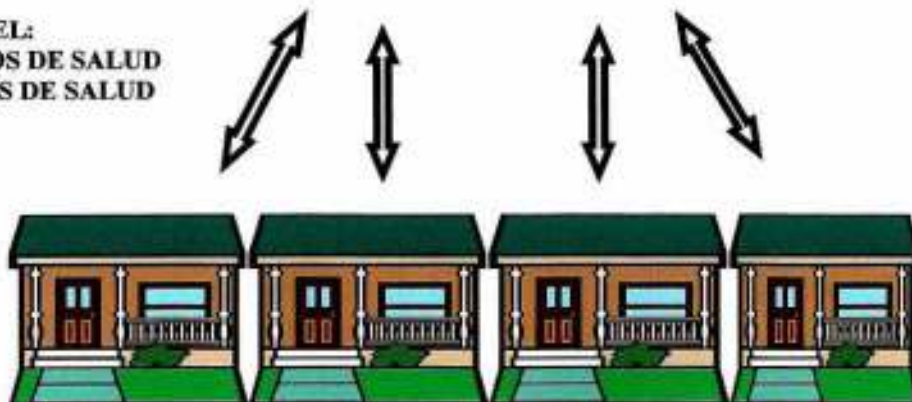
(3%)



**2do. NIVEL: HOSPITAL
BASICO DE APOYO
(6%)**



**1er. NIVEL:
CENTROS DE SALUD
PUESTOS DE SALUD
(91%)**



SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

5.2 Subsector de la Seguridad Social

El mercado de trabajo formal está asegurado en las Cajas de Salud. Las Cajas mantienen 217 establecimientos y proveen una atención básicamente hospitalaria. Las Cajas tienen un sistema de administración independiente. Entre las de mayor cobertura están la Caja Nacional de Salud (86%) y la Caja Petrolera (5%).

5.3 Subsector privado

Este sector se maneja también mediante seguros pero estos resultan ser residuales, 11 instituciones para 35.000 asegurados, aunque su popularidad viene creciendo. Las ONGs, se estima que el 10% de la población se beneficia con las actividades asistenciales de estos proveedores y el 30% en promoción de la salud. Estas instituciones son financiadas por la cooperación internacional y el estado no tiene participación para garantizar la sustentabilidad. La iglesia también presta servicios de salud, basado en un financiamiento solidario (fondos propios, y aportes de los usuarios).

6. EL ALTO Y EL SISTEMA DE SALUD

6.1 Ubicación

La ciudad de El Alto de La Paz está ubicada hacia el Oeste de la cuenca, sobre la meseta altiplánica, con una altura que fluctúa entre los 4000 y 4100 metros sobre el nivel del mar, debido a una inclinación del terreno en la parte sur.

La historia del El Alto se constituye "abriéndose paso en la ciudad de La Paz, primero como zona rural y después como zona marginal"⁷

La ciudad de El Alto es producto de 3 flujos migratorios: migración campo/ciudad, migración intra urbana, migración centro /periferia. Esta situación es la que le ha impreso una característica propia "de ser un espacio urbano de intermediación social, económica, cultural, territorial, política e institucional".⁸

En las décadas del 40 y 50 se fundan 4 Villas (Dolores, 16 de Julio, Alto Lima y Bolívar), sin embargo, los asentamientos urbanos alteños están alentados por dos momentos históricos: la revolución del 52 y los 3 quinquenios desde 1970 a 1985 cuando se producen los mayores flujos migratorios que permiten la consolidación del espacio urbano como una ciudad autónoma y por ello mediante la Ley 651 del 20 de septiembre de 1988 se le da el rango de ciudad de El Alto.

⁷ Godofredo Sandoval Z., M. Fernanda Sostres. "La ciudad prometida" ILDIS - SYSTEMA. La Paz. 1989. Pág.18

⁸ UNITAS. El Alto desde El Alto. N° 5. 1988.247 págs.

6.2 Características de la zona de estudio

Principalmente debemos señalar que el modelo desarrollado en el presente trabajo es aplicable a poblaciones o áreas peri-urbanas o suburbanas donde los habitantes de dichas zonas cuentan con ingresos mínimos, como es el caso de Villa Bolívar "D", esto significa que se atenderá a gente que no es pobre. La población pobre es aquella que no puede satisfacer sus necesidades básicas y por lo tanto no puede atender sus necesidades de salud y requiere una subvención.

Se trabajará con una población que tengan un ingreso promedio real de Bs. 600 mensual por eso ellos pueden destinar Bs. 50 a salud, eventualmente, considerando una familia de 5 miembros, y los otros ingresos son subsidiados, porque la mujer también trabaja, ya sea vendiendo productos o realizando algunos servicios.

Estamos hablando de áreas marginales o peri-urbanas (no rurales), con una debida apropiación legal de la tierra, aquí la mayoría son dueños de casa el 70% y los otros 30% son cuidadores o parientes y si bien las construcciones son casi rudimentarias, tienen agua, luz y servicio telefónico, estas son las características del mercado que cuenta con condiciones básicas donde el modelo funcione adecuadamente.

CUADRO N° 2

INDICADORES POR MUNICIPIO Y DISTRITO

INDICADORES	MUNICIPIO EL ALTO	DISTRITOS DE SALUD N° II Y III
CARACTERISTICAS GENERALES	PERSONAS	PERSONAS
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS		
- Población Total:	645.925(*)	170,865
- Estructura por edad:(1)		
• <de 1 año		5,041
• 1 año		5,109
• 2-4 años	150.763	15,139
• 5-14 años	169.491	46,322
• 15-49	15.152	86406
• 50 y +		12,849
• Mujeres en edad fértil		41,332
- Población estimada para el 2005 (*)	787.121	
- Embarazos esperados		6835
CARACTERISTICAS ECONOMICAS		
- Población en edad de trabajar (10-64)*	447.239	
RECURSOS HUMANOS		
- Profesionales		19
- Técnicos		2
- Auxiliares		15
- Administrativos		3
- Servicios		5
SERVICIOS		
- Con agua potable		65%
- Con alcantarillado		40%

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL. SEDES. ESTADISTICAS DE SALUD 1999. La Paz, 1998.
(1)PROYECCIONES DE POBLACIÓN INE 95-2000

II. SECCION PROPOSITIVA

II. SECCION PROPOSITIVA

I. ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En el área de trabajo que se estableció previamente se pudo detectar que la población del Distrito III de la ciudad del El Alto y concretamente la zona de Villa Bolívar, sus habitantes no acceden a los servicios de salud por varias razones, una de ellas es que no disponen de los recursos necesarios para ser atendidos en los centros y consultorios privados.

En cuanto a los Centros de Salud Municipales, estos carecen de las condiciones mínimas, tanto en infraestructura como en equipamiento, para atender a la población. Además, el personal asignado, tanto médicos como personal de enfermería, efectúan la atención al público en forma muy irregular en lo que a horarios de trabajo se refiere y en algunos casos la atención se reduce al servicio que puede otorgar la enfermera o auxiliar de enfermería, es decir, que los servicios que se otorgan en dichos establecimientos se limita a la atención de primeros auxilios, derivando a los pacientes a otros centros que no se encuentran en el sector.

La población no está educada ó acostumbrada a acudir a los centros Médicos como lo demuestra la encuesta efectuada en Villa Bolívar de la ciudad de El Alto, donde algunos encuestados respondían que cuando se enferman acuden al curandero o yatiri de la zona y a la pregunta:

- ¿Qué sucede si el curandero no le soluciona el problema (de salud)?

La respuesta: "nada"

Y si se muere tu papá o mamá?....

"Se muere nomás".... . Fue la respuesta.

Lo que significa que las personas enfermas se morían, que la mayoría de las personas de este sector ni siquiera consideraban acudir al médico, porque además de no tener los recursos económicos para acudir a un servicio, no confiaban en los centros establecidos en la zona, y cuando acudían a los Centros o Puestos de Salud Municipales eran maltratados por el personal de salud. Los pacientes tenían que esperar o volver para ser atendidos y muchas veces no existían los insumos y suministros médicos mínimos necesarios para su atención.

Lo mencionado anteriormente nos permite señalar que uno de los problemas de los servicios de salud establecidos en la zona, es la falta de **calidad y calidez** en la prestación de los servicios de salud.

Por otro lado también es importante señalar que la población no está habituada a acudir a los establecimientos de salud en forma organizada.

Lo que se pretende con la propuesta es en primer lugar “ofrecer servicios de calidad a precios bajos y participación de la comunidad”, para que la población pueda acceder a un servicio de **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD –APSA-** con atención permanente en especialidades básicas y servicios de tratamiento establecidos en el Primer Nivel de atención como ser: medicina general, enfermería y primeros auxilios que se conoce como Atención Primaria de Salud (APSA).

También se incluirían dos especialidades médicas: Un Ginecobstetra y un Pediatra. Además de las especialidades mencionadas se implementaría un servicio dental. La atención en estas especialidades es en días fijos y se financian con un porcentaje de cada consulta.

Todos los recursos humanos del Centro de Salud son pagados por el Servicio Departamental de Salud, es decir, están incluidos en la Planilla de sueldos del SEDES. Sin embargo, debido a que esta remuneración es muy baja un porcentaje de los ingresos propios del Centro será destinado a proporcionarles un bono como incentivo a la producción a todos los funcionarios y este monto es el que se incluye en la partida “personal” del Presupuesto Financiero (Cuadros N° 4 y 6).

El Centro también contaría con farmacia propia con medicamentos “esenciales” (El Ministerio de Salud ha elaborado una lista de medicamentos básicos que están disponibles en la **CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DE SUMINISTROS EN SALUD - CEASS**) y con precios por debajo de los precios de las farmacias particulares ubicadas en la zona o en los alrededores de la zona de estudio.

El énfasis en la prestación de **servicios de calidad** significa fundamentalmente desarrollar las acciones sobre la base de los 7 pilares ya mencionados como ser: **efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.**

En este sentido, el Centro de Salud debe contar con un sistema gerencial que incorpore las áreas administrativo y financieras, la de administración de recursos humanos y de información que permita ofrecer servicios de calidad.

Finalmente, el Centro debe contar con los insumos y suministros médicos necesarios para desarrollar sus programas de atención y para ello es importante que el Sistema de Administración financiera cuente con un Subsistema de Administración Logística que permita contar con los stocks mínimos para que no se produzca desabastecimiento.

2. MARCO CONCEPTUAL: LOS SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN, DIRECCIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

2.1 Sistema de Planificación

De los cuatro sistemas mencionados, los que analizaremos con mayor detenimiento y haremos énfasis es el sistema de Planificación, los otros sistemas el de Control, Organización y Dirección si bien son también importantes, mencionaremos sólo los aspectos más sobresalientes, por razones que son temas de análisis más amplios y demandaría profundizar en otras áreas que no son objeto del presente trabajo.

El Sistema de Planificación de los servicios de salud como el paso inicial y fundamental para analizar la recuperación de costos ha sido el autofinanciamiento de los servicios de salud de atención primaria para el Distrito III de la Ciudad de El Alto.

2.1.1 Estrategia de Recuperación de Costos.

Las Estrategia de Recuperación de Costos se basa en los siguientes factores fundamentales:

2.1.1.1 Conocimiento del mercado.

- a. Localizar la ubicación del Centro de Salud sobre la base de las proyecciones de la demanda, ingresos y costos de servicios. Para ello se dispone de un **modelo de análisis de mercado** que fuera desarrollado por la **Universidad de Stony Brooh y Management Sciences for Health** y aplicado por PROSALUD para implementar su red de servicios con recuperación de costos. Este modelo es el que se desarrolla en los Cuadros N° 4 y N° 6 del presente trabajo, denominado Presupuesto Financiero y que permite establecer el nivel de recuperación de costos. El desarrollo del modelo se describe en el punto 2.2
- b. Dimensionar el personal adecuado a la demanda esperada y no sólo sobre la base de las necesidades técnicas.
- c. Definir los servicios a prestar en función a las necesidades sentidas de los pacientes.

2.1.1.2 Planificación Estratégica y Operativa.

El conocimiento del mercado adicionando otros datos históricos y proyecciones futuras permite planificar actividades a corto y largo plazo. Esta planificación debe tener al menos tres componentes:

- a. **Técnicas de Mercadeo.** - Estos deben estar armónicamente relacionados en un documento elaborado participativamente con el personal de base y representaciones comunitarias.

- b. **Técnicas Financieras.-** Es necesario contar con un Presupuesto como plan integrador y coordinado que se expresa en términos numéricos, respecto a las operaciones y recursos que forman parte de una empresa. La Contabilidad como registro cronológico de todas las transacciones o movimientos que se realizan en el establecimiento de salud, tiene como objetivo final la emisión de estados financieros que constituyen una herramienta básica para la toma de decisiones.⁹
- c. **La validez y confiabilidad de los datos.-** La información de base de la planificación debe ser la prioridad número uno del sistema de información gerencial y de las investigaciones operativas a realizarse.

2.1.1.3 Sistema de incentivos al personal.

- a. El salario fijo no permite situaciones de desafío que son necesarias para aumentar eficacia y eficiencia y sobre todo para tener una actitud psicológica favorable a la recuperación de costos.
- b. Los incentivos deben establecerse en función a la producción del centro en particular.
- c. Un sistema de control de calidad, evaluación de personal y auditoría médica deben ir paralelas al sistema de incentivos.
- d. El sistema de incentivos fijado debe ser bueno para el empleado y para la institución.
- e. Los incentivos no sólo deben ser monetarios.

2.1.1. 4 Subsidios cruzados.

- a. Subsidios de actividades curativas a actividades preventivas o de promoción.
- b. Subsidios de pacientes que tienen capacidad de pago a aquellos que no puedan pagar.

2.1.1.5 Autofinanciamiento

En la vida de las organizaciones, cada una tiene un objetivo principal que se fija en el proceso de planificación (En salud sería mejorar el nivel de salud de la población de determinada zona o región).

Para llevar a cabo actividades en busca de lograr sus objetivos, toda organización incurre en costos, por lo tanto se debe buscar el financiamiento para cubrir los mismos.

Entre las organizaciones existen dos tipos: Con fines de lucro y sin fines de lucro. En los dos tipos de organización hay una similitud y es que en ambas se incurre en costos para desarrollar sus actividades para las cuales se requiere buscar un financiamiento. En las

⁹ "DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES" (DATA FOR DECISION MAKING. CURSO N° 2 "GERENCIA APLICADA A SALUD PUBLICA". CDC. MINISTERIO DE PREVISIÓN SOCIAL Y SALUD PÚBLICA DE BOLIVIA. USAID-CCH. SANTA CRUZ. 1993.

organizaciones con fines de lucro, se busca cubrir los costos y obtener sus utilidades para ser distribuidas entre sus propietarios.

Cuando hablamos de recuperación de costos es necesario comprender:

¿Cuáles son los costos que intentamos recuperar para lograr la supervivencia?

Para un Centro de Salud se pueden describir los niveles de recuperación de estos, desde su nivel más básico hasta el más completo.

- Primer Nivel:** Recuperación de **Costos Variables** del Centro (medicamentos fungibles, material de oficina y otros)
- Segundo Nivel:** Recuperación de **Costos Desembolsables** del Centro (Como por ejemplo: personal, mantenimiento y otros.
- Tercer Nivel** Recuperación de **Costos Fijos** no desembolsables del Centro (Tales como las depreciaciones)
- Cuarto Nivel** Obtener **excedentes** del sistema para cubrir los costos desembolsables de la Oficina Central.
- Quinto Nivel** Obtener **excedentes** para reinvertir en la adquisición de otros equipos para mejorar el servicio y/o crear reservas para periodos futuros.

El control de estos niveles pretende servir para:

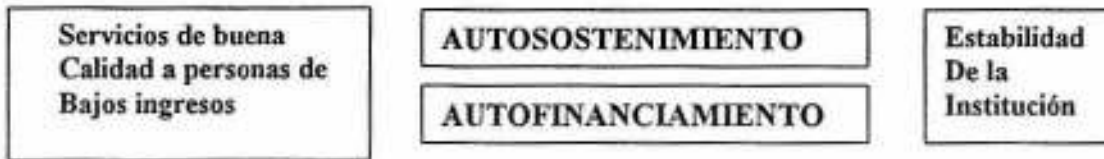
- Monitorear el progreso de la organización**, gratificando niveles alcanzados
- Diseñar el Sistema de Costos** para que incluya todos los elementos de los consumos.
- Definir cuál puede ser el nivel de recuperación de costos** de la organización
- Conocer cuál es el déficit del Centro** para buscar financiamiento adicional.

2.1.1.6. Autosostenimiento

- Para el sector con fines de lucro:**

INGRESOS O PRECIOS = COSTOS + UTILIDAD
INGRESOS O PRECIOS = RECUPERACIÓN DE COSTOS + UTILIDAD

Los tres componentes del autosostenimiento



- Para el sector sin fines de lucro:

INGRESOS O PRECIOS = Costos

INGRESOS O PRECIOS = RECUPERACIÓN DE COSTOS EN
LOS CINCO NIVELES.

2.1.1.7 Sustentabilidad

- Estabilidad Institucional

- *Transformación ante el medio cambiante para evitar obsolescencia y extinción*

Misión y Valores

Objetivos

Estrategias

Sistemas

- *Construcción del patrimonio*

2.1.1.8 Mercadeo y Promoción (Marketing)

2.1.1.8.1. Mercadeo.-

Es la ciencia de vender algo, en forma eficaz y eficiente. En el campo de la salud (Mercado Social) se convierte en un instrumento de planificación y desarrollo.

Significa identificar las necesidades y requerimientos de las personas (consumidores y usuarios) organizándose para satisfacer estas necesidades.

2.1.1.8.2. Objetivo del mercadeo social

Satisfacer las necesidades sentidas (Felt + Needs) de la población evitando las “No sentidas”.

2.1.1.8.3. Mezcla comercial

Definida por variables agrupadas en:

Producto:	Servicio ofertado a los usuarios
Plaza:	Lugar donde se efectúa el servicio o producto
Promoción:	Estrategia utilizada en forma personal para dar a conocer las bondades del servicio.
Precio:	Recuperación del costo.

2.1.1.8.4. Plan de Mercadeo

Pasos a seguir:

Definir la Misión institucional (Posicionamiento)

Se refiere al propósito principal de existencia de la institución, es decir, el por qué existe y cual es su actividad básica. Las otras actividades encuentran su significado y relativa importancia en relación con la misión.

Construir la visión institucional compartida

Se refiere a la expresión explícita del futuro deseado que la institución busca crear. La visión debe reflejar los valores, aspiraciones y propósitos compartidos de todos los que forman la institución y son los que la construyen.

Determinar objetivos

Se formulan de acuerdo al producto que se desea obtener, se deben precisar las metas que se desean lograr. En este sentido los objetivos deben ser:

- **Mensurables**, para que se puedan monitorear y evaluar
- **Específicos**, para evitar interpretaciones diferentes
- **Tiempo preciso**, con fechas para cumplirlos
- **Adecuados**, para los problemas, metas y estrategias
- **Sensatos**, alcanzables, realistas

- ❑ **Analizar situación actual del: Mercado, Competencia, Tendencias, Influencias externas, Éxitos recientes.**

Se debe realizar un análisis del macro contexto y también de la zona de localización del Centro que identifique los patrones económicos y culturales existentes para asimilar la dinámica estructural que los genera. Este análisis requiere contar con información sobre instituciones similares que operan en la zona.

- ❑ **Determinar problemas y oportunidades.**

Un análisis institucional que evalúe las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de la organización (FODA)

- ❑ **Establecer estrategias alternativas de promoción y publicidad.**

La formulación de estrategias se logra a través de un proceso dinámico institucional, creativo, capaz de unir elementos de la visión, proceso y contexto en un patrón armonioso y único. Este proceso altamente creativo y exigente requiere el compromiso y esfuerzo de todos los participantes de la institución.

- ❑ **Desarrollar presupuestos.**

Es necesario contar con presupuestos en la medida de que estos se constituyen en un plan integrador y coordinado que se expresa en términos numéricos respecto a las operaciones y recursos que forman parte del Centro por un periodo determinado, con el propósito de lograr los objetivos propuestos.

- ❑ **Definir método de control y evaluación.**

La verificación del logro de los resultados es el paso que cierra el ciclo en el proceso gerencial, por ello es necesario realizar el control de las actividades y de los ingresos y egresos de la organización. En este sentido el Presupuesto es un mecanismo de control debido a que si se cuenta con un Presupuesto apretado se obliga a cada área del Centro a tomar decisiones de planificación y pensar cuidadosamente en la asignación de recursos. También la Contabilidad constituye la principal herramienta de control de ingresos y costos.

La evaluación se realizará utilizando el método del marco lógico que es un proceso que permite clarificar la información requerida para realizar los diferentes análisis sobre la efectividad y eficiencia del Centro.

- ❑ **Diseñar el plan.**

En toda actividad empresarial en el ámbito público o privado ya sea con fines sociales o económicos es fundamental el diseño de un Plan en el cual se han establecido los objetivos, el cómo y donde lograrlo, el ambiente socioeconómico, los recursos humanos, materiales y financieros y los resultados que se esperan obtener.

Si bien las empresas y las ONGs tienen paradigmas diferentes, es importante que todo el personal del Centro participe en su elaboración y para ello el análisis FODA que consiste el análisis de los puntos fuertes y débiles de ambiente interno de la organización y de las oportunidades y amenazas que existen en el ambiente externo y que podrían afectar la efectividad del establecimiento. Este análisis de tipo participativo estimula la consulta y la unidad en el establecimiento.

❑ **Comunicar el plan al resto del equipo.**

Concluido el Plan debe ser puesto en conocimiento de todo el personal con el propósito de lograr la mayor coordinación, entendimiento y racionalidad formal en la toma de decisiones.

2.2. Estudio de factibilidad financiera para implementar servicios de Atención Primaria de Salud con recuperación de costos en la ciudad de El Alto.-

El presente estudio de factibilidad financiera se elaboró siguiendo los siguientes pasos:

Se realizó un Censo poblacional en el área de cobertura del Centro de Salud de Villa Bolívar ubicado en el Distrito III de la ciudad de El Alto. Los resultados se presentan en forma resumida en el Anexo 1, los mismos que sirven de base para la preparación del presupuesto financiero y de las actividades técnicas aumentando el carácter integral en Villa Bolívar.

Una vez obtenida la población total del área de cobertura del Centro, se realizó el cálculo del número de consultas por habitante año. (Ver Cuadro 4)

Teniendo el número de consultas esperadas por habitante / año, se realizó el análisis de la competencia (Ver Cuadro N° 3) que tendría el Centro, tomando en cuenta horarios de atención, precio, accesibilidad, calidad de los servicios, etc. Y de acuerdo a estos datos se calculó la participación de mercado del Centro de Salud. La participación del mercado fue calculada en número de consultas por periodo mensual, trimestral y anual para el Centro de Salud.

Contando con el número de consultas nuevas que se tendrían por periodo, se determinó una mezcla de servicios con relación a la consulta general nueva. Para esto se tomó en cuenta las características de la población, sus costumbres y sus necesidades y desde el punto de vista médico se analizó el estado físico de la población y sobre la base de todo esto, la utilización de los servicios.

Los precios de los servicios se determinaron tomando en cuenta los precios existentes en el mercado, ya que de acuerdo a la costumbre de la población, esta no estaría en condiciones de pagar los precios establecidos según los costos de los servicios.

El pronóstico de los ingresos se lo realizó tomando en cuenta el número de consultas esperadas por periodo, multiplicando estas por el porcentaje de la mezcla de servicios y esto a su vez por el precio de cada servicio y así se obtiene el ingreso esperado por

actividad, para luego sumar todos estos y obtener los ingresos totales del Centro por periodo de tiempo.

A los ingresos brutos del periodo, se le resta el monto de los impuestos que deben pagar por los ingresos generados por la venta del servicio (IVA: Impuesto al Valor Agregado y el IT: Impuesto a las Transacciones del 13 y 3 %, respectivamente), pero como del IVA podemos descargar las compras de medicamentos e insumos colocamos un IVA Neto del 8% y un IT de 3% que hacen un total de 11% .

Para conocer si los ingresos del Centro pueden cubrir los costos que se incurrirán para prestar estos servicios, se deben calcular los costos totales y relacionarlos con los ingresos para determinar el Superávit o Déficit del periodo. Una vez obtenido los costos totales, se comparan con los ingresos para saber el resultado que se espera tener.

2.2.1 Estudio de la competencia.-

El estudio de Villa Bolívar "D" permitió detectar la existencia de 5 establecimientos de salud que prestan servicios que corresponde al Nivel I, es decir, atención primaria. Estos servicios están ubicados en el Distrito seleccionado y adyacentes y son en su mayoría consultorios privados cuyos costos de cada una de las prestaciones ofertadas estarían muy por encima de los costos establecidos en nuestra propuesta, tal como se presenta a continuación.

CUADRO N° 3
ESTUDIO DE LA COMPETENCIA
VILLA BOLIVAR

N°	TIPO	NOMBRE	ACCESO	SERVICIO QUE PRESTA	PRECIO Bs.	HORARIO	CONSULTA PROMEDIO /DIA
1.	Consultorio	Bolívar Municipal (Ubicación)	A 3 cuadras de la Av. Principal Distante del Centro	- Consultas - Inyectables - Curaciones - Consulta dental - Extracción dental - Partos - Consulta prenatal - Consulta post parto (puerperio - Consulta a domicilio	10.- 3.- 10.- 10.- 30.- 200.- 10.- 10.- 25.-	9:00 a 12:00 14:00a 18:00	30
2.	Puesto de Salud	Santiago I	A 2 cuadras de la Av. Principal	- Consult general - Inyectables - Curaciones - Partos	10.- 3,50 12.- 180.-	9:00 a 12:00 14:00 a 16:00	25
3.	Consultorio	Villa Abaroa (Ubicación)	Av. Principal, a 6 cuadras del Centro de Villa Bolívar	- Consultas - Inyectables - Curaciones - Extracción dental - Partos	8.- 4.- 10.- 25.- 190.-	9:00 a12:00 14:00 a 17:00	20
4.	Consultorio	Maymónides (Iglesia)	Av. principal	- Consultas - Inyectables - Curaciones - Consulta prenatal - Partos - Consulta a domicilio - Inyecciones a domicilio	10.- 3,50 10.- 10.- 250.- 20.- 12.-	9:30 a 12:30 14:30 a 19:30	15
5.	Consultorio privado	Villa Bolívar (Ubicación)	A 1 cuadra del Centro	- Consultas - Inyectables - Curaciones - Partos - Consulta a domicilio - Inyecciones a domicilio	12.- 4.- 15.- 250.- 30-60 5.-	24 horas	8

FUENTE: Elaboración propia en base al Estudio realizado el 26 de febrero del 2000.

2.2.2 Análisis de los resultados financieros de Villa Bolívar (y área de influencia del centro)

De acuerdo con la información obtenida del Censo realizado en la zona, el 2 de febrero del presente año (Anexo N° 1), se obtuvo una población de 11.250 personas.

CUADRO N° 4								
PRESUPUESTO FINANCIERO NUEVO CENTRO (VILLA BOLIVAR)								
				TRIMESTR E	TRIMESTR E	TRIMESTR E	TRIMESTR E	AÑO
CALCULO DE CONSULTAS NUEVAS	%	Bs	MES	1,00	2,00	3,00	4,00	
Población Total (habit.)			938,00	2.813,00	2.813,00	2.813,00	2.813,00	11.252,00
No. Consultas/habit/año			0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60
No consultas esperadas/año			563,00	1.688,00	1.688,00	1.688,00	1.688,00	6.750,00
Participación de mercado			40%	40%	40%	40%	40%	40%
No de consultas nuevas/año			225,00	675,00	675,00	675,00	675,00	2.700,00
INGRESOS								
CONSULTA GRAL.	100%	5,00	1.125,00	3.375,00	3.375,00	3.375,00	3.375,00	13.500,00
RECONSULTA	30%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
GINECOLOGIA	0%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PEDIATRIA	0%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSULTA DENTAL	15%	5,00	168,75	506,25	506,25	506,25	506,25	2.025,00
OBTURACIONES	10%	8,00	180,00	540,00	540,00	540,00	540,00	2.160,00
EXTRACCIONES	20%	5,00	225,00	675,00	675,00	675,00	675,00	2.700,00
ENFERMERIA	100%	5,00	1.125,00	3.375,00	3.375,00	3.375,00	3.375,00	13.500,00
LABORATORIO	50%	20,00	2.250,00	6.750,00	6.750,00	6.750,00	6.750,00	27.000,00
MEDICAMENTOS	150%	20,00	6.750,00	20.250,00	20.250,00	20.250,00	20.250,00	81.000,00
PARTOS	3%	100,00	675,00	2.025,00	2.025,00	2.025,00	2.025,00	8.100,00
INGRESOS BRUTOS			12.498,75	37.496,25	37.496,25	37.496,25	37.496,25	149.985,00
(-) IMPUESTOS (11%)			1.374,86	4.124,59	4.124,59	4.124,59	4.124,59	16.498,35
INGRESOS NETOS			11.123,89	33.371,66	33.371,66	33.371,66	33.371,66	133.486,65
COSTOS VARIABLES								
MEDICAMENTOS		1,88	1.603,13	4.809,38	4.809,38	4.809,38	4.809,38	19.237,50
FUNG. MEDICOS		1,00	225,00	675,00	675,00	675,00	675,00	2.700,00
FUNG. LABORATORIO		1,30	146,25	438,75	438,75	438,75	438,75	1.755,00
MAT. OFICINA		0,50	112,50	337,50	337,50	337,50	337,50	1.350,00
IMPREVISTOS			100,00	300,00	300,00	300,00	300,00	1.200,00
TOTAL			2.186,88	6.560,63	6.560,63	6.560,63	6.560,63	26.242,50
PERSONAL			12.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	144.000,00
TRANSPORTE			580,00	1.740,00	1.740,00	1.740,00	1.740,00	6.960,00
DEPRECIACION			665,00	1.995,00	1.995,00	1.995,00	1.995,00	7.980,00
MANTENIMIENTO (*)			1.050,00	3.150,00	3.150,00	3.150,00	3.150,00	12.600,00
TOTAL			14.295,00	42.885,00	42.885,00	42.885,00	42.885,00	171.540,00
Costo TOTAL OPER.			16.481,88	49.445,63	49.445,63	49.445,63	49.445,63	197.782,50
RESULTADO OPER.			-5.357,99	-16.073,96	-16.073,96	-16.073,96	-16.073,96	-64.296,85
Costo OF. CENTRAL			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RESULTADO TOTAL			-5.357,99	-16.073,96	-16.073,96	-16.073,96	-16.073,96	-64.296,85
FLUJO DE CAJA CENTRO			-3.983,13	-11.949,38	-11.949,38	-11.949,38	-11.949,38	-47.797,50
NIVEL DE RECUPERACIÓN DE COSTOS			67,49	67,49	67,49	67,49	67,49	67,49

Los datos obtenidos nos muestran que la población no está acostumbrada a utilizar los servicios médicos por muchos factores entre los cuales tenemos los culturales y económicos. Así mismo, los servicios que tienen a su alcance están prestados generalmente por médicos particulares que solo buscan lucro con la prestación de servicios de salud. Por esta razón los pobladores de esta zona solucionan sus problemas de salud utilizando métodos caseros que les proporcionan curanderos y a través de la medicina tradicional.

Por lo explicado en el párrafo anterior y de acuerdo al análisis realizado por personal médico especializado, se ha determinado que la utilización de los servicios médicos durante el primer año sea 0.6 consultas por habitante / año, es decir, asumimos que cada habitante de la zona ni siquiera efectúa 1 consulta al año.¹⁰ Este nivel tendería a subir a medida que la población reciba una mayor información sobre la necesidad de asistir a los servicios médicos para solucionar sus problemas de salud, en lugar de usar remedios caseros o los servicios de curanderos.

De acuerdo con la competencia existente en la zona del Centro (Ver Cuadro N° 3) y el tamaño de la población (Ver Anexo N° 1), nos muestran que un 80% de la población no tiene seguro y de este porcentaje con la competencia existente en la zona, el primer año se tendría una participación en el mercado equivalente al 40% (Ver cuadro N° 4) y esto significa un número de 225 consultas generales nuevas por mes.

La participación del 40% del mercado estará apoyada basándose en la participación organizada de la comunidad y a través de mercadeo en la zona.¹¹

Según el Cuadro N° 4 – PLAN FINANCIERO - tomando en cuenta el número de consultas por mes que resulta de la división de la población total de la zona entre los 12 meses del año (11252 habitantes entre 12 meses), tenemos como promedio 938 consultas mes, si cada habitante efectuara una consulta al año, pero dado nuestro supuesto establecido anteriormente, asumimos que sólo se alcanza a 0,6 consultas habitante/año, (11252 x 0,6 = 6751), lo cual significa 6751 consultas esperadas al año, y 563 consultas cada mes (6751 consultas anuales entre 12 meses = 563 consultas.) Pero como nuestra participación esperada en el mercado es del 40% obtendremos 2700 consultas nuevas por año (6751 x 0,40 = 2700) y 225 consultas promedio por mes (2700 / 12 = 225). Para un análisis puntual, explicaremos los cálculos en forma mensual, como se presenta en el Cuadro N° 4 y posteriormente en forma anual.

El Centro iniciaría sus actividades con una oferta de servicios tal como se presenta en el Cuadro N° 4 que implica lo siguiente:

- 225 Consultas nuevas a Bs. 5,00 = Bs. 1125,00 (100% de las consultas mensuales)
- 33,75 Consultas dentales a Bs. 5,00 = Bs. 168,00 (15% de las consultas mensuales)
- 22,5 Obturaciones a Bs. 8,00 = Bs. 180,00 (10% de las consultas mensuales)
- 45 extracciones dentales a Bs. 5,00 = Bs. 225,00 (20% de las consultas mensuales)

¹⁰ Entrevista con el Dr. Federico Gómez Sánchez , Médico Salubrista. 3-I-00. Exfuncionario de PROSALUD.

¹¹ Experiencia de PROSALUD en instalación de centros de salud en Santa Cruz.

- 225 Atenciones en servicios de enfermería a Bs. 5,00 = 1125,00 (100% de las consultas mensuales)
- 112,5 Análisis de laboratorio a Bs. 20 = Bs. 2250,00 (50% de las consultas mensuales)
- 33,5 recetas x Bs. 20 = Bs. 6750 (150% de las consultas mensuales)
- 6,75 partos x Bs. 100 = Bs. 675,00 (3% de las consultas mensuales)

Estos precios han sido establecidos por debajo de los precios de la competencia (Ver Cuadro N° 3). La reconsulta no se cobra y además en una Primera etapa no se ofrecen los servicios de Ginecología y Pediatría.

Ejecutando los cálculos respectivos (cuadro N° 4), en la columna "MES" se obtiene la suma de Bs. 12,498.75 de Ingreso Bruto. Si a los Ingresos Brutos se les resta el IVA y el IT (El IVA sólo se deduce el 8% debido a que se espera una compensación del 5% con cargo a las compras de insumos y suministros médicos para el Centro y el Impuesto a las Transacciones de 3%, hacen un total de 11%) solo se tendría la suma de Bs. 11,123.89 de Ingresos Netos Mensuales.

Con referencia a los Costos tenemos Costos Variables y Costos Fijos. En los **Costos Variables** figuran los siguientes ítem que alcanzan a un total de Bs. 2191,15:

- Medicamentos: Bs. 1,88 de costo promedio x (Bs. 180 de ingresos por obturaciones + Bs. 675 de ingresos por partos) = Bs. 1607,40
- Fungibles Médicos: Bs. 1,00 de costo promedio x 225 consultas nuevas = Bs. 225
- Fungibles Laboratorio: Bs. 1,30 costo promedio por unidad x (225 consultas /2)= Bs. 146,25. (se prevé que del total de 225 consultas el 50% requerirán análisis de laboratorio)
- Materiales de oficina: Bs. 0,50 de costo promedio x 225 consultas = Bs. 112,50
- Imprevistos : Bs. 100

Con relación a los **Costos Fijos** que alcanzan a Bs. 14295,00 señalaremos los siguientes componentes:

- Personal: Bs. 12.000 mensual (Ver detalle en el Cuadro N° 5)
- Transporte: Bs. 580,00 (para movilización del personal en actividades de promoción y mercadeo, etc., en el área de influencia.
- Depreciación : Bs. 665 (Ver detalle en el Cuadro N° 5)
- Mantenimiento: Bs. 1050 (Ver detalle en el Cuadro N° 5)

Si comparamos los **Ingresos totales Netos de Bs. 11123,89** con los **Costos Totales de Bs. 16,481.88** se daría un **déficit de Bs. 5,357.99 mensual**, necesitando anualmente la suma de Bs. 64,295.85 para cubrir el déficit por ese periodo, por consiguiente el nivel de recuperación del costo del Centro durante el primer año sólo alcanza al **67.49%**. El déficit del periodo sería cubierto mediante financiamientos obtenidos por la ONG.

Cuadro N° 5

COSTOS DE PERSONAL, DEPRECIACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CENTRO

CALCULO DE COSTOS DE PERSONAL (MES)			
Cargos	Salario	Cargas sociales	TOTAL
1 Médico General	2800.-	980.-	3780.-
1 Enfermera (Lic.)	1800.-	630.-	2430.-
1 Auxiliar de enfermería	800.-	280.-	1080.-
1 Técnico de Laboratorio (A medio tiempo)	800.-	280.-	1080.-
1 Asistente Administrativo	1000.-	350.-	1350.-
2 Enfermeras Auxiliares (nocturnas)	1500.-	525.-	2025.-
TOTAL	8700.-	3045.-	11745.-
CALCULO DE DEPRECIACIÓN			
Infraestructura y equipo	Inversión	% Depreciación	Costo Dep. Mes
Edificio	154000.-	2,50	320.-
Equipo médico	17,000	10.-	142.-
Equipo de Laboratorio	15870.-	10.-	132.-
Equipo de oficina	8500.-	10.-	71.-
TOTAL	195370.-		665.-
COSTO DE MANTENIMIENTO DEL CENTRO			
Portero			500.-
Lavandera			120.-
Teléfono			150.-
Energía eléctrica			150.-
Agua			80.-
Otros			50.-
TOTAL			1050

2.2.3 Plan Financiero para lograr el autofinanciamiento del Centro de Salud.-

A continuación se propone una alternativa para lograr el autofinanciamiento del Centro de Salud en estudio. (Cuadro N° 6)

Las recomendaciones para poder lograr el autofinanciamiento de los servicios de salud en el Centro de salud de Villa Bolívar "D" de la ciudad de El Alto, serían aumentar la utilización de los servicios médicos haciendo notar a la población que puede mejorar su salud y la de sus familias con un servicio de alta calidad y bajos precios. Para lograr este objetivo se requiere un fuerte trabajo en organización comunitaria, formando promotores en salud y mediante el desarrollo de un programa de IEC (INFORMACIÓN, EDUCACIONM COMUNICACIÓN).

Acompañando a lo anteriormente descrito se debe aumentar la participación en el mercado. El mercado existe en el Distrito y se lo puede lograr de dos formas: Mucho trabajo comunitario y demostrar alta calidad técnica y humana en la prestación de los servicios otorgando confianza a las personas para que sientan que cuentan con un servicio con la capacidad resolutoria para atender sus problemas de salud. Para lograr esto último, se debe capacitar al personal y mantener un buen sistema de supervisión.

CUADRO No 6								
PRESUPUESTO FINANCIERO NUEVO CENTRO DE SALUD (VILLA BOLIVAR)								Punto de Equilibrio
				TRIMESTR E	TRIMESTR E	TRIMESTR E	TRIMESTR E	ANO
CALCULO DE CONSULTAS NUEVAS	%	Bs	MES	1,00	2,00	3,00	4,00	
Población Total (habit.)			938,00	2.813,00	2.813,00	2.813,00	2.813,00	11.252,00
No. Consultas/habit/año			0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60
No consultas esperadas/año			563,00	1.688,00	1.688,00	1.688,00	1.688,00	6.750,00
Participación de mercado			0,64	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64
No de consultas nuevas/año			358,00	1.074,00	1.074,00	1.074,00	1.074,00	2.700,00
INGRESOS								
CONSULTA GRAL.	100%	5,00	1.790,00	5.370,00	5.370,00	5.370,00	5.370,00	21.480,00
RECONSULTA	30%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
GINECOLOGIA	0%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PEDIATRIA	0%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSULTA DENTAL	15%	5,00	268,50	805,50	805,50	805,50	805,50	3.222,00
OBTURACIONES	10%	8,00	286,40	859,20	859,20	859,20	859,20	3.436,80
EXTRACCIONES	20%	5,00	358,00	1.074,00	1.074,00	1.074,00	1.074,00	4.296,00
ENFERMERIA	100%	5,00	1.790,00	5.370,00	5.370,00	5.370,00	5.370,00	21.480,00
LABORATORIO	50%	20,00	3.580,00	10.740,00	10.740,00	10.740,00	10.740,00	42.960,00
MEDICAMENTOS	150%	20,00	10.740,00	32.220,00	32.220,00	32.220,00	32.220,00	128.880,00
PARTOS	3%	100,00	1.074,00	3.222,00	3.222,00	3.222,00	3.222,00	12.888,00
INGRESOS BRUTOS			19.886,90	59.660,70	59.660,70	59.660,70	59.660,70	238.642,80
(-) IMPUESTOS (11%)			2.187,56	6.562,68	6.562,68	6.562,68	6.562,68	26.250,71
INGRESOS NETOS			17.699,34	53.098,02	53.098,02	53.098,02	53.098,02	212.392,09
COSTOS VARIABLES								
MEDICAMENTOS		1,88	2.560,75	7.652,25	7.652,25	7.652,25	7.652,25	30.609,00
FUNG. MEDICOS		1,00	358,00	1.074,00	1.074,00	1.074,00	1.074,00	4.296,00
FUNG. LABORATORIO		1,30	232,70	698,10	698,10	698,10	698,10	2.792,40
MAT. OFICINA		0,50	179,00	537,00	537,00	537,00	537,00	2.148,00
IMPREVISTOS			100,00	300,00	300,00	300,00	300,00	1.200,00
TOTAL			3.420,45	10.261,35	10.261,35	10.261,35	10.261,35	41.045,40
COSTOS FIJOS								
PERSONAL			12.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	144.000,00
TRANSPORTE			580,00	1.740,00	1.740,00	1.740,00	1.740,00	6.960,00
DEPRECIACION			665,00	1.995,00	1.995,00	1.995,00	1.995,00	7.980,00
MANTENIMIENTO (*)			1.060,00	3.150,00	3.150,00	3.150,00	3.150,00	12.600,00
TOTAL			14.295,00	42.885,00	42.885,00	42.885,00	42.885,00	171.540,00
Costo TOTAL OPER.			17.715,45	53.146,35	53.146,35	53.146,35	53.146,35	212.585,40
RESULTADO OPER.			-16,11	-48,33	-48,33	-48,33	-48,33	-193,31
Costo OF. CENTRAL			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RESULTADO TOTAL			-16,11	-48,33	-48,33	-48,33	-48,33	-193,31
FLUJO DE CAJA CENTRO			2.171,45	6.514,35	6.514,35	6.514,35	6.514,35	26.057,40
NIVEL DE RECUPERACION DE COSTOS			99,91	99,91	99,91	99,91	99,91	99,91

2.2.4. Punto de equilibrio.-

El análisis de “**punto de equilibrio**” es una técnica útil para estudiar las relaciones entre los costos fijos, los costos variables y los beneficios (en el presente caso estos beneficios serán reinvertidos en equipos y otros suministros para el Centro). Si los costos de las empresas sólo fueran variables, no existiría problema para calcular el punto de equilibrio.¹²

El punto de equilibrio es el nivel de producción en el que son exactamente iguales los ingresos por las ventas a la suma de los costos fijos y los variables, pero también hay que mencionar que esta no es una técnica para evaluar la rentabilidad de inversión, sino que es una importante referencia que debe tomarse en cuenta. Sin embargo, la utilidad general que se le da es que se puede calcular con mucha facilidad el punto mínimo de producción al que debe operarse para no incurrir en pérdida, sin que esto signifique que aunque haya ganancias estas sean suficientes para hacer rentable el Proyecto.¹³

Siguiendo nuestro análisis “**el punto de equilibrio**” se puede obtener de 2 formas: Primero, según se presenta en el Cuadro N° 6 , efectuando los mismos cálculos realizados en el Cuadro N° 4, pero incrementando la participación en el mercado del 40 al 64% y asumiendo que los Costos Fijos son los mismos que los presentados en el Cuadro N° 4 con lo cual alcanzaríamos un nivel de recuperación de costos del 100% .Segundo , el punto de equilibrio se puede calcular en forma matemática tomado los datos del Cuadro N° 4, de la siguiente forma:

Los ingresos están calculados como el producto del volumen de servicios vendidos (médicos o de salud) por su precio.

$$\text{Ingresos} = P \times Q$$

Se designa por Costos Fijos:	CF
Se designa por Costos Variables:	CV

En el punto de equilibrio los ingresos igualan a los Costos Totales

$$P \times Q = CF + CV$$

Pero como los costos variables siempre son un porcentaje constante de las ventas, entonces el punto de equilibrio se puede definir matemáticamente de la siguiente manera:

¹² G. Baca Urbina. Evaluación de proyectos, Mc Graw Hill. México. Pág. 175.

¹³ Ob. cit.

$$\text{PUNTO DE EQUILIBRIO} = \frac{\text{CF}}{1 - \frac{\text{CV}}{\text{PXQ}}}$$

Reemplazando con los datos del Plan Financiero del Centro en estudio (Cuadro N° 4) tenemos:

$$\begin{array}{l} \text{C F} = 14295,00 \qquad \qquad \qquad \text{C V} = 2186,88 \\ \text{P Q} = \text{Ingresos netos} = 11123,89 \\ \text{Entonces tenemos} \\ \text{PUNTO DE EQUILIBRIO} = \frac{14295,00}{1 - \frac{2186,88}{11123,89}} = \frac{14295,00}{0,803407} = 17792,97 \end{array}$$

Es decir, el Centro de Salud requerirá de Bs.17792,97 de ingresos mensuales para que no incurra en déficit o pérdidas y anualmente de Bs. 213515,68. de ingresos netos..

Para el cálculo del punto de equilibrio, también podemos ver el cuadro N° 6 donde el análisis de costos e ingresos lo muestra con mayor detalle.

Para lograr el autofinanciamiento de sus costos totales propios sin modificar los precios y teniendo la misma mezcla de servicios con relación a la consulta nueva general, se necesitan realizar un total de 358 consultas nuevas canceladas por mes, equivalentes a 16 consultas canceladas por día y aproximadamente 2.6 consultas canceladas por hora como mínimo, tomando solo 6 horas de trabajo en consultas por día y 2 horas de administración y supervisión de otras actividades del Centro.

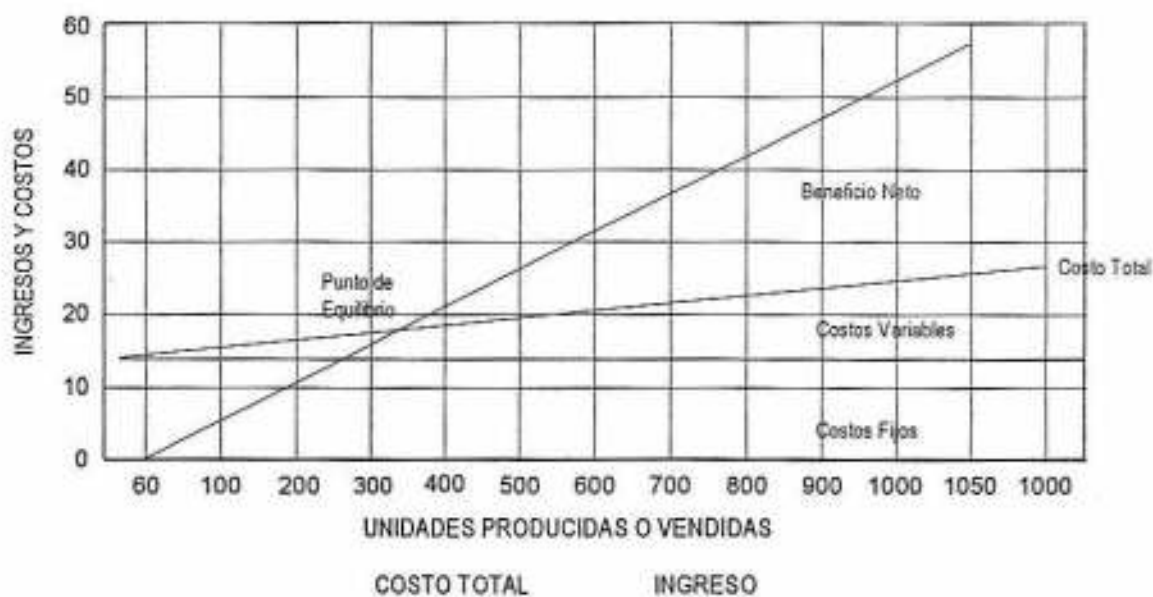
Cabe hacer notar que la población de la zona es suficiente para alcanzar el número de consultas necesarias para lograr el autofinanciamiento de sus costos, y lo que se necesita es concientizar a la población sobre la importancia de la salud en la familia, mediante un programa agresivo de IEC (Información, Educación, Capacitación) para que en un mediano plazo se pueda lograr el objetivo cuál es el de mejorar el nivel de salud en la población a través del autofinanciamiento de sus costos.

Tomando en cuenta los ingresos económicos promedio de las familias de aproximadamente Bs. 550/mes y Bs. 6.600 por año, Si la familia destinase un 5% de sus ingresos para atender sus necesidades de salud se dispondría de 330 Bs/año. Si consideramos que cada familia tiene un promedio de 5.3 miembros y que cada uno asista 0.8 consultas año, cada familia asistiría a 4.24 consultas al año.

El cálculo efectuado del punto de equilibrio puede ser graficado como se lo presenta en el Gráfico N° 4, donde se puede apreciar que en 358 consultas promedio mes, el Centro puede autofinanciar sus costos en un segundo periodo.

GRAFICO N° 4

PUNTO DE EQUILIBRIO



Punto de equilibrio $P \times Q = CF + CV = 358$ Consultas

A continuación se presenta el monto que gastaría una familia para cubrir sus necesidades de salud:

Miembros por familia = 5,3

Consulta médica (5,3 * 0,8 = 4,24* 5Bs.)	=	21,20
Medicamentos (4,24 * 1,5 * 25Bs)	=	159,00
Laboratorio (4,24 * 0,5 * 25 Bs.)	=	53,00
Enfermería (4,24 * 1 * 5,00 Bs.)	=	21,20
Partos (4,24 * 0,3 * 100,00 Bs.)	=	12,72
Dental (4,24 * 0,15 * 25 Bs.)	=	15,90
TOTAL GASTO FAMILIA POR AÑO		283,02

Los datos presentados nos muestran que cada familia necesitaría Bs. 283,02 por año para atender sus necesidades mínimas de salud.

Si la familia asignase el 5% de sus ingresos anuales para atender sus problemas de salud y tomando en cuenta sus ingresos promedios anuales de Bs. 6600,00 el monto destinado para la atención de salud sería de Bs. 283,02 por año.

Comparando el monto disponible para salud de Bs. 330.00 con el gasto que incurriría la familia de Bs. 283.02 cada familia tendría además un superávit de Bs. 46.98 anual.

CUADRO N° 7.

LISTA DE PRECIOS POR SERVICIOS

N°	TIPO DE SERVICIO	COSTO UNIT. (Bs.)	OBSERVACIONES
1	Consulta medica	5,00	
2	Consulta dental	5,00	*El dentista ganará el 75% de sus ingresos
3	Obturaciones	20,00	*El dentista ganará el 75% de sus ingresos
4	Extracciones	20,00	
5	Inyectables	3,00	
6	Venoclisis	25,00	
7	Laboratorio	25,00	
8	Parto	100,00	*Por la atención de partos fuera del horario de atención del Centro, el médico responsable ganará el 50% de la tarifa establecida
9	Medicamentos		El precio de los medicamentos deberá incluir un margen mínimo de utilidad que estará destinada a mantener un fondo rotativo para usuarios que no cuentan con recursos para cubrir este rubro.

2.2.5. Modelo de Servicios

2.2.5.1. Características del Centro

- Administración Delegada:** El municipio le transfiere la responsabilidad administrativa a la ONG de tal manera que el Municipio y el Servicio Departamental de Salud – SEDES ejercen un control indirecto donde la misión del Ministerio de Salud y Previsión Social sólo estará destinada a cuestiones estratégicas y de política.
- Polivalente:** El Centro ofrece todos los servicios correspondientes a un Establecimiento de Primer Nivel de atención
- Permanente:** Presta atención durante las 24 horas

2.2.5.2. Características de los servicios prestados

- Integralidad:** Son servicios preventivos, curativos y de promoción.
- Globalidad :** Visión global del paciente en el medio ambiente en que vive.
- Continuidad :** Desarrollo de mecanismos que garanticen el seguimiento de los pacientes (historias clínicas, fichas de seguimiento, visita domiciliaria)

2.2.5.3. Descripción de los Servicios:

- Consulta médica general:** Proporcionada por un médico general a tiempo completo. Además de la consulta normal y la atención de emergencias, maneja la mayor parte de los problemas de salud del individuo y de la familia y con la conducción de programas de desarrollo de la comunidad.
- Consulta gineco – obstétrica:** Proporcionada por el médico general (o el especialista según la demanda), para el diagnóstico y manejo de las patologías gineco-obstétricas más comunes, atención del parto y puerperio y desarrollo de actividades educativas y preventivas.
- Consulta pediátrica:** Proporcionada por el médico general o el especialista según la demanda, efectúa diagnóstico y manejo de las enfermedades más comunes de la infancia, diagnóstico y manejo de patrones normales y anormales del crecimiento y desarrollo, desarrollo de actividades educativas y preventivas.
- Salud materna:** Incluye el control prenatal, atención del parto normal y control del puerperio.
- Salud Infantil:** Incluye el crecimiento y desarrollo del lactante y pre-escolar, vacunaciones y desparasitación de acuerdo a normas del Ministerio de Salud y Previsión Social. (MSPS)

- ❑ **Control de pacientes crónicos:** Este Programa está dirigido especialmente a asegurar la continuidad en el tratamiento de pacientes tuberculosos y desnutridos.
- ❑ **Farmacia:** Este servicio incluye los medicamentos esenciales (según la lista del Ministerio de Salud y Previsión Social) de reconocida eficacia y que responden a necesidades locales. Estará bajo la responsabilidad de un Auxiliar de Enfermería, entrenado en el manejo de medicamentos.
- ❑ **Laboratorio Básico:** Incluye los siguientes exámenes: Hemograma, examen general de orina, coproparasitológico, basiloscofia de esputo, gota gruesa, grupo sanguíneo y V.D.R.L. Estará bajo la responsabilidad de un Auxiliar de Enfermería entrenado para este tipo de análisis.
- ❑ **Atención dental:** Comprende acciones curativas y preventivas. Estará bajo la responsabilidad de un odontólogo.
- ❑ **Enfermería:** Servicio atendido por una Lic. En Enfermería y 2 Auxiliares de enfermería en el servicio nocturno. Este servicio participa en todas las actividades curativas, preventivas, educativas y de proyección a la comunidad.
- ❑ **Educación para la salud:** Incluye actividades de la educación destinadas al fomento de una nutrición apropiada, la prevención de las enfermedades y saneamiento básico.
- ❑ **Formación de promotores de salud:** Capacitación de equipos de y en la zona destinados a ser el nexo entre el servicio de salud y la población.

2.2.6. RECURSOS HUMANOS

Para el Centro de Atención Primaria de Salud, se contrata personal de acuerdo a las siguientes categorías:

2.2.6.1. Personal básico: Es el personal que se desempeña a tiempo completo

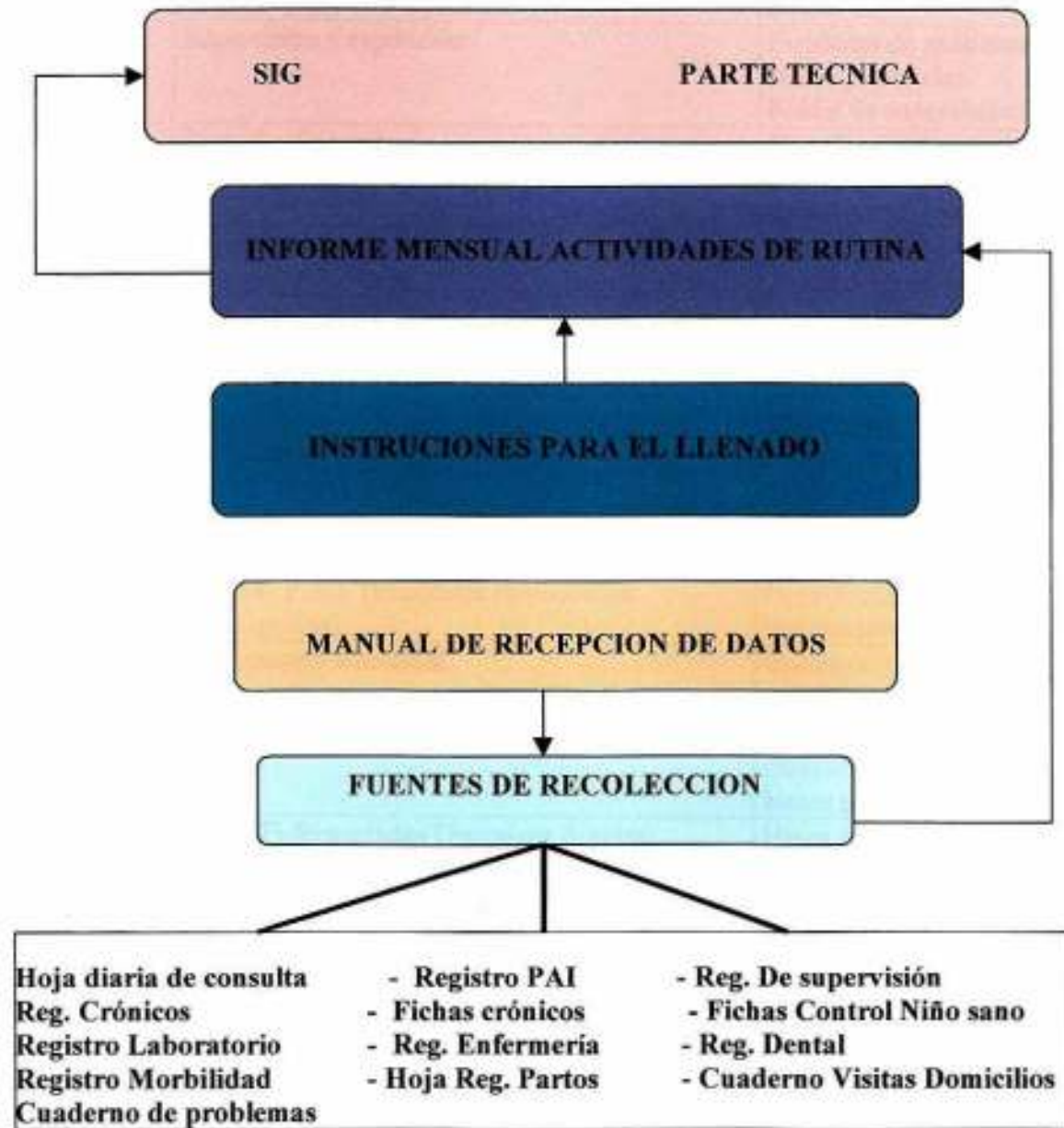
- Un médico general
- Dos auxiliares de enfermería(Una responsable de laboratorio y otra de farmacia)
- Una Licenciada en Enfermería
- Una recepcionista
- Un administrador
- Un vigilante / encargado de limpieza

2.2.5.1. Especialistas: Es el personal profesional contratado de acuerdo a la demanda de servicios especializados.

- Un gineco-obstetra
- Un Pediatra
- Un dentista

2.2.6. SISTEMA DE INFORMACION GERENCIAL

SIG



CUADRO N° 8**UTILIZACION DE INSTRUMENTOS**

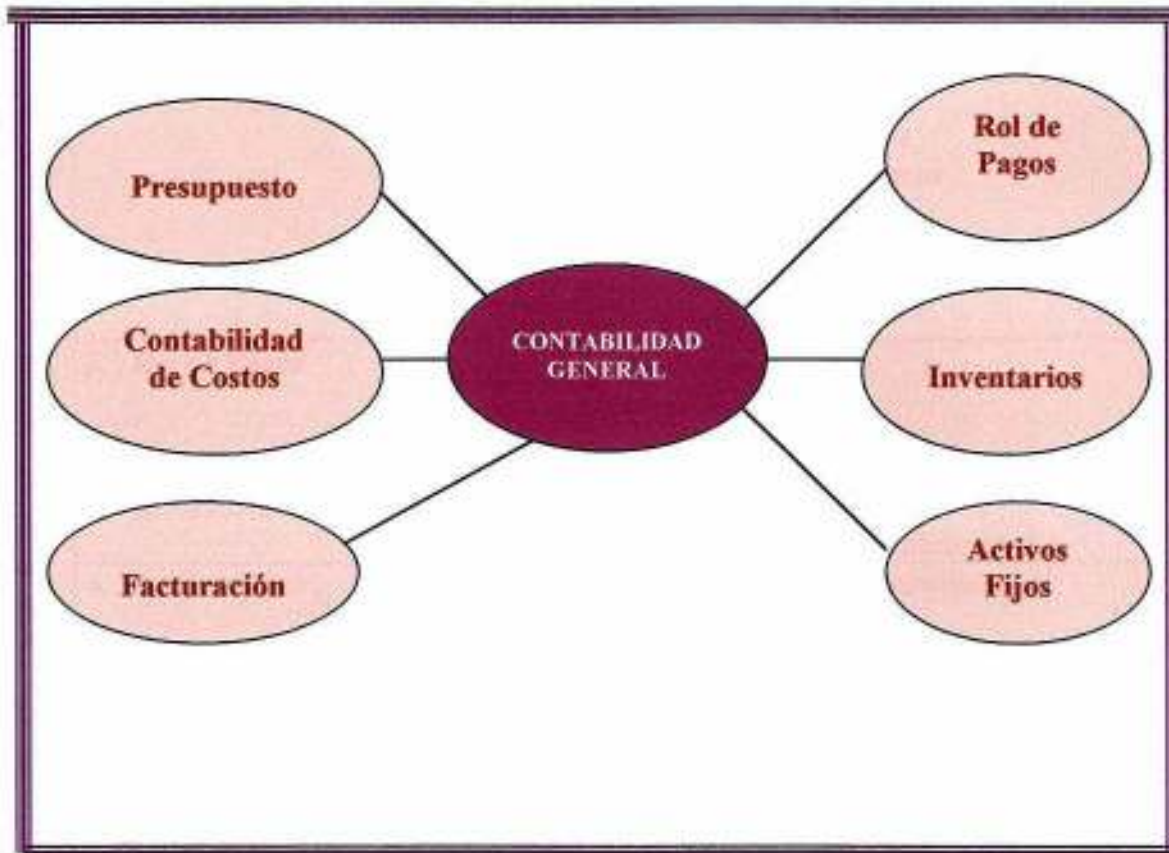
N°	ITEMS DEL INFORME	FUENTE
1.	Supervisión y capacitación	Cuaderno de problemas Notas personales Fólder de supervisión
2.	Consulta General	Hoja diaria de consulta general Fólder de referencias
3.	Atención prenatal	Hoja diaria de consulta prenatal y Puerperio
4.	Parto y puerperio	Hoja diaria de registro de parto y Recién nacido
5.	Recién nacido	Hoja diaria de registro de parto y recién nacido
6.	Consulta salud infantil	Hoja diaria de registro de vacunas / Control C. y D.
7.	Vigilancia nutricional	Conteo mensual fichero carnets
8.	Vacunas P.A.I. (Programa ampliado de inmunización)	Hoja de registro diario de vacunaciones
9.	Saneamiento ambiental	Cuaderno de registro de actividades
10.	Comunidad	Cuaderno de visitas domiciliarias Notas personales
11.	EDAS(Enfermedades Diarreicas Agudas)	Hojas de registro domiciliario Notas personales
12.	Tuberculosis	Cuaderno de registro TBC Fichero de Crónicos Registro de Laboratorio
13.	Malaria	Registro de morbilidad
14.	IRAS (Infecciones Respiratorias Agudas)	Registro de morbilidad
15.	Laboratorio	Cuaderno de registro
16.	Enfermería	Hoja de actividad de enfermería
17.	Morbilidad	Hoja de registro de morbilidad
18.	Consulta dental	Hoja de registro de consulta dental

2.2.7. SUBSISTEMA DE CONTABILIDAD

EL Subsistema de Contabilidad se implementará basándose en el Sistema de Contabilidad integrada, tomando en cuenta los siguientes componentes:

GRAFICO N° 5

SUBSISTEMA DE CONTABILIDAD

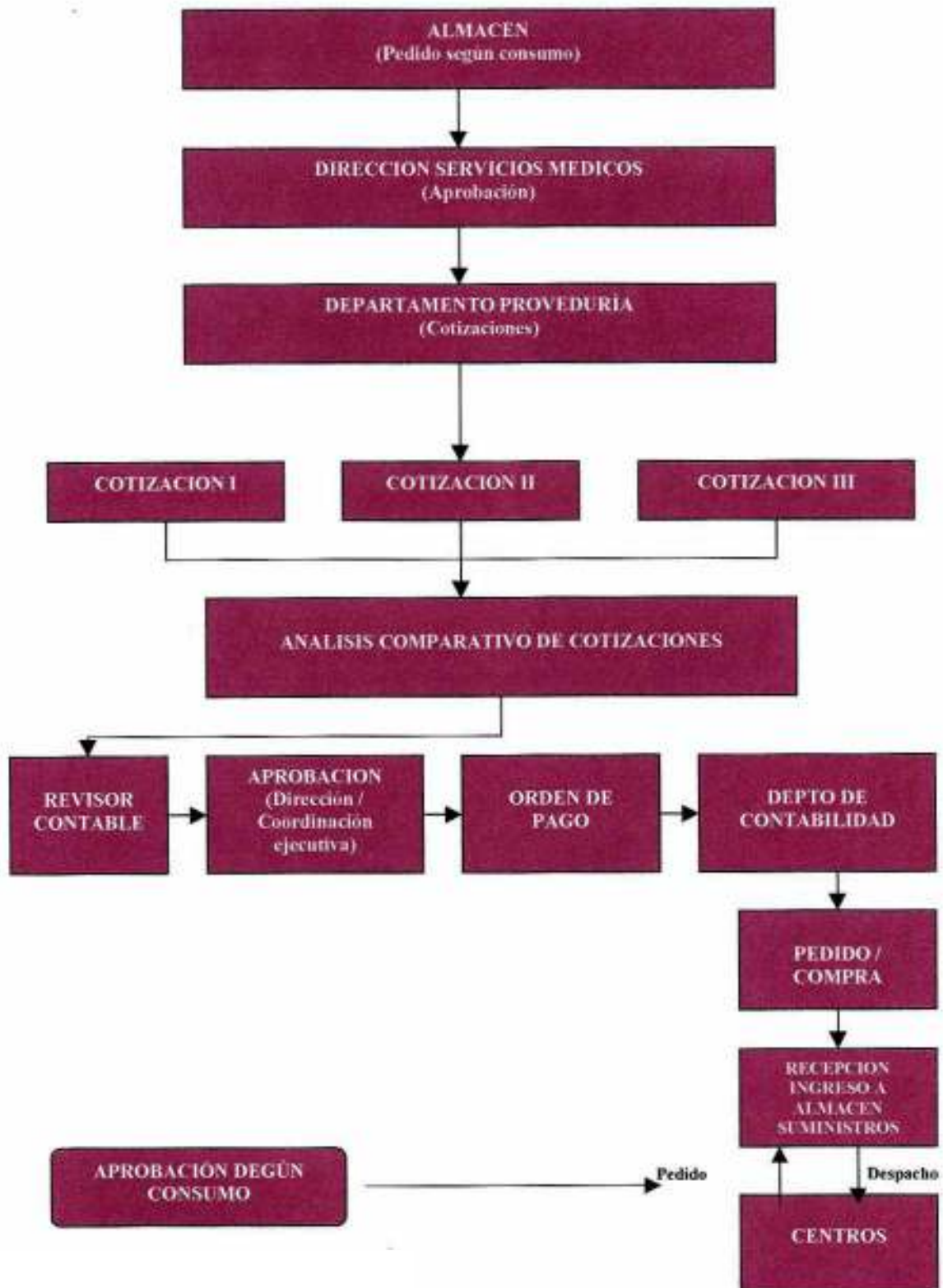


La conformación de cada uno de los componentes del Subsistema se presenta a continuación:

CUADRO N° 9**EL SUBSISTEMA DE CONTABILIDAD GENERAL**

COMPONENTES	SUBCOMPONENTES
1. CONTABILIDAD GENERAL	1.1 Plan de Cuentas 1.2 Saldo de Cuentas 1.3 Estados Financieros 1.4 Balance general 1.5 Estado de Resultados 1.6 Estado de cambio de la posición financiera
2. Rol de Pagos	2.1 Anticipo 2.2 Planillas 2.3 Aportes patronales 2.4 Beneficios Sociales
3. Inventario	3.1 Control de stocks 3.2 Consumo de medicamentos
4. Activos Fijos	4.1 Control de Activos fijos 4.2 Depreciaciones 4.3 Actualizaciones
5. Presupuesto	5.1 Preparación del Presupuesto basado en datos anteriores 5.2 Comparación del presupuesto con cifras reales
6. Contabilidad de Costo	6.1 Costo por servicio 6.2 Costo del Centro 6.3 Rendimientos

GRAFICO N° 6
FLUJOGRAMA DE SUMINISTROS



2.2.9. CONTROL STOCK E INVENTARIOS

CONTROL DE STOCK

Stock mínimo para tres meses, se Determina con la cantidad despachada en seis meses para cada uno de los productos.

ALMACEN

STOCK MINIMO → PEDIDO

CONTROL DE STOCK

Stock mínimo para un mes. Se determina por el consumo de cada medicamento durante seis meses

CENTRO (FARMACIA)

STOCK MINIMO → PEDIDO

INVENTARIOS

INVENTARIO ALMACEN

Control aleatorio mensual
Inventario general a fin de año
Tarjeta vs. Físico
SIG vs. Tarjeta / físico

Control de inventarios semestral valorado

INVENTARIO CENTRO

- Tarjetas vs. Físico
- SIG vs. Tarjetas / físico

3. SISTEMA DE ORGANIZACION:

Ante la necesidad de crear ámbitos y escenarios más concretos y descentralizar la administración de las políticas hasta un nivel donde se logre la atención de las necesidades cotidianas de la población como por ejemplo la salud, se promulgan las Leyes 1551 de Participación Popular y la Ley N° 1654 de Descentralización Administrativa, en el marco de la primera Ley se transfiere al municipio la responsabilidad en la administración y supervisión de los servicios de salud y mediante la segunda ha delegado la administración, supervisión y control de los recursos humanos con las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales de salud a las Prefecturas, mediante los Servicios Departamentales de Salud, los cuales desconcentran sus funciones en los Distritos de Salud, estos en las Áreas y finalmente en los Sectores de Salud.

El Centro de Salud de Villa Bolívar de la ciudad de El Alto depende, por las Leyes mencionadas, tanto del Servicio Departamental de Salud –SEDES, como de la H. Alcaldía Municipal de El Alto, sin embargo, la **PROPUESTA** apunta a que el mencionado Centro desarrolle sus actividades en una modalidad administrativa denominada “**administración delegada**”, que consiste en la transferencia de la administración a una organización no gubernamental sin fines de lucro.

La institución responsable de la administración del Centro, tendría la responsabilidad de implementar el Sistema de atención primaria de salud con recuperación de costos con el propósito de lograr su autosostenibilidad. Esta institución tendría como uno de sus objetivos específicos, lograr una combinación óptima entre la “gentileza de lo público” en términos de lo social y lo privado relacionado con el manejo gerencial mediante la implementación y desarrollo de sistemas gerenciales – administrativos, de planificación financiera y de control, para lograr una prestación de servicios a la población con calidad y calidez y de este modo lograr la accesibilidad a los servicios de salud.

De esta manera se pretende establecer una relación entre el Estado, representado por el Distrito de Salud, y la Organización sin fines de lucro.

El Distrito Salud cumplirá las siguientes funciones:

- Coordinar con la institución la formulación de los programas de salud
- Coordinar, supervisar y evaluar la gestión de salud en el Distrito y específicamente la ejecución de los programas y proyectos no sólo públicos sino también privados.
- Supervisar el funcionamiento del Centro en cuanto a cobertura, calidad y adecuación cultural de los servicios.
- Proporcionar los recursos humanos, financieros y materiales para la gestión en salud del Centro, y viabilizar otros requerimientos tramitando su aprobación ante la Dirección Técnica del SEDES.

La organización sin fines de lucro realizará sus actividades en el siguiente marco:

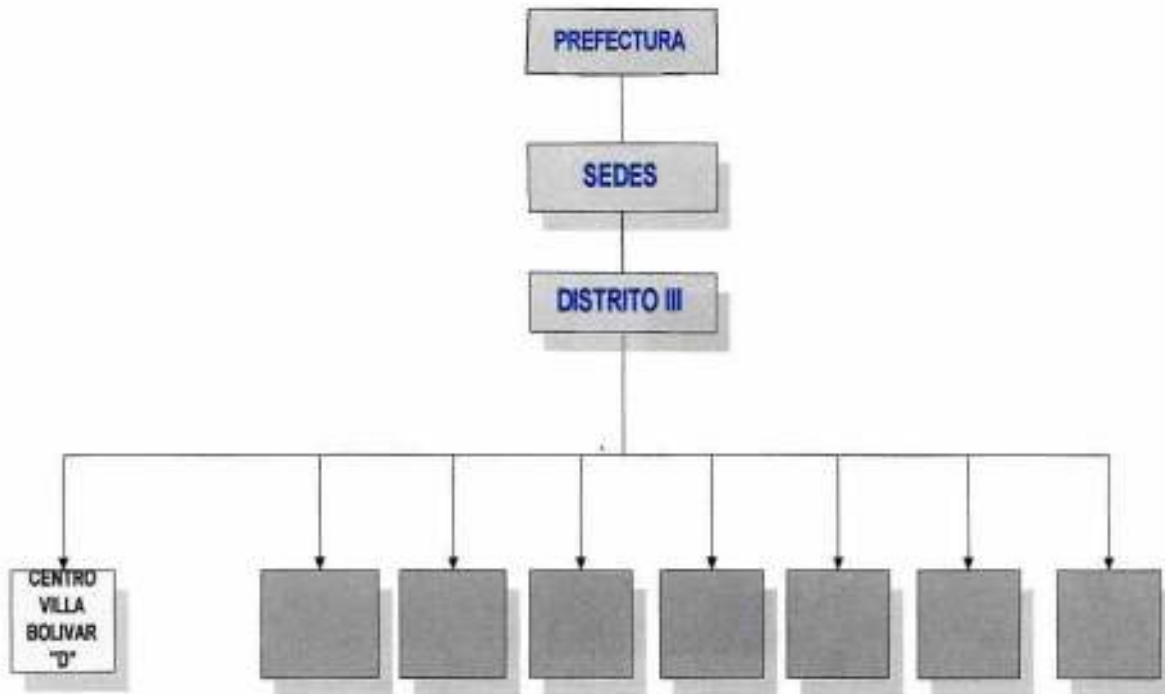
- Desarrollar sus actividades de acuerdo al Nivel de Atención
- Desarrollar los programas establecidos por el Distrito de Salud
- Captar, procesar y proporcionar al Distrito de Salud la información requerida por el Sistema de Información en Salud - SNIS.

En la actualidad ya existen Centros de Salud y Hospitales que están funcionando con el sistema de recuperación de costos, tal es el caso de PROSALUD (Programa financiado por USAID). En el departamento de Santa Cruz, con aproximadamente 19 centros la mayoría ubicados en zonas periurbanas y algunos en zonas rurales, donde no sólo se subsidian consultas (los que pueden pagar a los que no pueden pagar), que oscilan entre el 1 al 2%, sino que con los subsidios cruzados, el Centro periurbano subsidia a los Centros rurales.

Otra experiencia es la del Hospital Holandés en la ciudad de El Alto que también es financiada por una ONG.

La estructura orgánica del Distrito y del Centro se presenta a continuación:

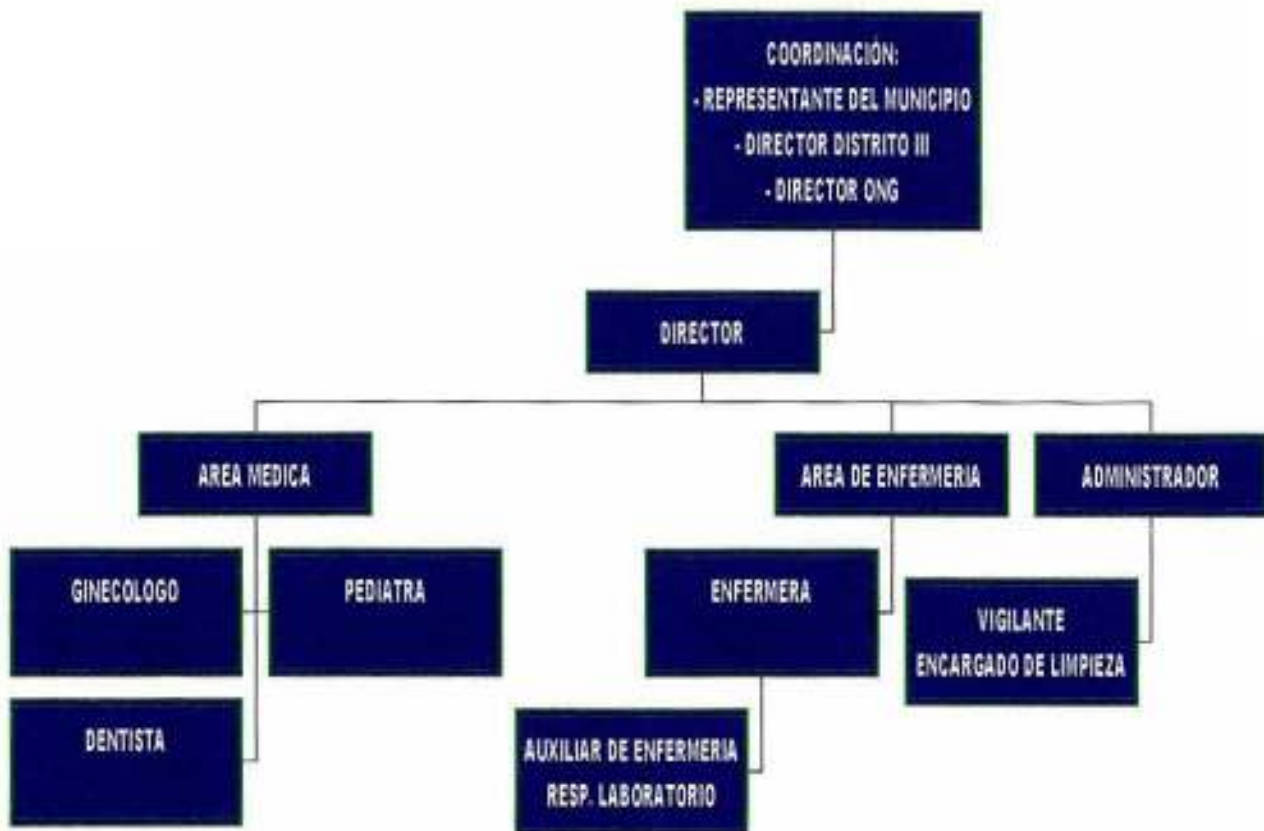
GRAFICO N° 7
ESTRUCTURA ORGANICA DEL
DISTRITO III



- Centro de Salud de Villa Bolívar
- Otros establecimientos de salud pertenecientes al Distrito.

GRÁFICO N° 8

ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD



4. SISTEMA DE SUPERVISION Y CONTROL

El Sistema de supervisión está destinado a controlar las operaciones, con la seguridad de que las instrucciones deben ser conocidas y comprendidas tanto por el supervisor como por el supervisado.

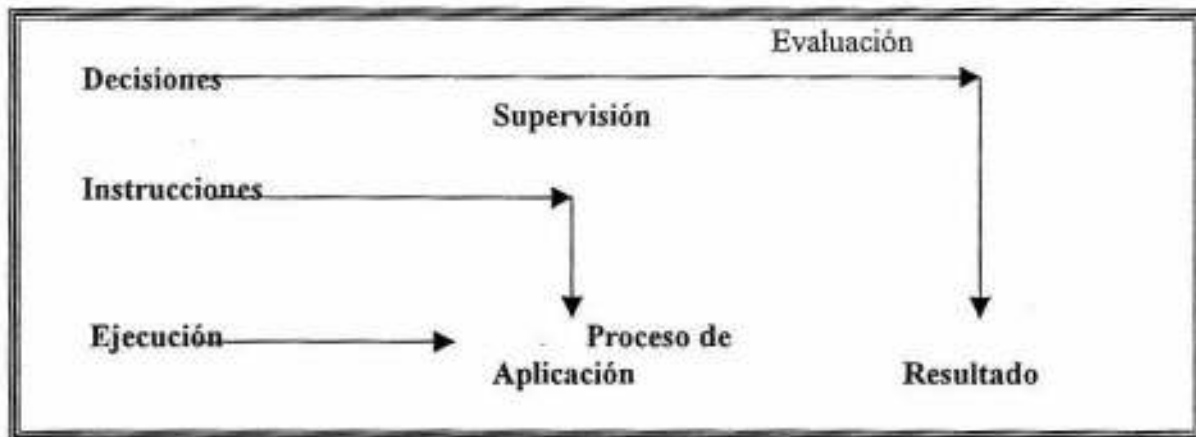
La función del supervisor no implica “prestigio” a quien la ejerce sino como el cumplimiento de actividades en equipo. Es control más capacitación.

El “control” no significa buscar faltas, sino encontrar en forma conjunta las causas de los problemas y las alternativas de solución. La supervisión lleva implícita la capacitación mediante acciones educativas y motivadoras.

La responsabilidad del superior se concretiza en acciones Educativas, orientadoras y motivadoras.

La supervisión debe ser sometida periódicamente a un proceso de evaluación y planificación para ser efectivamente funcional. El respetar al individuo como persona, promover su independencia y mejoramiento.

4.1 Interrelaciones



4.2. Objetivos de la supervisión

4.2.1. Objetivo General.- Asegurar la calidad de la atención de los usuarios de los servicios estimulando, estimulando y motivando a los integrantes del equipo

4.2.2. Objetivos específicos.-

- Desarrollar y optimizar la utilización de las capacidades del supervisado.
- Asegurar que las tareas asignadas sean cumplidas correctamente.
- Conocer el proceso de aplicación de las instrucciones
- Buscar conjuntamente (supervisor y supervisado), soluciones a los problemas encontrados.

- Mantener y elevar el nivel de conocimientos del supervisado (capacitación continua)
- Obtener la confianza y motivación de los supervisados.
- Introducir nuevas técnicas

El supervisor no debe intervenir en las acciones de rutina de los supervisados, esta actitud disminuye la confiabilidad de la población hacia la persona que permanentemente está a cargo del servicio.

Si el Supervisor es médico o enfermera debe abstenerse de realizar consultas o acciones de enfermería, ambas acciones son responsabilidad de la Auxiliar. La presencia del médico que permanece como espectador, sin intervenir directamente, confiere importancia a la auxiliar ante su comunidad.

Al realizar el examen sistemático se deben tener en cuenta los siguientes componentes:

- Control prenatal, parto y puerperio
- Control de Crecimiento y Desarrollo
- Inmunizaciones
- Control de salud escolar
- Consultas: Referencias
- Tuberculosis
- Laboratorio
- EDAS/IRAS
- Nutrición
- Supervisión
- Visita domiciliaria
- Organización Comunitaria
- Reuniones de equipo
- Saneamiento Básico
- Informes estadísticos
- Farmacia
- Manejo de fondos
- Nuevos beneficiarios
- Materiales, equipos y suministros
- Educación sanitaria
- Disciplina en el trabajo
- Material bibliográfico.

4.3 Plan de acción.-

En esta fase se definirán las acciones prioritarias más importantes que servirán de base para la siguiente supervisión. Se recomienda fijar acciones realistas y concretas en su aplicación.

III. SECCION CONCLUSIVA

III. SECCION CONCLUSIVA

1. El modelo que se propone está diseñado para su aplicación en zonas peri-urbanas o marginales, donde la población cuente con un ingreso mensual que le permita cubrir sus necesidades básicas, como en el caso de Villa Bolívar de la ciudad de El Alto, la misma que cuenta con un ingreso promedio mensual de Bs. 550. Y por lo tanto puede disponer de Bs. 50 mensualmente, para servicios de salud, y no así las poblaciones que se encuentren en la franja de pobres-indigentes, el cual requiere otro tratamiento.
2. Por otro lado el modelo propone combinar las bondades del manejo gerencial de lo privado con la gentileza del carácter social de lo público, traducidas ambas en una administración delegada de un centro de salud por parte de la Alcaldía y el Distrito de Salud y/o que optimice tanto el uso de la recuperación de costos (precios) y el empleo de recursos humanos con el objeto de que en un mediano plazo se logre el autofinanciamiento del centro de salud. Esta es una relación contractual entre el Estado y la organización sin fines de lucro, donde cada una está sujeta a normas, funciones y atribuciones.
3. Por lo expuesto tanto en la parte del Diagnóstico como en la parte propositiva del presente trabajo, se establece que la accesibilidad a los servicios de salud (concretamente a la Atención Primaria de Salud APSA), en la zona de estudio, depende fundamentalmente de la Calidad de los Servicios que se presten y esta calidad a su vez dependerá de Sistemas de Planificación Administrativo Gerenciales; entre los que identificamos claramente los siguientes: El Sistema de Planificación Financiero, el Sistema de Organización y Dirección y el Sistema de Supervisión y Control.
4. El Sistema de Planificación Financiera comprende en primer lugar un estudio de Mercado y un plan financiero, Se realizara el estudio de mercado porque cumple un papel importante en la toma de decisiones y se analiza la conveniencia de establecer una empresa en un mercado determinado ¹⁴, en el presente caso es el de establecer un Centro de Salud en Villa Bolívar de la ciudad de El Alto, debido a que esta población posee las características adecuadas para prestar Servicios de Salud (APSA) con recuperación de costos.
5. El estudio nos muestra una población de 11.250 habitantes y el promedio de ingreso por cada cabeza de familia es de Bs. 550, y que un 70% de la población es propietaria de su vivienda y el resto son familiares o cuidadores a cargo de la vivienda, y que gran parte de la población son: transportistas, albañiles, artesanos y comerciantes sobre la base de estos datos y a otros mas se elaboró un Plan Financiero (Punto 2.2.1) en la cual se establece la mezcla de servicios que se ofrecerá a precios bajos del mercado según el estudio de la competencia (Cuadro N° 3) y se determinó para un primer año un nivel de recuperación de costos del orden del 67,49%, con un

¹⁴ FOLKE KAFKA. "Casos y ensayos en Economía de Empresa. 4ta. Edición . Lima-Perú. Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico. Pag. 151.

promedio de 225 consultas mes y que dependiendo de la participación activa de la comunidad y de políticas de mercado, se puede llegar a un punto de equilibrio de 100 % de recuperación de costos con un promedio de 358 consultas mes (cuadro 6), en el que se equilibran los ingresos y egresos.

6. Es necesario hacer notar que se debe prestar servicios de calidad para penetrar en el mercado y consolidarse en el tiempo, caso contrario no se garantiza el éxito del modelo.
7. Dentro del Plan Financiero también implementar, un modelo de Servicios, Recursos Humanos, un Sistema de Información General, un Sub Sistema de Contabilidad y un Sub sistema de Suministros Médicos e Inventarios.
8. El sistema de organización y Dirección comprende desde la cabeza de sector que es el Ministerio de Salud, el Servicio Departamental de Salud – SEDES (Prefectura) y la Honorable Alcaldía Municipal de El Alto quienes sobre la base de un convenio se delega la Administración del Centro de Salud , en este caso el de Villa Bolívar a una Institución Privada Sin Fines de Lucro esta organización a la que podemos denominar coordinación es la responsable de llevar adelante el modelo de la recuperación de costos de prestación de Servicios de Salud con los Sistemas Administrativos Gerenciales mencionados anteriormente.
9. Y por ultimo tenemos el Sistema de Supervisión y control destinado a controlar las operaciones, con la seguridad de que las instrucciones deben ser conocidas y comprendidas tanto por el Supervisor como el Supervisado a objeto de asegurar la calidad de atención de los usuarios de los Servicios, estimulando y motivando a los integrantes del equipo.
10. Cuando los Sistemas de Planificación Financiera, Organización y Dirección, Supervisión y Control funcionen adecuadamente se estará garantizando la prestación de Alta Calidad de Servicios de Salud, a precios bajos, para que los mismos sean accesibles a la población objetivo. De esta forma también estaremos cumpliendo nuestro objetivo general que es el de manejar las condiciones de Salud de Villa Bolívar lo cual se puede medir en un periodo determinado la reducción de la morbilidad y mortalidad Materno Infantil.
11. Se hace notar que si bien este modelo tiene un manejo gerencial independiente, mediante una administración delegada no es tan independiente en cuanto a políticas y normas de salud que señala la cabeza del sector que es el Ministerio de Salud a través de los Municipios por la Ley de Participación Popular y la Ley Descentralización Administrativa.
12. Por último se puede indicar que el presente modelo puede ser replicado en otras áreas de la ciudad de El Alto y también en otros Departamentos de Bolivia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. Pablo Ramos Sánchez. "La estabilización y el modelo neoliberal en Bolivia. UMSA. La Paz. 1987.
2. William Mceachern. "Economía , Una Introducción Contemporánea"
3. Folke Kafka. "Casos y Ensayos en Economía de Empresa. Ed. Lima-Perú. Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico. Pag. 151.
4. G. Baca Urbina. Evaluación de Proyectos. Mc Graw Hill. México. Pag. 175.
5. "El pulso a la democracia. Participación ciudadana y descentralización en Bolivia". República de Bolivia Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Participación Popular. Nueva Sociedad. Venezuela 1997. 438 pag.
6. José Hulshof. " Economía Política del Sistema de Salud. Universidad mayor de San Marcos,. Lima.Perú. 1988.
7. Gasto Nacional y financiamiento del sector salud. Serie: Diálogos sobre salud. ILDIS.1995. La Paz. Bolivia.
8. Ministerio de Salud. "Guía para el control de costos en servicios públicos de salud.
9. Charles W. L. Hill/Gareth R. Jones. "Administración estratégica". 3ª ed. McGraw Hill. Colombia. 1996. 540 ps.
10. UNICEF/OPS. Principio y pilares de la transformación en Salud. La Paz. 1994.
11. Ministerio de Salud y Previsión Social."Profundización del proceso de Descentralización del sector Salud. Programa de Apoyo Presupuestario del Reino de los Países Bajos. La Paz. Bolivia .1999.
12. Godofredo Sandoval, Fernanda Sostres. "La ciudad prometida". ILDIS-SYSTEMA. La Paz. 1989.
13. UNITAS. "El Alto desde El Alto". N° 5. 1988. 247 pp.
14. Seminario Taller": Estrategias y Alternativas para la Red de Servicios de Salud de la ciudad de El Alto. PROSALUD. Santa Cruz. 20-30 de mayo .1989.
15. Ley Orgánica de Municipalidades N° 2028 del 28 de octubre de 1999

16. Ley Nro. 1551 de Ley de Participación Popular del 20/04/94
17. Reglamento de la Ley de Participación Popular, Decreto Supremo 23813 del 30/06/94
18. Ley 1178 del 20/07/90, Ley de Administración y Control Gubernamental.
19. Decreto Supremo Nro. 25233 del 27/11/98, Organización del Servicio Departamental de Salud (SEDES)
20. D.S. 25233 de Organización del Servicio Departamental de Salud. La Paz, 27 de Noviembre de 1998.

ANEXO I

ENCUESTA DE PREMERCADEO

U.V. _____ MANZANA: _____ N° DE BOLETA: _____

DIRECCIÓN: _____ FECHA: 29/01/00

1. ENCUESTADOS

Jefe de familia () Esposa () Exoso () Otros ()

2. CUANTAS PERSONAS VIVEN BAJO EL MISMO TECHO? () personas

3. ANOTE LA EDAD Y EL SEXO DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS

GRUPO DE EDAD	TOTAL	HOMBRE	MUJER	GRUPO DE EDAD	TOTAL	HOMBRE	MUJER
0-4				35-39			
5-9				40-44			
10-14				45-49			
15-19				50-54			
20-24				55-59			
25-29				60-64			
30-34				65 y más			

4. MARQUE LA OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

CATEGORÍA OCUPACIONAL	X	CATEGORÍA OCUPACIONAL	X
Profesional -Técnico		Artesano - Operarios	
Profesor		Mecánico- Artes Gráficas	
Empleado de oficina		Otros Artesanos-Albañiles	
Militar-Policia		Obrero - Jornalero	
Comerciante-Vendedor		Servicios personales	
Agricultor-Ganadero		Enfermería - Salud	
Conductor medios transporte		Jubilados- Sin especificar	

5. MARQUE LA OCUPACIÓN DE LA MADRE

CATEGORÍA OCUPACIONAL	X	CATEGORÍA OCUPACIONAL	X
Ama de casa		Artesano - Tejedora	
Profesora		Enfermera - Matrona	
Empleado de Tienda - Oficina		Obrera de fábrica	
Profesional		Empleada doméstica	
Comerciante-Vendedor		Sin datos	
Agricultora-Ganadera			

6. ESTÁN ASEGURADOS A ALGUNA INSTITUCIÓN?

SI () NO () NS/NR ()

7. MARQUE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

NIVEL DE INSTRUCCION	X	NIVEL DE INSTRUCCION	X
Ninguno		Superior	
Primaria		No sabe - No responde	
Medio			

7. LA VIVIENDA ES:

Propia () No es propia ()

8. EN CASO DE ENFERMAEDAD A QUIEN ACUDE

Hospital o Centro de Salud () Médico o clínica privada () Farmacia ()
 Curandero () familiar () Otro ()

Nombre del Encuestador: _____

**CUADRO N° 1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO Y EDAD**

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	%	MUJERES	%
0-4	1695	806	14,62	889	15,86
5-9	1784	863	15,85	921	16,44
10-14	1497	773	10,02	724	12,93
15-19	1194	585	10,61	609	10,88
20-24	850	414	7,51	436	7,79
25-29	865	427	7,74	438	7,82
30-34	821	406	7,38	415	7,41
35-39	816	378	6,86	438	7,82
40-44	568	316	5,73	252	4,5
45-49	391	312	3,85	179	3,19
50-54	238	134	2,43	104	1,86
55-59	141	80	1,45	61	1,09
60-64	102	47	0,85	55	0,98
65 y más	152	74	1,32	79	1,41
	11115	5515	100,00	5600	100,00

FUENTE: ENCUESTA DE PREMERCADEO. EL ALTO, 29 DE ENERO DE 2000.

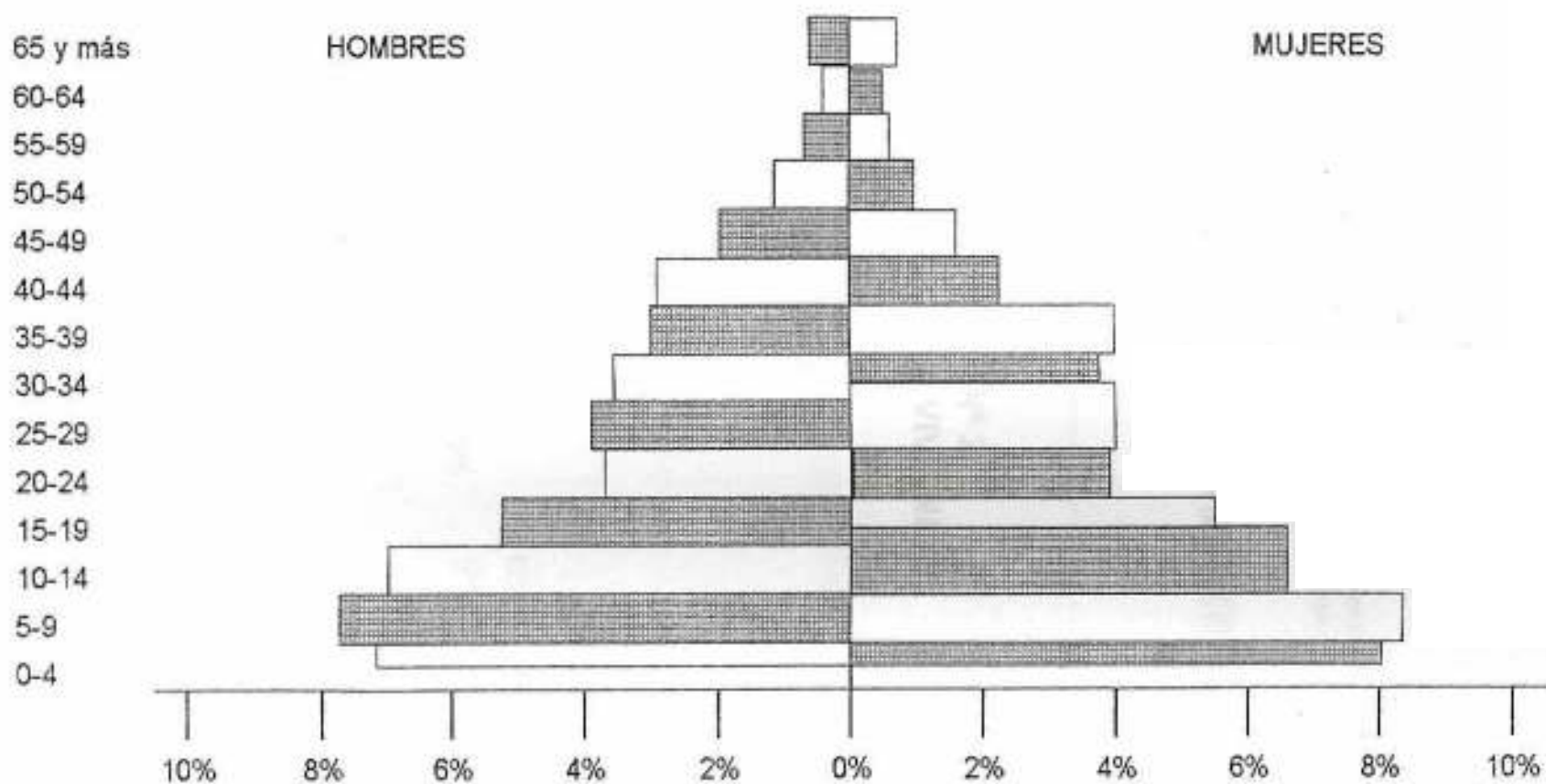
CUADRO N° 1-A
ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	%	MUJERES	%
0-4	1695	806	7,25	889	8,29
5-9	1784	883	7,78	921	8,29
10-14	1497	773	6,85	724	6,51
15-19	1194	585	5,26	609	5,49
20-24	850	414	3,72	436	3,92
25-29	605	427	3,84	438	3,94
30-34	621	408	3,65	415	3,73
35-39	618	378	3,4	438	3,94
40-44	588	316	2,84	252	2,27
45-49	391	312	1,91	179	1,61
50-54	238	134	1,21	104	0,94
55-59	141	80	0,72	61	0,55
60-64	102	47	0,42	55	0,49
65 y más	152	74	0,67	79	0,71
	11116	5515	49,62	5600	50,38

FUENTE: ENCUESTA DE PREMERCADEO. EL ALTO. 29 DE ENERO DE 2000.

GRAFICO N° 1

ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO

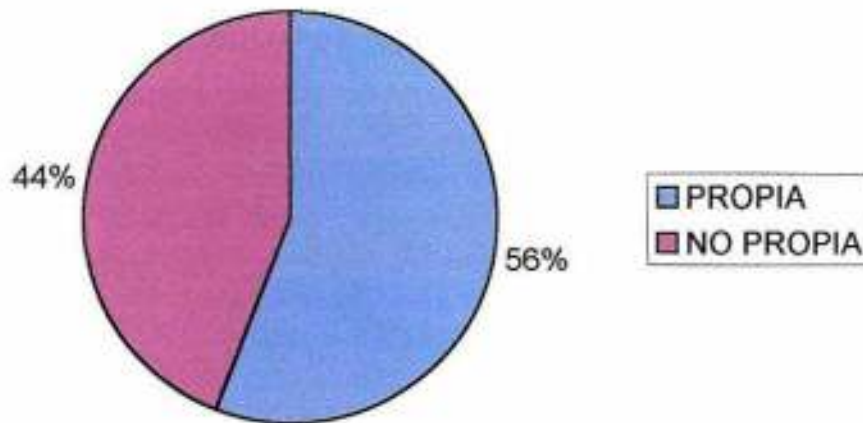


CUADRO N° 2
TENENCIA DE LA VIVIENDA
(por familias)

TENENCIA	TOTAL	%
PROPIA	1226	55,73
NO PROPIA	974	44,27
TOTAL	2200	100

FUENTE: ENCUESTA DE PREMERCADERO. EL ALTO 29 DE ENERO DE 2000

GRAFICO N° 2
TENENCIA DE LA VIVIENDA

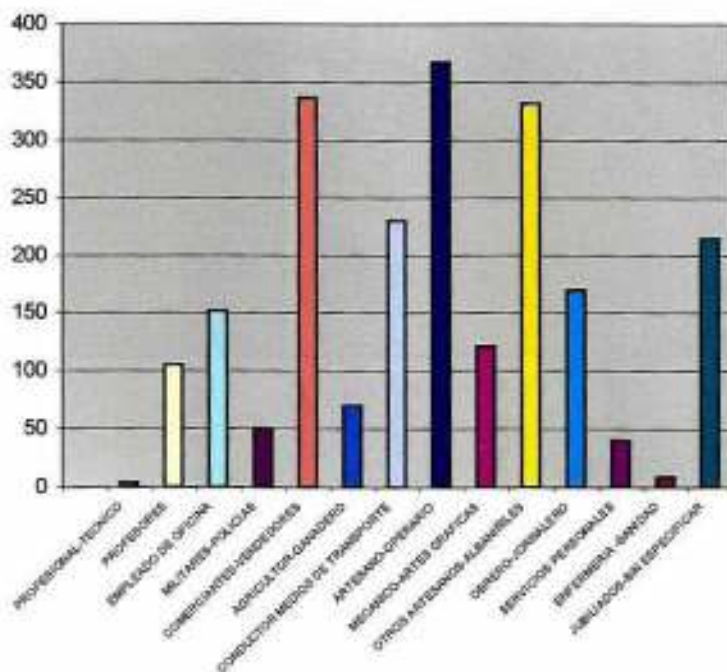


CUADRO N° 3
CLASIFICACION POR CATEGORIA OCUPACIONAL DEL PADRE
(Por familia)

CATEGORIA OCUPACIONAL	TOTAL	%
PROFESIONAL-TECNICO	4	0,18
PROFESORES	105	4,78
EMPLEADO DE OFICINA	151	6,86
MILITARES-POLICIAS	50	2,27
COMERCIANTES-VENDEDORES	337	15,32
AGRICULTOR-GANADERO	70	3,18
CONDUCTOR MEDIOS DE TRANSPORTE	230	10,45
ARTESANO-OPERARIO	367	16,68
MECANICO-ARTES GRAFICAS	121	5,6
OTROS ARTESANOS-ALBANIÑILES	332	15,09
OBRAERO-JORNALERO	169	7,68
SERVICIOS PERSONALES	40	1,82
ENFERMERIA -SANIDAD	9	0,42
JUBILIADOS-SIN ESPECIFICAR	215	9,77
TOTAL	2200	100,00

FUENTE: ENCUESTA DE PREMERCADEO. EL ALTO. 29 DE ENERO DE 2000.

GRAFICO N° 3
CLASIFICACION POR CATEGORIA OCUPACIONAL

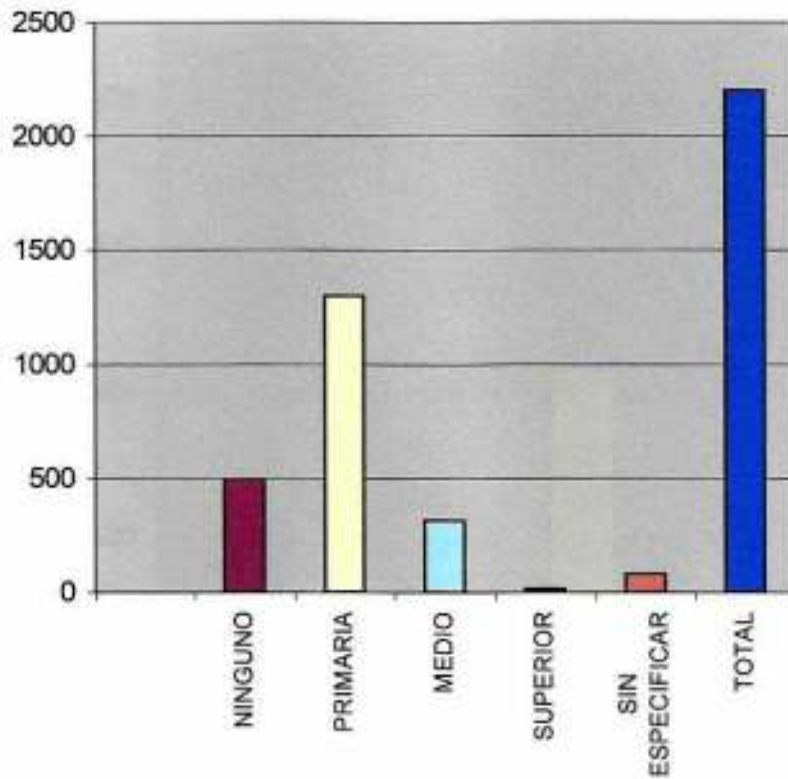


CUADRO N° 4
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE
 (Por familia)

NIVEL	NUMERO	%
NINGUNO	494	22,45
PRIMARIA	1299	59,04
MEDIO	315	14,32
SUPERIOR	14	0,64
SIN ESPECIFICAR	78	3,55
TOTAL	2200	100,00

FUENTE: ENCUESTA DE PREMERCADEO.
 EL ALTO. 29 DE ENERO DE 2000.

GRAFICO N° 4
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

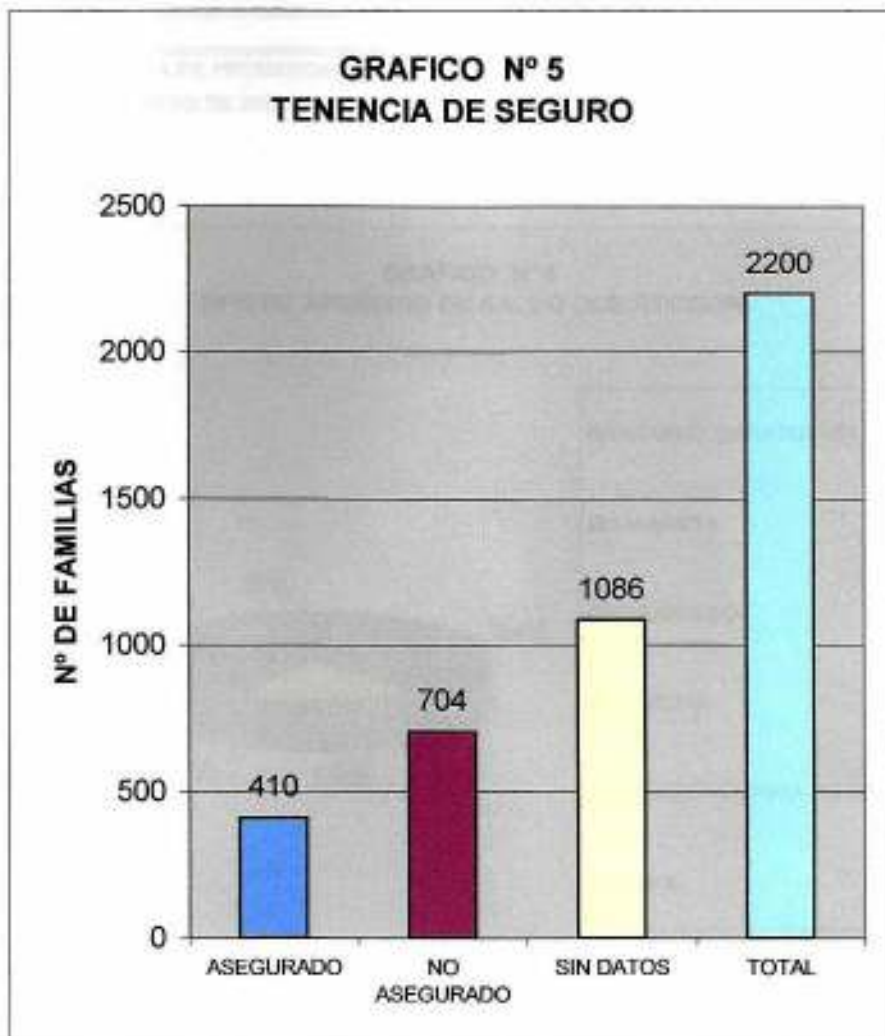


CUADRO N° 5
TENENCIA DE SEGURO

(Por familia)		
TENENCIA	TOTAL	%
ASEGURADO	410	18,64
NO ASEGURADO	704	32,00
SIN DATOS	1086	49,36
TOTAL	2200	100,00

FUENTE: ENCUESTA DE PREMERCADERO. EL ALTO 29 DE ENERO DE 2000

GRAFICO N° 5
TENENCIA DE SEGURO



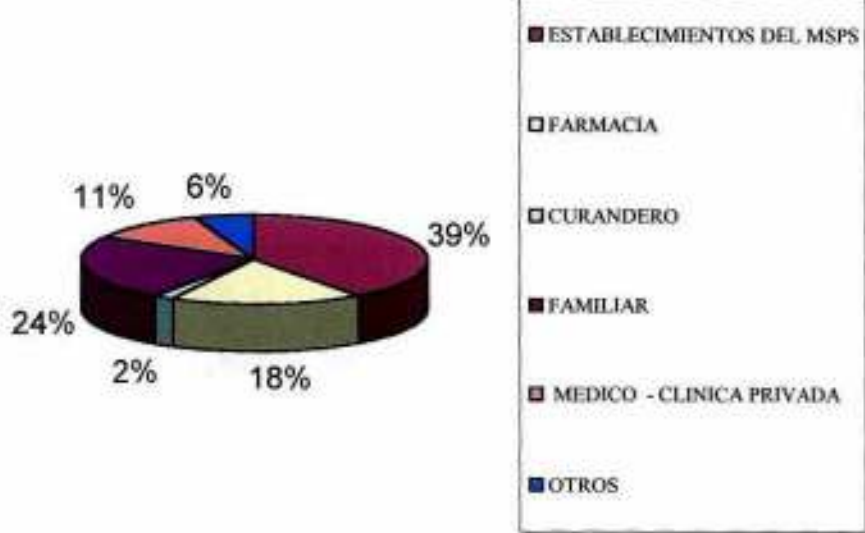
CUADRO Nº 6
TIPO DE ATENCION DE SALUD QUE RECIBEN

(Por familia)

TIPO DE ATENCION	TOTAL	%
ESTABLECIMIENTOS DEL MSPS	873	39,68
FARMACIA	401	18,23
CURANDERO	40	1,82
FAMILIAR	519	23,59
MEDICO - CLINICA PRIVADA	242	11,00
OTROS	125	5,68
TOTAL	2200	100,00

FUENTE: ENCUESTA DE PREMERCADEO.
EL ALTO. 29 DE ENERO DE 2000.

GRAFICO Nº 6
TIPO DE ATENCION EN SALUD QUE RECIBEN



CUADRO N° 7
CLASIFICACION POR CATEGORIA OCUPACIONAL DE LA MADRE
 (Por familia)

CATEGORIA OCUPACIONAL	TOTAL	%
AMA DE CASA	1679	76,3
EMPLEADA DOMESTICA	75	3,4
PROFESIONAL	3	0,1
PROFESORA	23	1,0
EMPLEADA DE OFICINA/TIENDA	4	0,2
COMERCIANTE-VENDEDORA	331	15,0
AGRICULTORA-GANADERA	19	0,9
ARTESANA-TEJEDORA	16	0,9
OBRERA DE FABRICA	2	0,1
ENFERMERA -MATRONA	14	0,6
SIN DATOS	34	1,5
TOTAL	2200	100,1

FUENTE: ENCUESTA DE PREMERCADEO. EL ALTO. 29 DE ENERO DE 2000.

GRAFICO N° 7
CLASIFICACION POR CATEGORIA
OCUPACIONAL DE LA MADRE

