



Servicio Estatal
de Autonomías



**Diagnóstico de los establecimientos de
salud de tercer nivel para el traspaso
de responsabilidades a los
Gobiernos Autónomos
Departamentales**

Diagnóstico de los establecimientos de salud de tercer nivel para el traspaso de responsabilidades a los Gobiernos Autónomos Departamentales

Este documento fue elaborado por la Dirección de Desarrollo Legislativo Competencial (DDL) y la Dirección de Asuntos Autonómicos Económico Financieros (DAAEF) del Servicio Estatal de Autonomías (SEA) tomando como referencia la Consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención". Este diagnóstico constituye un instrumento para el debate y la asistencia técnica en torno a la implementación del régimen autonómico.

Servicio Estatal de Autonomías - SEA

Directora Ejecutiva (a.i.):

Sandra Durán Canelas Aranibar

Equipo de Elaboración

Dirección de Desarrollo Legislativo y Competencial

Faviola Porcel Molina

Gonzalo Bilbao La Vieja
José Vera Brun
Diego Chavez Rodríguez
Javier Pérez Mendieta
Claudia Flores Prado
Daniel Carreón Mealla

Dirección de Asuntos Autonómicos Económico Financieros

Carlos Rodrigo Zapata

Juan Alejandro Saavedra Castellanos
Diego Maldonado Jover

Corrección y Diagramación: Unidad de Comunicación

Dirección: Calle Goitia Nº 188, esquina Capitán Ravelo

Telf./Fax: (+591) 2-141393 - 2146862

Impreso con el apoyo financiero de UNICEF.

Agosto de 2012



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes

Despacho Ministerial

PRESENTACIÓN

La Constitución Política del Estado señala que la salud es un derecho fundamental y se constituye en la primera responsabilidad financiera del Estado. En ese marco, se establece como competencia exclusiva del nivel central la "política del sistema de salud" y como competencia concurrente con las Entidades Territoriales Autónomas la "gestión del sistema de salud".

La Ley Marco de Autonomías y Descentralización delimita los alcances de las competencias, cuya aplicación requiere el traspaso de medios y servicios entre la administración central y los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención en salud a las y los bolivianos.

El Servicio Estatal de Autonomías, en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes, recopiló información sobre el marco legal y competencial, el estado del traspaso de responsabilidades en todos los departamentos del país, así como los datos financieros y presupuestarios de los establecimientos de salud de tercer nivel.

Esta información y datos se plasma en el presente documento denominado "**Diagnóstico de los establecimientos de salud de tercer nivel para el traspaso de responsabilidades a los Gobiernos Autónomos Departamentales**", que clarifica algunos aspectos de corte administrativo, como las fuentes de los ingresos de los establecimientos de salud, así como los objetos de gastos.

En el caso de los recursos humanos, describe y analiza los financiados con la fuente HIPC y por los Gobiernos Autónomos Departamentales. También detalla que en algunos departamentos no se consolidó el traspaso de competencias y servicios, el cual está en proceso con la finalidad de garantizar la prestación de los servicios de salud.

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

"2012 Año de la No Violencia Contra la Niñez y la Adolescencia en el Estado Plurinacional de Bolivia"

Presentación

En el marco del análisis y evaluación del proceso de ejercicio efectivo de las competencias, como base de las políticas de fortalecimiento institucional, el Servicio Estatal de Autonomías (SEA) elaboró el presente documento sistematizando la información referida a los establecimientos de salud del tercer nivel, con el fin de obtener un panorama de la situación actual de los mismos.

El nuevo modelo de Estado instaurado en Bolivia presenta una distribución competencial novedosa que deberá ser ejercida por los diferentes niveles de gobierno titulares de las competencias. En el caso de la competencia concurrente de Gestión del Sistema de Salud y Educación, la Ley Marco de Autonomías y Descentralización (LMAD) establece que los Gobiernos Autónomos Departamentales deben administrar los Establecimientos de salud de tercer nivel. Esta responsabilidad recaía anteriormente en los Gobiernos Autónomos Municipales, por lo cual el presente diagnóstico resulta de gran importancia para las entidades territoriales autónomas y particularmente para los nuevos responsables de los alcances de la competencia precitada.

La elaboración del presente diagnóstico fue posible a partir del trabajo de campo realizado por los profesionales técnicos especialistas del SEA; como resultado de reuniones con autoridades y otros actores fundamentales del proceso; de la revisión de información económico financiera; de la sistematización y de la validación de datos, entre otras acciones que permiten poner a disposición de todos los interesados este completo y valioso documento.

Sandra Durán Canelas Aranibar
DIRECTORA EJECUTIVA a.i.
SERVICIO ESTATAL DE AUTONOMÍAS

Índice

1.Introducción	11
2.Antecedentes	11
2.1. Justificación	11
2.2. Marco legal y competencial	12
2.2.1. La salud como un Derecho Fundamental. Marco legal de la CPE.....	12
2.2.2. Disposiciones legales del sector	12
2.2.3. Asignación competencial y tipo de Competencia	13
2.2.4. Las instancias encargadas en salud del Nivel Departamental.....	14
2.3. Alcance del informe	14
2.3.1. Traspaso de responsabilidades y ámbito de Acción del Servicio Estatal de Autonomías	14
2.4. Acciones realizadas.....	15
2.5. Descripción del sector	20
2.5.1. El Sistema de salud.....	20
2.5.2. Modelo de atención	21
2.5.3. Modelo de gestión.....	22
2.5.4. Estructura de la cobertura.....	23
2.6. Mapeo de actores	28
2.7. Relevamiento de información	28
3. Análisis Económico Financiero.....	29
3.1. Flujo de financiamiento y gasto	29
3.2. Ejecuciones presupuestarias	33
3.2.1 Ingresos	33
3.2.2 Gastos	36
3.3. Ingresos Vs. gastos	43
3.4. Comparación con la gestión anterior.....	48
3.5. Presupuesto 2012.....	49
4 Aspectos Administrativos	50
4.1. Infraestructura	50
4.2. Recursos humanos.....	52
5. Conclusiones	54

Lista de Cuadros

- Cuadro N° 1 Responsables por departamento
- Cuadro N° 2 Establecimientos de Salud: 2009
- Cuadro N° 3 Establecimientos de Salud – Traspaso
- Cuadro N° 4 Ingreso de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención descrita por fuente de financiamiento y agente Financiador – 2010
- Cuadro N° 5 Ingresos por fuente municipal gestión – 2010
- Cuadro N° 6 Ingreso de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención descrita por proveedor de servicio y agente financiador – 2010
- Cuadro N° 7 Reporte de Ingresos de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención descrita por departamento y agente financiador – 2010
- Cuadro N° 8 Gasto de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención descrita por fuente de financiamiento y agente financiador – 2010
- Cuadro N° 9 Gasto de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención descrita por proveedor de servicio y agente financiador – 2010
- Cuadro N° 10 Gasto de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención descrita por objeto del gasto y agente financiador – 2010
- Cuadro N° 11 Gasto de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención descrita por departamento y agente financiador – 2010
- Cuadro N° 12 Ingresos vs. Gastos de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención descrita por fuente de financiamiento – 2010
- Cuadro N° 13 Ingresos vs. Gastos de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención descrita por agente Financiador – 2010
- Cuadro N° 14 Ingresos vs. Gastos de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención descrita por departamento – 2010
- Cuadro N° 15 Ingresos vs. Gastos de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención descrita por proveedor de servicio – 2010
- Cuadro N° 16 Ejecuciones presupuestarias del gasto 2009 y 2010
- Cuadro N° 17 Presupuesto 2012
- Cuadro N° 18 Establecimientos de salud por especialidad
- Cuadro N° 19 Recursos Humanos por fuente de financiamiento – 2010

Lista de gráficos

- Gráfico N° 1 Proceso
- Gráfico N° 2 Actores involucrados
- Gráfico N° 3 Comisiones mixtas
- Gráfico N° 4 Flujo de financiamiento y gasto en los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel
- Gráfico N° 5 Estructura porcentual de la funcionalidad de los RRHH

Lista de Siglas y Acrónimos

ASFI	Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero
CPE	Constitución Política del Estado
DAAEF	Dirección de Asuntos Autonómicos Económico Financieros
DDLC	Dirección de Desarrollo Legislativo y Competencial
DGCF	Dirección General de Contabilidad Fiscal
DILOS	Directorio Local de Salud
FNDR	Fondo Nacional de Desarrollo Regional
FPS	Fondo de Inversión Productiva y Social
FSN	Fondo Solidario Nacional
GAD	Gobierno Autónomo Departamental
GAM	Gobierno Autónomo Municipal
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries (Países Pobres Altamente Endeudados)
IDH	Impuesto Directo a los Hidrocarburos
LMAD	Ley Marco de Autonomías y Descentralización
MEFP	Ministerio de Economía y Finanzas Pública
MSyD	Ministerio de Salud y Deportes
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
POA	Programación Operativa Anual
REPES	Reportes de Prestaciones Establecidas de Seguros Públicos de Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEA	Servicio Estatal de Autonomías
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
SSPAM	Seguro Social para el Adulto Mayor
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SUSA	Seguro Universal de Salud Autónomo
SUSAT	Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija
TGE	Tesoro General del Estado
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales Económicas
UFVs	Unidades de Fomento a la Vivienda
VIPFE	Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

1. Introducción

La Constitución Política del Estado ha distribuido competencias a las Entidades Territoriales Autónomas que en algunos casos ya estaban siendo ejercidas por las mismas, mientras que otras deberán ser ejercidas gradualmente. La Ley N° 031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización (LMAD), define el alcance de estas competencias para cada nivel territorial, así como sus modalidades de cesión.

De acuerdo al **Numeral 4, Parágrafo II, Artículo 6 de la LMAD**, la competencia es la titularidad de atribuciones ejercitables respecto de las materias determinadas por la Constitución Política del Estado y la ley. Una competencia puede ser privativa, exclusiva, concurrente y compartida, con las características establecidas en el Artículo 297 de la Constitución Política del Estado.

Las competencias pueden experimentar un movimiento en cuanto a su titularidad o responsabilidad, a través de:

- La transferencia de competencia, que es la cesión definitiva de la responsabilidad a la Entidad Territorial Autónoma que la recibe (Art. 75, LMAD).
- La delegación de competencia, que es la cesión revocable de la responsabilidad a la Entidad Territorial Autónoma, sin que el delegante pierda la titularidad sobre la competencia (Art. 76, LMAD).
- La asignación competencial, únicamente cuando el titular o responsable del ejercicio de la competencia sea modificado.

Siempre que exista un movimiento competencial, es decir, una modificación del titular o responsable del ejercicio de la competencia, será requerido **un traspaso de responsabilidades**. Este es el proceso, de carácter administrativo, para el ejercicio efectivo de las responsabilidades sobre una competencia que la Constitución Política del Estado ha modificado en su titularidad al asignarla a una nueva Entidad Territorial Autónoma (Art. 112, LMAD). Este proceso es inherente a cualquier movimiento competencial, en tanto el nivel territorial al que se ha asignado, transferido o delegado una competencia requiere la traslación de medios y servicios desde la entidad que anteriormente ejercía la competencia.

El Numeral 17, Parágrafo II, Artículo 298 asigna la competencia exclusiva de **“política del sistema de salud”** al nivel central del Estado y el Numeral 2, Parágrafo II, Artículo 299, distribuye la competencia concurrente de **“gestión del sistema de salud”**, entre el nivel central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas.

2. Antecedentes

El Servicio Estatal de Autonomías (SEA), en el marco de sus atribuciones establecidas en la LMAD, coordinó reuniones con los actores involucrados en el traspaso de responsabilidades para el ejercicio efectivo de las competencias, estos son: Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales, Establecimientos de Salud de Tercer Nivel y el Ministerio de Salud y Deportes (MSyD), con la finalidad de orientar dicho traspaso.

2.1. Justificación

A efectos de cumplir el mandato establecido en la Constitución Política del Estado y la LMAD, la administración y funcionamiento de los establecimientos de salud del tercer nivel deberán ser asumidos por los Gobiernos Autónomos Departamentales.

En virtud a la distribución y delimitación de alcances de las competencias del sector de salud establecida por la LMAD, los Gobiernos Autónomos Departamentales asumen, en el marco de la competencia concurrente del Numeral 2 el parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado (CPE), las atribuciones de proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento, así como proveer los servicios básicos, equipo, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, al tercer nivel de atención en salud (Inciso c y d, Numeral 1, Parágrafo III, Artículo 81 de la LMAD).

2.2. Marco Legal y Competencial

2.2.1. La salud como un Derecho Fundamental. Marco Legal de la CPE

El Parágrafo I y II, Artículo 18 de la Constitución Política del Estado define a la salud como un derecho, y establecen la garantía, por parte del Estado, de inclusión y acceso a la salud a todas las personas, sin exclusión ni discriminación. Asimismo, el Parágrafo I, Artículo 35 determina que el **“Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud**, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”. Finalmente el Artículo 37 establece la obligación indeclinable del Estado de **“garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera”**, y el Parágrafo II, Artículo 38 determina que los servicios de salud **serán prestados de manera ininterrumpida**.

En relación a la política fiscal, el Parágrafo II, Artículo 321 de la Constitución Política del Estado establece que las asignaciones atenderán especialmente a la educación, salud, la alimentación, la vivienda y el desarrollo productivo.

2.2.2. Disposiciones Legales del Sector

Disposiciones Relativas a los Recursos Humanos

El Numeral 13, Parágrafo I, Artículo 81 de la LMAD delimita el alcance de la competencia del nivel central del Estado de definir la **política salarial, gestionar los recursos y financiar los salarios y beneficios del personal** dependiente del Sistema Único de Salud.

En relación al Seguro Universal Materno Infantil, el Parágrafo I, Artículo 9 del Decreto Supremo No. 26874 establece **que el Tesoro General financiará los gastos del personal del Seguro Público de Salud** hasta el monto consignado en el Presupuesto General. El Parágrafo II, Artículo 9 señala que **“éstas partidas serán consignadas en el Presupuesto anual de la Prefectura** de cada departamento, en la Dirección Departamental de Desarrollo Social y SEDES correspondiente”. El Parágrafo III, Artículo 14 del citado Decreto Supremo **establece que los recursos humanos administrativos y de apoyo podrán ser contratados por el Gobierno Municipal** con cargo a sus propios recursos, evitando la duplicidad de funciones con el personal asignado por el SEDES.

El Parágrafo I, Artículo 21 del Decreto Supremo No. 28968 (Reglamentación de Prestaciones y gestión del Seguro de Salud del Adulto Mayor), determina que los recursos humanos en salud, **actualmente pertenecientes y asignados al sector público**, serán responsables de brindar la atención a favor de los asegurados del SSPAM, mantienen su relación obrero patronal y serán **remunerados con fondos del Tesoro General de la Nación**.

El Parágrafo I, Artículo 1 del Decreto Supremo No. 26874 define las **categorías de servidores públicos en el sector salud que deben ser remuneradas por el Gobierno Nacional** a efecto de mantener unidad en el servicio: Médicos Bioquímicos (laboratoristas y farmacéuticos), Odontólogos, Enfermeras tituladas, Enfermeras Auxiliares, Nutricionistas, Trabajadoras sociales, Técnicos en rayos X, Técnicos en laboratorio, Técnicos en fisioterapia, Fonoaudiólogos, Optometristas.

Disposiciones Relativas al Financiamiento del Servicio, la Infraestructura, Equipamiento y Suministros

La LMAD recupera el régimen fiscal financiero de la Ley de Participación Popular (Ley N° 1551) en sus disposiciones transitorias, en términos de coparticipación tributaria dirigida a municipios. Sin embargo, el Parágrafo II, Artículo 64 de la LMAD establece que **los ingresos que se asignan en esta ley “tendrán como destino el financiamiento de la totalidad de competencias previstas** en los Artículos 299 al 304 de la Constitución Política del Estado”.

El Parágrafo I, Artículo 112 de la LMAD define que “en los casos en que el **traspaso efectivo de responsabilidades, transferencia, o delegación competencial involucre la prestación de servicios relativos a los derechos fundamentales de la población**, las entidades involucradas, la entidad competente del nivel central del Estado y el Servicio Estatal de Autonomías, **establecerán los criterios para el costeo** de la competencia a ser transferida o delegada, o **de la responsabilidad a ser traspasada**, así como el correspondiente financiamiento de las competencias que son afectadas”.

El Parágrafo I, Artículo 10 del Decreto Supremo No. 26874, Reglamento de prestaciones y gestión del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), establece que el **10% de los recursos de la Participación Popular** están destinados a financiar los insumos, servicios no personales y medicamentos vinculados exclusivamente a la atención del SUMI. En caso de que el financiamiento anterior resulte insuficiente, se autoriza el acceso al Fondo Solidario Nacional que estará conformado con recursos de la Cuenta Especial Diálogo 2000 (Parágrafo I, Artículo 11, D.S. No. 26874).

El Artículo 33 del Decreto Supremo No. 28968, Reglamento de prestaciones y gestión del Seguro de Salud del Adulto Mayor, establece que el financiamiento del SSPAM, será **solventado por una fuente plural de recursos municipales, siendo estos: los recursos de Coparticipación Tributaria, Impuesto Directo a los Hidrocarburos - IDH e ingresos propios**. El Artículo 36 del Decreto Supremo No. 28968 señala que el Seguro “se financiará mediante una prima anual única de Bs. 450.80.- (cuatrocientos cincuenta 80/100 bolivianos) con mantenimiento de valor en función a la variación de las Unidades de Fomento a la Vivienda – UFVs, publicada oficialmente por el Banco Central de Bolivia – BCB”, correspondiendo la fracción **de 53,57% de la prima a la atención de los establecimientos del tercer nivel**.

2.2.3. Asignación Competencial y Tipo de Competencia

La Constitución Política del Estado establece la competencia exclusiva del nivel central del Estado de **definir las políticas del sistema de salud y educación** (Numeral 17, Parágrafo II, Artículo 298), determinando la **gestión del sistema de salud y educación** como competencia concurrente entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas (Numeral 2, Parágrafo II, Artículo 299).

En virtud a la distribución competencial de la Constitución Política del Estado y delimitación de alcances de las competencias del sector de salud establecida por la LMAD, los **Gobiernos Autónomos Departamentales asumen la atribución de proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento, así como proveer los servicios básicos, equipo, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, del tercer nivel de atención en salud** (Inciso c y d, Numeral 1, Parágrafo III, Artículo 81). En tanto que los Gobiernos Autónomos Municipales **asumen la dotación y administración de la infraestructura y equipamiento, así como la dotación y administración de servicios básicos, equipo, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, del primer y segundo nivel de atención en salud** (Inciso c, f y g, Numeral 2, Parágrafo III, Artículo 81).

2.2.4. Instancias encargadas en salud del Nivel Departamental

El Inciso c, Numeral 1, Parágrafo III, Artículo 81 de la LMAD establece como competencia de los Gobiernos Autónomos Departamentales la de **“proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel”**. El inciso d, Numeral 1, Parágrafo III, Artículo 81 de la misma ley define, también como competencia de los Gobiernos Autónomos Departamentales, la **provisión de servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, la supervisión y control de su uso**.

El Numeral 3, Parágrafo II, de la Disposición transitoria decimosegunda de la LMAD mantiene la vigencia del Decreto Supremo No. 25233, de 27 de noviembre de 1998, de creación de los **Servicios Departamentales de Salud**. El Artículo 2 del Decreto Supremo No. 25233 establece la naturaleza del SEDES como órgano desconcentrado de la Prefectura (ahora Gobierno Autónomo Departamental). Tiene estructura propia e independencia de gestión administrativa, competencia de ámbito departamental y **dependen linealmente del Prefecto (ahora Gobernador) y funcionalmente del Director de Desarrollo Social** de la respectiva Prefectura de Departamento.

El Artículo 3 del Decreto Supremo No. 25233 establece la misión del Servicio Departamental de Salud: en su inciso a) ejercer como Autoridad de Salud en el ámbito departamental, en su inciso b) **establecer, controlar y evaluar permanentemente la situación de salud** en el Departamento, y en su inciso c) promover la demanda de salud **y planificar, coordinar, supervisar y evaluar su oferta**. El Inciso a, Artículo 5 de citado Decreto Supremo transfiere del Ministerio de Salud y Previsión Social al SEDES **funciones técnicas, administrativas y operativas**. Por su Artículo 13, la Unidad de Administración y Finanzas es **“responsable de administrar los recursos humanos, físicos y financieros”**.

2.3. Alcance del Informe

2.3.1. Traspaso de Responsabilidades y Ámbito de Acción del Servicio Estatal de Autonomías

La LMAD, de manera concreta, detalla la coordinación en el caso de competencias, programas y proyectos concurrentes. Estos casos se catalogan en transferencia, delegación **o traspaso de responsabilidades**. Cuando estos procedimientos involucren la **prestación de servicios relativos a derechos fundamentales** “las en-

tidades involucradas, la entidad competente del nivel central del Estado y el Servicio Estatal de Autonomías, establecerán los criterios para el costeo de la competencia a ser transferida o delegada, o de la responsabilidad a ser traspasada, así como el correspondiente financiamiento de las competencias que son afectadas” (Parágrafo I, Artículo 112).

Por las consideraciones citadas, **la distribución de competencias ha sido realizada y el procedimiento que el caso requiere es el de un traspaso de responsabilidades**. Por ser un derecho y primera obligación del Estado, se constituye una prioridad. El Servicio Estatal de Autonomías apoya en el proceso en virtud del mandato que se le otorga en estos casos.

En el marco de lo antedicho, el Servicio Estatal de Autonomías ha realizado la recopilación de información del proceso por medio de reuniones con autoridades departamentales, municipales, directores de hospitales y comisiones mixtas de traspaso en las nueve capitales del país. A la par, se recopiló información financiera, presupuestaria y de planificación.

2.4. Acciones Realizadas

El Servicio Estatal de Autonomías, a través de la Dirección de Asuntos Autonómicos Económico Financieros (DAAEF) y la Dirección de Desarrollo Legislativo y Competencial (DDLC), coordinó reuniones con los actores antes mencionados, así como también realizaron viajes con el objetivo de elaborar un diagnóstico del estado del traspaso.

El detalle de las actividades realizadas es el siguiente:

**Gráfico N° 1
PROCESO DE DIAGNÓSTICO**



Fuente: Elaboración propia

Las primeras actividades fueron reuniones de coordinación internas con el objetivo de establecer una agenda de trabajo, cuyos temas se detalla a continuación:

- Antecedentes
- Marco Competencial Legal
- Marco Económico Financiero
- Acciones a Realizar

En referencia a los antecedentes, se estableció que sería importante conocer la forma en la que se lleva a cabo el traspaso por parte del MSyD y el Ministerio de Autonomías. En este sentido, se sostuvieron reuniones con la Dra. Lourdes Murillo, responsable del traspaso de los establecimientos de salud de tercer nivel por parte del MSyD, y con el Viceministro de Salud y Promoción, Dr. Martín Maturano. Asimismo con el Dr. Alejandro Vargas, el Dr. Daniel Vizcarra y el Lic. Rafael López, por parte del Ministerio de Autonomías. De igual forma se recopiló información sobre el trabajo realizado en la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) que sirvió de insumo para las tareas efectuadas posteriormente, tal es el caso de la propuesta de Ley para formalizar el traspaso, que no fue aprobada.

En el marco competencial legal, se acordó que la Dirección de Desarrollo Legislativo y Competencial del SEA sería la encargada de elaborar una sistematización de la normativa referida al tema.

En base a primeros contactos con los Gobiernos Autónomos Departamentales de Santa Cruz y Cochabamba, se confeccionó una lista de temas críticos a ser tomados en cuenta en vistas al traspaso de los establecimientos de tercer nivel de salud. Dicha lista, ampliada y explicada, sirvió de base para organizar el acopio de información por parte del personal del SEA en todo el país y efectuar una explicación pormenorizada de cada punto a fin de nivelar el conocimiento temático de las materias tratadas.

En el marco económico financiero se acordó:

- a) Determinar las fuentes de financiación para la administración de los establecimientos de salud de tercer nivel,
- b) Realizar una propuesta de artículo sobre el traspaso a ser incluida en la Ley Financiera para la gestión 2012, la que debería ser presentada al Viceministro de Salud y Promoción,
- c) Por último, se acordó sistematizar la información recopilada de los establecimientos de salud visitados.

Para llevar adelante las tareas conjuntas con el MSyD se concretaron reuniones de coordinación llegando a establecer la definición de las siguientes tareas:

- Acciones Realizadas por el MSyD
- Diagnóstico Situacional del Traspaso
- Agenda Conjunta de Trabajo

Asimismo, se conformaron equipos de trabajo con la finalidad de recopilar información financiera de los establecimientos de salud, el detalle de los equipos de trabajo fue el siguiente:

**Cuadro N° 1
RESPONSABLES POR DEPARTAMENTO**

DAAEF	DDLC	DEPARTAMENTO
Alejandro Saavedra	Claudia Flores	Beni y Pando
Diego Maldonado	Javier Pérez	Chuquisaca y Potosí
Carlos Rodrigo Zapata		Oruro
	Faviola Porcel Gonzalo Bilbao	Santa Cruz
Carlos Rodrigo Zapata	José Vera	Tarija
Alejandro Saavedra Diego Maldonado	Gonzalo Bilbao	La Paz

Fuente: Elaboración Propia

Producto del trabajo de campo de los equipos la siguiente información financiera fue recopilada:

- Ejecución Presupuestaria 2009, 2010 y 2011:
 - ▶ Por fuente de financiamiento.
 - ▶ Por organismo financiador.
 - ▶ Por partida de gasto.
- Recursos humanos del establecimiento, identificando los siguientes puntos:
 - ▶ Fuente de financiamiento
 - ▶ Cargo
 - ▶ Número de ítem
 - ▶ Haber básico

Con la información recopilada se pudo desarrollar las siguientes acciones:

- Presentación de los resultados obtenidos al Viceministerio de Salud y Promoción

A fin de hacer conocer el estado de situación del traspaso de los establecimientos de salud de tercer nivel, la DAAEF elaboró la presentación "Establecimientos de Salud de Tercer Nivel: Avances y Dificultades, la agenda de corto plazo", la misma se presentó al Viceministro de Salud y Promoción, Dr. Martín Maturano.

- Propuesta de Artículo a ser incluida en la Ley Financial 2012

Artículo xx. (RECURSOS DEPARTAMENTALES QUE FINANCIAN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL)

Los Gobiernos Autónomos Departamentales que no hayan realizado provisiones para atender el funcionamiento de los Establecimientos de Salud de tercer nivel de su jurisdicción en servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, deberán incorporar los recursos necesarios en su Plan Operativo Anual y Presupuesto de la gestión 2012 en la primera quincena del mes de enero de 2012, para

lo cual se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas incorporar dichos recursos en el Presupuesto General del Estado.

- Propuesta de Guía de Orientación Técnica

A raíz de la identificación de problemas en el traspaso efectivo de la competencia, se elaboró una guía de orientación técnica para apoyar a los Gobiernos Autónomos, entre estos se destaca:

- a) No se conoce la fuente de financiamiento de los recursos humanos en la mayoría de los establecimientos observados.
- b) Persisten dificultades sobre el derecho propietario de la infraestructura de los establecimientos observados.
- c) No se encuentran concluidos los procesos de conciliación de los pasivos y activos de los establecimientos observados.

La guía de orientación técnica contiene: instrumentos normativos, procesos críticos en la transferencia, delegación de competencias y traspaso de responsabilidades para el ejercicio de las competencias concurrentes y asignación competencial, entre otros.

- Determinación de aspectos administrativos relevantes respecto al traspaso

El proceso de traspaso de responsabilidades para el ejercicio de las competencias requiere la entrega o cesión de recursos, equipamiento, tecnologías, procesos y procedimientos de la entidad que ejercía la materia hacia la entidad que la ejercerá en adelante. En el caso de salud, se traspasa la administración de hospitales del nivel municipal al nivel departamental, y para esto es preciso considerar los siguientes aspectos relevantes:

- a) Para el cumplimiento del traspaso de los establecimientos de tercer nivel de atención del sub sector público, de los Gobiernos Autónomos Municipales (GAM) a los Gobiernos Autónomos Departamentales (GAD), en el marco de la Ley N° 031 y del Consejo Sectorial de Salud, se constituye el Comité de Traspaso, con base en el Consejo de Coordinación Sectorial, conformado por:
 - Gobernador(a) o su representante
 - Alcalde(sa) Municipal o su representante
 - Director(a) del Servicio Departamental de Salud.
 - Director(a) Municipal de Salud o su representante.
 - Director(a) del establecimiento de salud de tercer nivel respectivo.
- b) De acuerdo con la Ley Marco de Autonomías y Descentralización: "son de **propiedad de las entidades territoriales autónomas** los bienes muebles, inmuebles, derechos y otros relacionados, que le son atribuidos en el marco del proceso de asignación competencial previsto en la Constitución Política del Estado y la presente Ley, correspondiendo a estas entidades efectuar su registro ante las instancias asignadas por la normativa vigente" (**Parágrafo I, Artículo 109, LMAD**).
- c) En aplicación del artículo anterior, los Gobiernos Autónomos Departamentales deberán proceder a la inscripción del derecho propietario de los bienes inmuebles en

los cuales funcionan los establecimientos de salud de tercer nivel que les fueron asignados por mandato de la LMAD.

- d) La administración de los establecimientos de tercer nivel será asumida por los Gobiernos Autónomos Departamentales a través de los Servicios Departamentales de Salud, SEDES, en cumplimiento al Decreto Supremo N° 25233 de 27 de noviembre de 1998.
- e) Traspaso de Bienes Inmuebles. Se deberá traspasar a título gratuito la infraestructura física, edificaciones, áreas verdes, jardines, parqueos, áreas de acceso y otros utilizados en la prestación del servicio.
- f) Recursos Humanos. Los ítems de contratos del personal de salud y administrativo de los establecimientos de salud de tercer nivel financiados con recursos del Tesoro General del Estado, de Gobiernos Autónomos Departamentales y recursos propios generados por los establecimientos mantendrán sus fuentes de financiamiento y administración a través del SEDES en la gestión 2012, y en adelante. Deberán identificarse todos los casos sujetos dentro del régimen laboral, a fin de determinar su estabilidad y las soluciones que correspondan en cada caso. Ejemplos a tomar en cuenta se refieren a vacaciones devengadas, contratos eventuales, procesos judiciales, etc.
- g) El Personal de salud y administrativo de los establecimientos de salud de tercer nivel asignados a los GAD, financiado hasta el 31 de diciembre de 2011 con recursos de los Gobiernos Autónomos Municipales, será asumido y administrado por los Gobiernos Autónomos Departamentales a través de los SEDES.
- h) Bienes. Los bienes muebles tangibles e intangibles, maquinaria, equipos, instrumentos, vehículos, ambulancias y otros bienes actualmente utilizados por los establecimientos, serán traspasados de los Gobiernos Autónomos Municipales a los Gobiernos Autónomos Departamentales, bajo inventario notariado y acta de conformidad. De ser necesaria la verificación detallada de los inventarios podrá efectuarse de forma posterior a la firma del acuerdo de traspaso.
- i) Pasivos. Los Gobiernos Autónomos Departamentales en ningún caso asumirán los pasivos que los Gobiernos Autónomos Municipales mantengan por incumplimiento u omisión de contratos, convenios u obligaciones. En el caso de créditos contratados, deberá establecerse claramente la instancia que asumirá el pago de los saldos pendientes.
- j) Medicamentos. Previo inventario y con corte administrativo al 31 de diciembre de 2011, los Gobiernos Autónomos Municipales transferirán bajo inventario los medicamentos, insumos y otros suministros a los GAD.
- k) Medicamentos e Insumos. Los medicamentos e insumos serán traspasados de la siguiente forma:
 - i. El Gobierno Autónomo Municipal realiza el inventario y corte contable administrativo de medicamentos e insumos (SUMI, SSPAM, Seguros Departamentales y otros), realiza el informe y entrega documentada del inventario (impreso y digital) al Gobierno Departamental Autónomo correspondiente.

- ii. Con el objeto de garantizar la dotación y dispensación correcta de los insumos y medicamentos durante el proceso de transferencia, se debe asegurar el cumplimiento de las normas referidas al control de la calidad de los mismos (verificación del número de lote de importación, fecha de vencimiento de los productos, reposición ya sea por uso o deterioro).
 - iii. En los establecimientos de tercer nivel de atención, se establece la Farmacia Institucional (FI), que funcionará bajo la normativa vigente.
- l) Bienes y servicios. Los GAD asumirán todos los procesos de contratación de bienes y servicios iniciados por los GAM, emergentes del funcionamiento de los establecimientos de salud de tercer nivel, que no hayan culminado al 31 de diciembre de 2011, quedando facultados a continuar o dejar sin efecto dichos procesos en conformidad con el Decreto Supremo N° 181. Mientras estén vigentes, los GAD asumirán los derechos y obligaciones emergentes de los contratos de provisión de bienes y servicios suscritos por los GAM en la gestión de los establecimientos de salud de tercer nivel.
- m) El pago de las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil-(SUMI) y del Seguro de Salud para el Adulto Mayor -(SSPAM), continuará siendo asumido por los Gobiernos Autónomos Municipales, debiendo dar estricto cumplimiento a la normativa vigente.
- n) Saldos bancarios. Los saldos bancarios de los ingresos propios generados por los establecimientos de salud de tercer nivel, serán transferidos de los GAM a los GAD, luego de deducir los gastos devengados y no pagados al 31 de diciembre de 2011. Por lo tanto, los administradores de los establecimientos de salud de tercer nivel, deberán tomar los recaudos necesarios para cancelar los salarios al personal financiado con sus recursos propios hasta el 30 de diciembre de 2011.
- o) Orientaciones importantes. Toda la operación de traspaso y de ejercicio de la competencia en el tercer nivel de salud por los Gobiernos Autónomos Departamentales debe considerar:
- i. el imperativo de no interrumpir la prestación de los servicios de salud por ningún concepto.
 - ii. la oportunidad de reordenar la prestación de servicios en el sector salud a nivel municipal y departamental.

2.5. Descripción del Sector

2.5.1 El Sistema de Salud¹

Para desarrollar el análisis del traspaso de los establecimientos de salud del tercer nivel de atención a los Gobiernos Autónomos Departamentales y cumplir el mandato de la LMAD es necesario conocer de manera breve y resumida el Sistema de Salud en Bolivia. El Sistema de Salud que presenta nuestro país es altamente segmentado y fragmentado a la vez, debido a que cuenta con tres subsectores visiblemente identificados.

¹ Sección extractada de la consultoría preparada para el Servicio Estatal de Autonomías, a cargo del consultor Werner Valdés.

El primero de ellos está referido al **subsector público** cuya principal función es la de brindar atención a la población de menores recursos en el marco de los programas y proyectos nacionales de salud, así como también beneficiar a grupos de poblaciones que presentan alto riesgo a través de los seguros públicos de salud como son el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) y otros seguros públicos que son brindados a través de los Gobiernos Autónomos Municipales (Por ejemplo: El Seguro Escolar de Salud del Alto) y Gobiernos Autónomos Departamentales (Por Ejemplo: El Seguro Universal Autónomo de Tarija - SUSAT), además de brindar atención a la población en general.

El segundo subsector se refiere a los entes gestores de la **seguridad social de corto plazo**, que bajo un modelo bismarckiano² tiene la obligación de atender a los trabajadores formales y sus dependientes en una economía altamente informal como la que existe en el país. Es decir, que la población que no tiene un trabajo formal o permanente tiene que incurrir al gasto directo de bolsillo, que de acuerdo al tipo de la enfermedad o estado de salud de alguno de sus miembros que compone su hogar puede convertirse a la larga en gastos catastróficos, ubicando de esta manera a los hogares en el umbral de la pobreza. Es importante mencionar que el concepto de gasto catastrófico por motivos de salud está definido como todo aquel gasto que supera el 30% de la capacidad de pago de los hogares.

Finalmente, el tercer subsector claramente identificado en el Sistema de Salud se refiere al ámbito **privado**, el cual se encuentra poco articulado ya que el mismo engloba, por una parte, al **subsector privado no lucrativo** correspondiente a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Fundaciones e Iglesias, los mismos que por su misión y visión atienden a la población de ingresos medios y bajos con una tarifa diferenciada en sus prestaciones de salud, obviamente estas tarifas son mayores al servicio brindado en el subsector público y muy por debajo de las tarifas presentadas en el subsector privado lucrativo. Por otro lado se encuentra el **subsector privado lucrativo** correspondiente a las compañías de seguro privado, la medicina pre pagada, laboratorios, farmacias, clínicas y consultorios particulares que atienden a una demanda de población con ingresos altos y cuyos servicios se encuentran articulados a través de centros especializados, consultorios múltiples y paquetes de atención hospitalaria, donde la mayoría de ellos se encuentran en las ciudades capitales.

Es importante señalar que los establecimientos de tercer nivel de atención sujetos al traspaso a los Gobiernos Autónomos Departamentales se encuentran bajo la categoría denominada como **subsector público**. Estos establecimientos tienen la característica de encontrarse en las ciudades capitales de departamento e interaccionan con otros subsectores a través de convenios, así como la prestación de servicios directos, mismos que serán detallados a continuación.

2.5.2 Modelo de Atención

Los niveles de atención de los establecimientos de salud son: primer nivel Centros y Postas de salud, segundo nivel: Hospitales Básicos y **tercer nivel:** Hospitales Generales e Institutos Especializados. Estos presentan diferentes tipos de complejidad y se

² El modelo "bismarckiano" fue creado en Alemania en 1883 - 1889 a través del Canciller Otto Von Bismarck, el cual tenía como objetivo central el de frenar los progresos del socialismo y dio origen al primer sistema estatal de políticas sociales de los tiempos modernos. Se caracterizaba por su concepción aseguradora, razón por la que los montos de las pensiones y los subsidios se calculaban en función de los ingresos percibidos por los solicitantes, y sus pautas fueron pensadas exclusivamente en función del trabajador asalariado.

encuentran identificados con el modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI). Los niveles de atención se organizan territorialmente en redes de salud según la dispersión y la cantidad de la población, esto se lo realiza con el objetivo de garantizar el acceso de la población a los diferentes servicios y tipos de establecimientos de salud.

Durante el 2009, el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) contaba con 3.480 establecimientos de salud registrados en su base de datos; de los cuales, el 82.2% pertenecía al subsector público y el 91.8% al primer nivel de atención. Los establecimientos de salud de segundo y **tercer nivel**, a su vez, se encontraban principalmente en los subsectores público y de seguridad social de corto plazo, en el caso particular del segundo nivel se puede apreciar que los establecimientos del subsector privado corresponden al 45.2% del total de los Hospitales Básicos. (Ver Cuadro N° 2)

Desde el punto de vista de ubicación por área geográfica, los establecimientos del subsector público predominan en las zonas rurales (84.1%), aunque la casi totalidad de los hospitales generales y los institutos especializados (tercer nivel de atención) continúan ubicados en los centros de las grandes ciudades. De igual manera, los establecimientos de la seguridad social de corto plazo (63.6%) y del subsector privado (77%) son predominantemente urbanos, una condición que restringe la capacidad de estos subsectores para atender la demanda de servicios de su población asegurada que vive en las zonas rurales del país.

Cuadro N° 2
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (2009)

SUBSECTOR	Nivel de Atención			Total	Distribución por Área	
	Primer	Segundo	tercer		Urbano	Rural
Público	2.742	88	31	2.861	15,9%	84,1%
	78,8%	2,5%	0,9%	82,2%		
Seguridad Social de CP	153	34	19	206	63,6%	36,4%
	4,4%	1,0%	0,5%	5,9%		
Privado	300	101	12	413	77,0%	23,0%
	8,6%	2,9%	0,3%	11,9%		
TOTAL	3.195	223	62	3.480	25,9%	74,1%
	91,8%	6,4%	1,8%	100,0%		

Fuente: Elaboración propia con información del SNIS – 2009.

2.5.3 Modelo de Gestión

El modelo de gestión del subsector público presenta cuatro ámbitos. El nivel nacional a través del MSD con un rol rector, normativo y de regulación de la salud, que en algunos aspectos abarca a los otros subsectores. En el nivel Departamental se encuentra el Servicio Departamental de Salud (SEDES) cuyo rol actual es el de la adecuación de la política y normativa a la realidad del Departamento, el control del cumplimiento del paquete normativo partiendo de la capacitación de los RRHH, el monitoreo, la supervisión y la evaluación y debe realizar todo el proceso de gestión de los RRHH en salud para cada Departamento, los SEDES dependen de los Gobiernos Departamentales. En

el nivel municipal el ente gestor es Directorio Local de Salud (DILOS) y en el nivel local asume la gestión el establecimiento de salud de primer nivel y la brigada móvil de atención (paralelamente a la gestión institucional se organiza la gestión comunitaria en los cuatro niveles correspondientes).

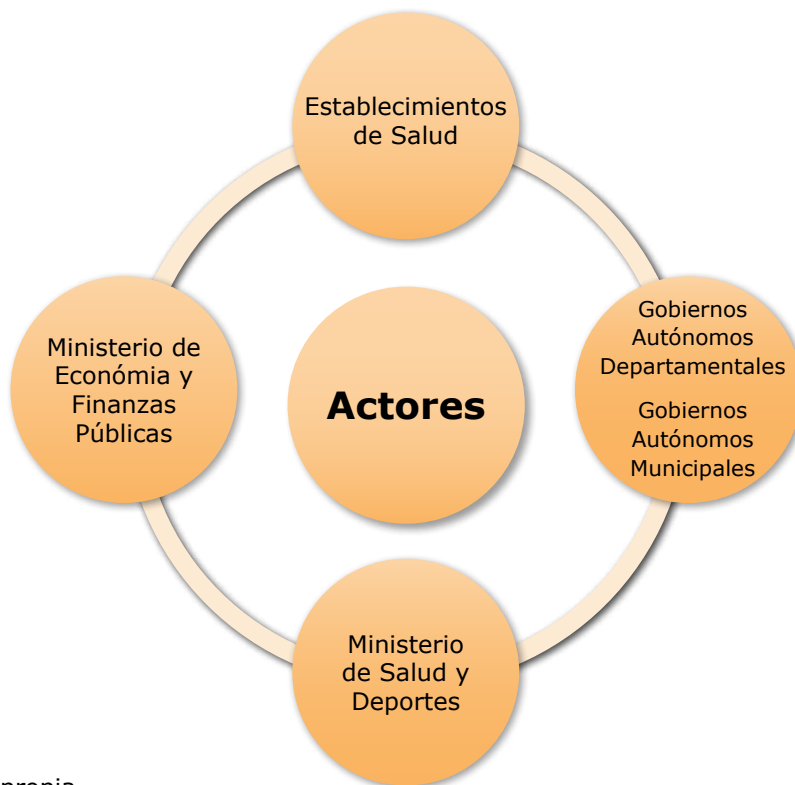
2.5.4 Estructura de la Cobertura

La estructura de la cobertura del sector salud se encuentra en función de los seguros públicos de salud (Nacional, Departamental y Municipal); la seguridad social de corto plazo (Aportes: Público, Privado y Voluntario); los seguros privados (Co pagos y SOAT) y los hogares (Gasto de Bolsillo). Es importante señalar que para la gestión 2010 la seguridad social de corto plazo alcanzó una cobertura de población afiliada del 28.4% y los seguros públicos de salud en teoría deberían tener una cobertura de 18.38% dada la característica del grupo a proteger (por ejemplo el SUMI protege a los menores de cinco años y a las mujeres embarazadas); por tal motivo si se cumpliera la cobertura de ambos subsectores se esperaría que el aseguramiento en Bolivia fuera del 46.7% y se dejaría el restante 53.3% de la población sin cobertura de salud que incurriría en gasto de bolsillo, el mismo se encuentra en el tramo de 5 a 59 años y corresponde a la Población Económicamente Activa (PEA).

2.6 Mapeo de Actores

Para llevar adelante un proceso ordenado se realizó un mapeo de actores relevantes en el traspaso de los establecimientos de salud de tercer nivel, los mismos que se constituyeron en fuentes primarias de relevamiento de información. A continuación se presentan los actores involucrados:

**Gráfico N°2
ACTORES INVOLUCRADOS**



Fuente: Elaboración propia

Establecimientos de Salud

Se encuentran 30 establecimientos de salud sujetos a proceso de traspaso de responsabilidades por parte de los Gobiernos Autónomos Municipales a los Gobiernos Autónomos Departamentales³. En el Cuadro N° 3 se identifican y distribuyen los establecimientos de salud que serán objeto de traspaso, los cuales están identificados por Departamento, Municipio y tipo que fueron seleccionados por el MSyD.

Cuadro N° 3
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD – TRASPASO

Departamento	Municipio	Establecimiento de Salud	Tipo - SNIS
Chuquisaca	Sucre	Hospital Gastroenterología	Instituto Especializado
Chuquisaca	Sucre	Hospital Gineco Obstétrico Jaime Sánchez Porcel	Instituto Especializado
Chuquisaca	Sucre	Hospital General Santa Barbara	Hospital General
Cochabamba	Cochabamba	Hospital Maternologico Germán Urquidi	Hospital General
Cochabamba	Cochabamba	Hospital Pediatrico Manuel Ascencio Villaroel	Hospital General
Cochabamba	Cochabamba	Hospital Viedma	Hospital General
Cochabamba	Cochabamba	Banco de Sangre	NE
Cochabamba	Cochabamba	Intituto Gastroenterológico Boliviano Japonés	Instituto Especializado
La Paz	La Paz	Hospital de Clinicas	Hospital General
La Paz	La Paz	Hospital de la Mujer	Instituto Especializado
La Paz	La Paz	Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría	Instituto Especializado
La Paz	La Paz	Instituto Gastroenterología Boliviano Japonés	Instituto Especializado
La Paz	La Paz	Instituto Nacional de Oftalmología	Instituto Especializado
La Paz	La Paz	Instituto Nacional del Tórax	Instituto Especializado
La Paz	La Paz	Hemocentro de Referencia Departamental	NE
Oruro	Oruro	Hospital General San Juan de Dios	Hospital General
Oruro	Oruro	Banco de Sangre	NE
Potosí	Potosí	Hospital General Daniel Bracamonte	Hospital General
Santa Cruz	Santa Cruz de la Sierra	Hospital General San Juan de Dios	Hospital General
Santa Cruz	Santa Cruz de la Sierra	Hospital General Universitario Japonés	Hospital General
Santa Cruz	Santa Cruz de la Sierra	Hospital de Niños Mario Ortíz Suárez	Instituto Especializado
Santa Cruz	Santa Cruz de la Sierra	Hospital Maternológico Percy Boland	Instituto Especializado
Santa Cruz	Santa Cruz de la Sierra	Instituto Oncológico del Oriente Boliviano	Instituto Especializado
Santa Cruz	Santa Cruz de la Sierra	Banco de Sangre	NE
Tarija	Tarija	Hospital General San Juan de Dios	Hospital General
Tarija	Tarija	Banco de Sangre	NE
Pando	Cobija	Banco de Sangre	NE
Beni	Trinidad	Hospital Germán Busch	Hospital Básico
Beni	Trinidad	Hospital Materno Infantil	Hospital Básico
Beni	Trinidad	Banco de Sangre	NE

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

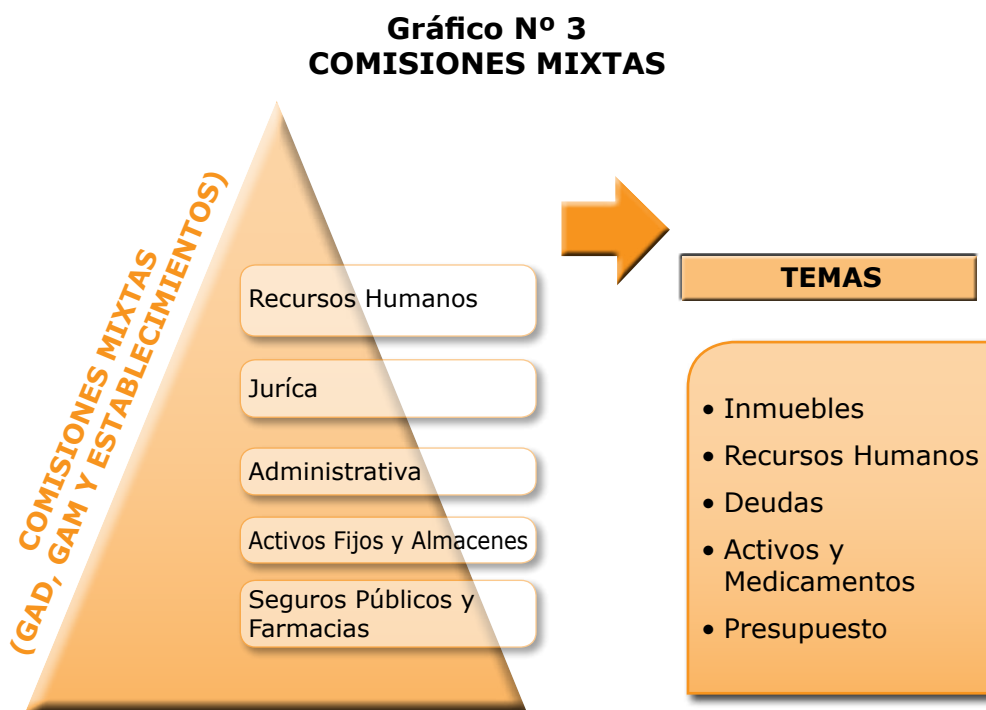
El Departamento de La Paz presenta la mayor cantidad de establecimientos de salud que serán traspasados (7), seguido por Santa Cruz (6), Cochabamba (5), Chuquisaca (3), Beni (3) y el resto de los departamentos con 6 establecimientos, completando de esta manera los 30 establecimientos. Es importante mencionar que dentro de esta clasificación de establecimientos a ser traspasados y según el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) existen dos hospitales que tienen el tipo o clasificación correspondiente a hospitales básicos, los mismos por complejidad y definición pertenecen al segundo nivel de atención, por tal motivo se debería coordinar con el Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) los parámetros que establecieron para seleccionar los 30 establecimientos de salud.

³ En una comunicación oficial posterior, MSyD excluyó al Banco de Sangre de Pando como establecimiento de tercer nivel. Sin embargo este diagnóstico lo incluye.

En la clasificación de establecimientos de salud según tipo de proveedor de servicio se pueden identificar espacios vacíos, esto se debe principalmente a que en el reporte proporcionado por el SNIS, estos establecimientos no son identificados en las bases de datos o se encuentran incluidos como servicio dentro de establecimientos de salud de alta complejidad (Bancos de Sangre).

Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales

El proceso de traspaso de responsabilidades para los establecimientos de salud de tercer nivel en la mayoría de los casos está siendo realizado por medio de la conformación de comisiones mixtas, integradas por representantes del Gobierno Municipal (Dirección Municipal de Salud), Gobierno Departamental (Servicio Departamental de Salud), y establecimientos de salud de tercer nivel.



Fuente: Elaboración propia

La relación del **Servicio Departamental de Salud (SEDES)** y los establecimientos de tercer nivel de atención generalmente se encuentra circunscritos en:

- **Recursos Humanos.** Distribución de recursos humanos provenientes del nivel central (TGE y HIPC) a los diferentes establecimientos de salud, muchos de los cuales se encuentran ubicados en el tercer nivel de atención. Es importante señalar que la mayoría de las Gobernaciones financian, con recursos provenientes del IDH, la contratación de personal en salud para satisfacer las necesidades que tengan en sus establecimientos de salud.
- **Programas de Salud.** De manera desconcentrada todos los programas de salud pública pertenecientes al MSyD se desarrollan a nivel departamental.
- **Seguros Públicos de Salud.** Es importante señalar que en algunos Gobiernos Departamentales donde existen otros seguros públicos de salud, la relación es

directa entre el SEDES y los establecimientos de salud. (Por Ejemplo: el SUSAT del Gobierno Autónomo Departamental de Tarija)

Con la aplicación de la LMAD el rol que tenía el Gobierno Departamental en relación con el tercer nivel de atención modificará sus competencias de la siguiente manera:

- **Infraestructura y Equipamiento.** Los Gobiernos Autónomos Departamentales a través de sus recursos tiene la responsabilidad de proporcionar y mantener adecuadamente la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de tercer nivel de atención.
- **Otros.** Los Gobiernos Autónomos Departamentales tienen la responsabilidad de proveer a los establecimientos de salud de tercer nivel de atención, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como el de supervisar y controlar su uso de manera eficaz y eficiente.

La relación de los **Gobiernos Autónomos Municipales** y los establecimientos de tercer nivel de atención se encontraban circunscritos por:

- **Infraestructura y Equipamiento.** Los Gobiernos Autónomos Municipales a través de sus recursos tenían la responsabilidad de proporcionar y mantener adecuadamente la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de tercer nivel de atención.
- **Otros.** Los Gobiernos Autónomos Municipales tenían la responsabilidad de proveer a los establecimientos de salud de tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
- **Recursos Humanos.** Los Gobiernos Autónomos Municipales al analizar las carencias de personal en los establecimientos de tercer nivel de atención tuvieron la necesidad de contratar Recursos Humanos con fuente de financiamiento municipal provenientes de la participación popular y/o IDH. (Este personal contratado por los municipios fueron catalogados como Ítems y/o contratos Municipales)
- **Seguros Públicos de Salud.** Los seguros públicos de salud como el SUMI y el SSPAM son financiados con recursos provenientes de las transferencias a los Gobiernos Municipales por concepto de participación popular, HIPC e IDH.

Con la aplicación de la LMAD el rol que tenía los Gobiernos Municipales en relación con el tercer nivel de atención quedará sin efecto a excepción de los servicios y prestaciones otorgados por los seguros públicos de salud como el SUMI y SSPAM que seguirán siendo financiados con recursos municipales y transferidos a los establecimientos de salud previo reporte de los REPES y afiliados en el caso del SSPAM.

Ministerio de Salud y Deportes

El MSyD ha trabajado en las posibilidades de llevar adelante el traspaso sin que se interrumpa el servicio, principal preocupación de esa cartera de Estado. Por otra parte, en su calidad de Órgano Cabeza de Sector, realizó encuentros nacionales con la participación de los Directores de Servicios Departamentales de Salud

(SEDES) y Directores Municipales de Salud, con la finalidad de establecer pasos a seguir para viabilizar el proceso de traspaso y determinar los plazos que se deben cumplir.

A continuación se detallan las acciones que desarrolló el MSyD:

- 1) Conformación de comités interinstitucionales de traspaso en cada Departamento con la participación de representantes de las gobernaciones y gobiernos municipales, SEDES y Direcciones Municipales de Salud, los cuales realizaron reuniones, planes de trabajo bajo cronograma y relevamiento de información.
- 2) El MSyD convocó periódicamente a cada uno de los comités de traspaso a reuniones de seguimiento y evaluación.

Por otra parte, la relación institucional que existe entre el MSyD y los establecimientos de tercer nivel de atención está circunscrita por:

- **Programas Nacionales de Salud.** Estos programas de salud pública prestan servicios de carácter promocional, preventivo y curativo de manera gratuita a la población objetivo, los mismos se desarrollan e interactúan en todos los establecimientos de salud públicos, donde se incluyen los pertenecientes al tercer nivel de atención (Por Ejemplo: Programa Ampliado de Inmunizaciones, Tuberculosis, Malaria, VIH/SIDA, etc.).
- **Proyectos de Salud.** Estos proyectos apoyan y fortalecen generalmente las redes de salud a través de la construcción, remodelación, mantenimiento y equipamiento de los establecimientos de salud (Por Ejemplo: El Proyecto Reforma del Sector Salud en su segunda fase a través del crédito otorgado por el Banco Mundial apoyo a la ampliación y equipamiento de establecimientos de salud de tercer nivel de atención relacionados con el objetivo del proyecto que es la salud materna e infantil).
- **Sistema Nacional de Información en Salud.** El SNIS a través de la Vigilancia Epidemiológica e información de producción de servicios recoge información de todos los establecimientos de salud, donde se incluyen los pertenecientes al tercer nivel de atención.
- **Recursos Humanos.** Dotación de ítems de recursos humanos a los diferentes SEDES, los cuales se encargan de distribuir de acuerdo a sus necesidades, muchos de ellos se destinan a los establecimientos de tercer nivel de atención (Transferencia de recursos del nivel central denominados TGE y HIPC).
- **Otros.** Existen otras direcciones y unidades pertenecientes al MSD, como ser la de seguros públicos, que coordina el SUMI y SSPAM con los Gobiernos Municipales y los establecimientos de salud.
- Con la aplicación de la LMAD el rol que tenía el MSyD en relación con el tercer nivel de atención no cambiará, debido a que el MSyD es el órgano rector que da las directrices y políticas de salud a todo nivel.

Ministerio de Economía y Finanzas Públicas

El Artículo 38 de la Ley del Presupuesto General del Estado, Ley No. 062, de 28 de noviembre de 2010, define que los Gobiernos Municipales deberán inscribir en los presupuestos de la gestión 2011 el financiamiento necesario para los establecimientos de salud del tercer nivel mientras se consolide el proceso de transferencia competencial.

2.7 Relevamiento de información

Las fuentes de información relacionadas y utilizadas para realizar el análisis de traspaso de los establecimientos de tercer nivel del **subsector público** son obtenidas de las siguientes instituciones:

- **Establecimientos seleccionados para el traspaso.** La información proveniente de los establecimientos seleccionados por el MSyD, es la más importante para efectuar un efectivo análisis y diagnóstico del traspaso de los Gobiernos Autónomos Municipales a los Gobiernos Autónomos Departamentales en la actual LMAD, debido a que los datos a ser proporcionados como son los ingresos, gastos corrientes y de capital, estados financieros, recursos humanos y producción de servicios (demanda y oferta) son información de primera mano o fuente primaria, además de presentar la especificidad y complejidad de funcionamiento de cada establecimiento de salud.
- **Dirección General de Contabilidad Fiscal (DGCF).** La base de datos obtenida de la DGCF es el insumo principal para determinar la fuente de financiamiento y gasto en salud del **subsector público** y dentro de la misma se encuentra información relacionada directa e indirectamente a los establecimientos de tercer nivel de atención. La información proporcionada por esta institución tiene como presentación del gasto e ingreso la estructura de los clasificadores presupuestario y directriz del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (MEFP)
- **Fondo de Inversión Productiva y Social. (FPS).** Presenta información de las ejecuciones presupuestarias de proyectos de inversión en el sector salud, y para nuestro estudio específicamente en establecimientos de tercer nivel de atención ya sea ésta con fuente de financiamiento proveniente de crédito, donación y local, éste último a través de la contraparte municipal.
- **Fondo Nacional de Desarrollo Regional. (FNDR).** Presenta información de las ejecuciones presupuestarias de proyectos de inversión en el sector salud, y para nuestro estudio específicamente en establecimientos de tercer nivel de atención ya sea esta con fuente de financiamiento proveniente de crédito, donación y local, este último a través de la contraparte municipal.
- **Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.(VIPFE).** Presenta información de las ejecuciones presupuestarias de los proyectos de inversión en el sector salud, el mismo que corresponde a instituciones de la Administración Central, Gobiernos Departamentales y Gobiernos Municipales relacionadas a los establecimientos de tercer nivel de atención. Esta información es utilizada para actualizar o completar la información que no se encuentra o no se pudo identificar en la base de datos de la DGCF y en las bases otorgadas por el FPS. (Base de apoyo para comparar los proyectos de inversión en los municipios).

- **Ministerio de Salud y Deportes (MSyD).** Presenta información relevante de las ejecuciones presupuestarias y actividades de los diferentes programas (PAI, EXTENSA, Tuberculosis, SIDA, Malaria, Chagas, etc.) y proyectos (Reforma del Sector Salud, Escudo Epidemiológico, PROHISABA, etc.) realizados en el sector salud ya sea con fuente de financiamiento nacional o externo (donación o crédito) que desarrollan actividades y/o apoyan a la remodelación, construcción y equipamiento en establecimientos de salud, dentro de los cuales se encuentran los relacionados al tercer nivel. También se utiliza información de cobertura y producción de servicios del sector salud a través de las bases de datos y/o reportes de las diferentes direcciones y unidades que conforman la estructura del MSyD, tal es el caso del SNIS, la Dirección General de Seguros de Salud (SUMI y SSPAM) y la Unidad de Epidemiología que abarca todos los programas de salud (considerando únicamente las actividades relacionadas a establecimientos de tercer nivel de atención).
- **Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP).** Presenta información de las ejecuciones presupuestarias correspondientes al Fondo Solidario Nacional (FSN), Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) y transferencia de recursos a los Gobiernos Departamentales Y Municipales para el pago de personal del sector salud (TGE, HIPC e IDH), donde un gran porcentaje se destina a la ejecución presupuestaria en establecimientos de tercer nivel de atención. También se utiliza información del SIGMA correspondiente a la unidad ejecutora 40 que hace referencia a los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) de los Gobiernos Departamentales.
- **Autoridad Supervisora del Sistema Financiero (ASFI).** Cuenta con informes anuales de seguros y primas de todas las compañías aseguradoras relacionadas al sector salud. Es importante mencionar que la información que se pretende utilizar es aquella relacionada al SOAT, misma que se encuentra detallada en establecimientos de tercer nivel de atención del subsector público.
- **Servicio Departamental de Salud (SEDES).** Presenta información relevante sobre la ubicación de los recursos humanos en los establecimientos de salud y específicamente en el tercer nivel de atención. Es importante mencionar que esta información esta diferenciada según el cargo y la fuente de financiamiento. (TGE, HIPC e IDH)
- **Dirección Municipal de Salud.** Presenta información sobre recursos humanos con fuente de financiamiento municipal, como también gastos operativos, formación bruta de capital fijo y desembolsos por concepto de aseguramiento público en el Gobierno Municipal y por ende en los establecimientos de tercer nivel de atención. También se puede obtener la información del SUMI y del SSPAM.
- **Central de Abastecimiento de Suministros en Salud.** Presenta información de insumos y medicamentos destinados a proporcionar los servicios de salud.

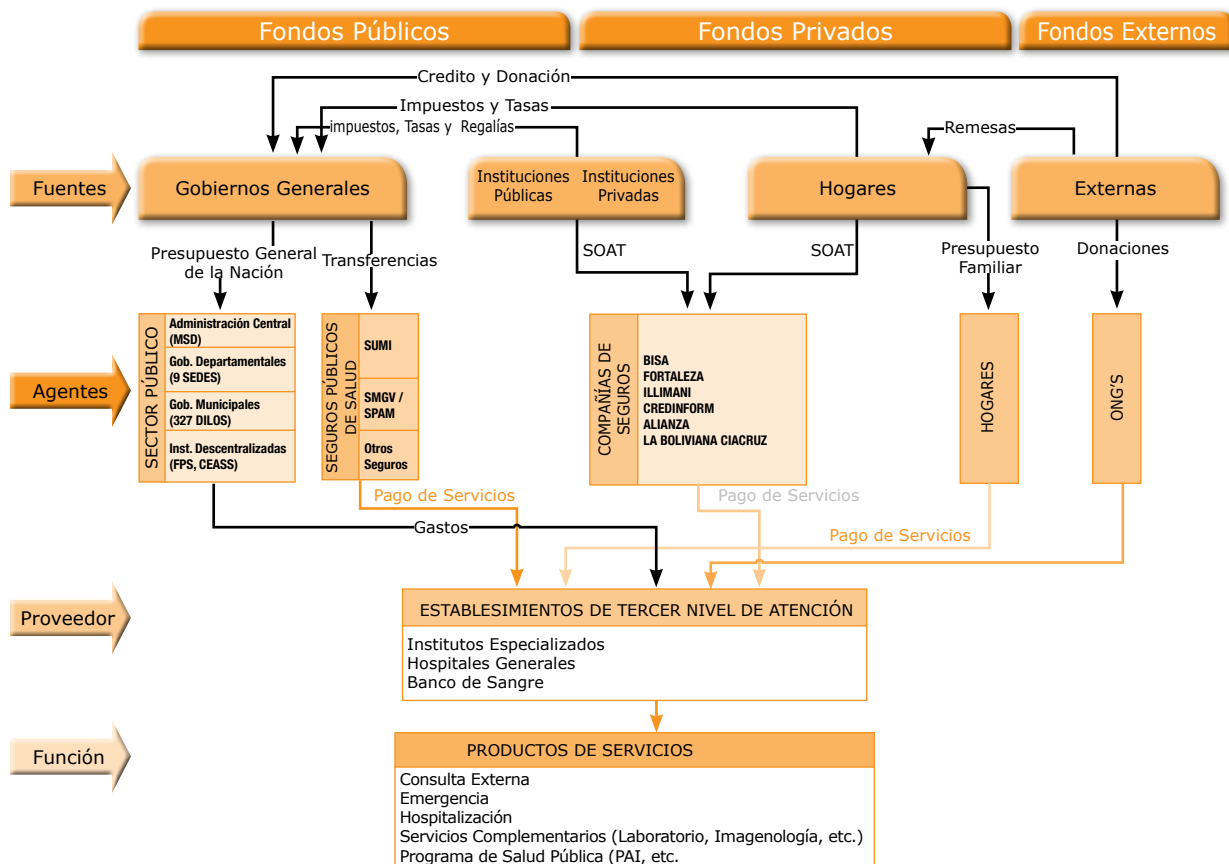
3. Análisis Económico Financiero

3.1 Flujo de Financiamiento y Gasto

En el esquema del financiamiento y gasto correspondiente a los establecimientos de tercer nivel de atención se puede apreciar de manera detallada, sistemática y ordenada el flujo de fondos, fuentes de financiamiento y agentes financiadores que interaccionan

para llevar a cabo los servicios que brindan estos establecimientos, a continuación se describirá brevemente esta interacción (Ver gráfico 4).

Gráfico Nº 4
FLUJO DE FINANCIAMIENTO Y GASTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL



Fuente: Adaptación del esquema de financiamiento y gasto del sector salud – Cuentas Nacionales de Salud 2003 – 2007.

Como inicio del flujo de financiamiento y gasto en los establecimientos de tercer nivel de atención se debe tomar en cuenta que los recursos monetarios y no monetarios que ingresan a las fuentes de financiamiento son realizados a través de la captación de los mismos provenientes de los denominados Fondos Públicos, Privados y Externos.

- El primero de ellos está referido a los recursos que ingresan directamente al Gobierno central a través de créditos, donaciones, impuestos, tasas y regalías provenientes de Organismos Bilaterales y Multilaterales, Empresas Públicas y Privadas y los Hogares respectivamente.
- En cambio los fondos privados son aquellos recursos provenientes de las empresas privadas y los hogares destinados a financiar servicios de salud de sus empleados y familias respectivas.
- Finalmente los fondos externos muestran los recursos provenientes del exterior que no se adscriben al Presupuesto General de la Nación, es decir no ingresan directamente al erario nacional sino que generalmente estos recursos se canalizan a través de los Organismos No Gubernamentales y Fundaciones que

apoyan a la mejora de los establecimientos (Por Ejemplo: Donaciones en medicamentos). Por otro lado es importante mencionar que en los últimos años a consecuencia del aumento de la migración de bolivianos al exterior se tiene un incremento en las remesas que ingresan al presupuesto familiar de los hogares, los cuales pueden ser utilizados y distribuidos para gastos en salud, educación, vivienda entre otros; de los cuales un porcentaje puede ser utilizado en los servicios que están disponibles en los establecimientos de tercer nivel de atención.

Posteriormente las fuentes de financiamiento comprendidas por el Gobierno Central, instituciones públicas y privadas, hogares y fuentes externas canalizan los recursos disponibles a los agentes financieros encargados de la administración de los mismos.

- El Gobierno Central como actor principal de políticas públicas en salud provee recursos al Sector Público⁴ a través del Presupuesto General del Estado, así como también realiza transferencias de recursos para cumplir sus políticas de aseguramiento los cuales se encuentran reflejados en los Seguros Públicos de Salud⁵.
- Las instituciones públicas y privadas adquieren el Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito (SOAT) para el funcionamiento de sus movilidades.
- Los hogares como fuentes de financiamiento también adquieren el SOAT para asegurar sus movilidades y utilizan un porcentaje del presupuesto familiar en el caso de enfermedad.
- Las fuentes externas a través de donaciones canalizan recursos a las ONGs y Fundaciones encargadas de ejecutar programas o proyectos de salud pública o realizan algún tipo de servicio social en salud en los establecimientos de tercer nivel de atención.

Los agentes de financiamiento descritos anteriormente toman decisiones sobre el destino y uso de los recursos captados a través de las fuentes de financiamiento, los mismos son utilizados para el pago y/o gasto en los diferentes servicios de salud del tercer nivel de atención, quienes se constituyen en receptores de dichos recursos.

- El MSyD a través de sus programas y proyectos ejecutan recursos destinados a fortalecer los establecimientos de tercer nivel de atención, así como también a las personas que asisten a estos establecimientos.
- Los Gobiernos Autónomos Municipales antes de la LMAD tenían la obligación de apoyar a los establecimientos de tercer nivel de atención en la formación bruta de capital fijo y en algunos gastos corrientes como el pago de servicios básicos e inclusive algunos Municipios contrataron personal.
- Los Gobiernos Autónomos Departamentales a través de las transferencias del Nivel Central financian los recursos humanos. Es importante señalar que varias

4 El Sector Público comprende la administración central donde se encuentra como cabeza de sector el MSD, las Gobernaciones que a través de los SEDES ejecutan los programas y proyectos de salud, los gobiernos municipales quienes conforman los Directorios Locales de Salud (DILOS) y las instituciones descentralizadas relacionadas al sector salud.

5 Desde 1997 se llevan a cabo programas y seguros que benefician a la población de alto riesgo, tal es el caso de los niños menores de cinco años, la mujeres embarazadas y las personas mayores de sesenta años, a continuación se detallan estos seguros: SNMN, SBS, SUMI, SSPAM y otros seguros como ser los seguros escolares y los seguros autonómicos impulsados por los Gobiernos Autónomos Departamentales de Tarija y Beni.

Gobernaciones ejecutan recursos para el pago de recursos humanos en los establecimientos de tercer nivel de atención.

- Las instituciones descentralizadas como el FPS o FNDR apoyan a canalizar recursos de crédito y donación para el mejoramiento de los establecimientos del tercer nivel de atención.
- Los seguros públicos de salud nacionales (SUMI, SSPAM), departamentales (SU-SAT) y municipales (SUSA) transfieren parte de sus recursos a los establecimientos de tercer nivel de atención por el concepto de la prestación de servicios a la población beneficiada por el seguro.
- Las compañías aseguradoras que ofrecen dentro de sus seguros el SOAT, utilizan los servicios de los establecimientos de tercer nivel de atención en caso de accidentes automovilísticos.
- Los hogares pueden utilizar los servicios que prestan los establecimientos de tercer nivel de atención si algún miembro de la familia se enferma.
- Las ONGs y fundaciones en su trabajo de solidaridad pueden apoyar monetariamente o en activos a los establecimientos de tercer nivel de atención.

El proveedor del servicio que son los establecimientos de tercer nivel de atención se clasifican en:

- Los Hospitales Generales son establecimientos de salud de tercer nivel de atención que ofrecen servicios ambulatorios especializados, sub especializados, servicios complementarios hospitalarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Por Ejemplo: Hospital General de Clínicas de La Paz.
- Los institutos especializados son establecimientos de salud de tercer nivel de atención encargados de proveer tratamiento médico y diagnóstico a pacientes hospitalizados con enfermedades o condiciones médicas específicas (no de salud mental o abuso de sustancias). Se incluyen dentro de este rubro hospitales que otorgan atención a largo plazo a pacientes con enfermedades crónicas y hospitales que proporcionan rehabilitación y servicios relacionados a personas con discapacidades. Es importante mencionar que estos hospitales pueden dar otro tipo de servicios como los servicios ambulatorios, rayos x, servicios de laboratorio clínico, servicios de sala quirúrgica, terapia física, servicios educacionales y vocacionales y servicios psicológicos y de trabajo social. Por Ejemplo: Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés de Cochabamba.
- Los hospitales materno infantiles son establecimientos de salud que ofrecen servicios ambulatorios especializados, sub especializados, servicios complementarios hospitalarios de diagnóstico y tratamiento al binomio madre – niño. Por Ejemplo: Hospital Materno Infantil de Beni. (En el caso de los hospitales maternos infantiles según el SNIS estos pueden ser de segundo y tercer nivel de atención)
- Los bancos de sangre son establecimientos de salud que recolectan, almacenan, y distribuyen sangre y derivados de la sangre y almacenamiento. Por Ejemplo: Banco de Sangre de La Paz.

La función de producción de los establecimientos de salud de tercer nivel de atención está dada por la consulta externa (ambulatorio), hospitalización, emergencia, servicios complementarios y programas nacionales de salud pública.

3.2 Ejecuciones Presupuestarias

3.2.1 Ingresos

En el Cuadro N° 4 se puede apreciar el reporte de ingresos de todos los establecimientos de tercer nivel de atención por fuente de financiamiento y agente financiador.

Para la gestión 2010 los ingresos en los establecimientos de salud alcanzaron la cifra de 714.8 millones de bolivianos, de los cuales las Transferencias del TGE (Transf TGE) a los diferentes agentes financiadores fue del 69%, es decir aproximadamente 493.5 millones de bolivianos del total reportado, en orden de importancia en la ejecución le siguieron los recursos específicos provenientes de los establecimientos de tercer nivel de atención por concepto de venta de servicios con el 21.4% (REESP), la misma que ascendió a 158.6 millones de bolivianos, en tercer lugar se encuentran las transferencias de donación externa (Transf DONEX) por concepto de HIPC que abarca la suma de 33.5 millones de bolivianos y representa cerca del 4.7% del total ejecutado, las transferencias de los municipios a través de sus recursos específicos a los establecimientos de tercer nivel de atención ocupan el cuarto lugar de importancia con el 3.8%, la misma asciende a 27.1 millones de bolivianos (Transf REESP), y por último se encuentran las otras fuentes de financiamiento con el 0.3% que representa alrededor de 1.9 millones de bolivianos (DONEX, Transf CREEX y Transf CREINT).

Cuadro N° 4
INGRESO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DESCRITA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO Y AGENTE FINANCIADOR – 2010
(en bolivianos)

Fuente	Organismo	EST	EXT	GAD	GAM *	N.CENTRAL	Total
DONEX	DON		49.037				49.037
	JICA		28.275				28.275
	OPS		51.354				51.354
	Otros ONG		621.270				621.270
	Otros Org Ext		1.019.696				1.019.696
	Otros Org Mult		142.856				142.856
	UNICEF		502				502
REESP	Otros REESP	158.650.608					158.650.608
Transf CREEX	BID		15.507				15.507
Transf CREINT	Sin Org Fin					62.961	62.961
Transf DONEX	DON		20.745				20.745
	HIPC				570.482	32.939.815	33.510.297
Transf REESP	REESP - MUN				27.128.126		27.128.126
Transf TGE	IDH			18.125.393	6.613.742		24.739.135
	PP - TGE				10.987.741		10.987.741
	IDH - SSPAM				9.745.722		9.745.722
	IDH - SUS A				2.445.444		2.445.444
	PP - SUMI				88.401.999		88.401.999
	IDH - SUSAT			10.859.448			10.859.448
	TGE					346.411.604	346.411.604
Total		158.650.608	1.949.243	28.984.841	145.893.255	379.414.380	714.892.328

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

* Ver Cuadro N° 5

Ingresos por Agente Financiador. En el Cuadro N° 4 se puede observar los ingresos provenientes de los cinco agentes financiadores identificados en el estudio para cubrir los gastos operativos de los establecimientos de tercer nivel de atención, donde el nivel central (N. Central) contribuye a los establecimientos de salud con el 53.1% (379.4 millones de bolivianos), seguido por los establecimientos de salud (EST) a través de la venta de servicios con el 22.2% (158. 6 millones de bolivianos), en tercer lugar se encuentra los ingresos provenientes de los Gobiernos Autónomos Municipales (GAM) con el 20.4% (145.8 millones de bolivianos), cabe resaltar que dentro de estos ingresos se encuentran aquellos relacionados a los seguros públicos de salud. El restante 4.3% (30.9 millones de bolivianos) de los ingresos percibidos por los establecimientos de salud proviene de los Gobiernos Autónomos Departamentales (GAD) y de las donaciones externas (EXT) con el 4% (28.9 millones de bolivianos) y 0.3% (1.9 millones de bolivianos) respectivamente.

**Cuadro N° 5
INGRESOS POR FUENTE MUNICIPAL GESTIÓN – 2010
(en bolivianos)**

Fuente de Financiamiento	Monto en Bolivianos	Estructura %
IDH - SUSA	2.445.444	2,43 %
IDH - SSPAM	9.745.722	9,69 %
PP - SUMI	88.401.999	87,88 %
Sub Total	100.593.165	100,00 %
HIPC	570.482	1,26 %
IDH	6.613.742	14,60 %
REESP - MUN	27.128.126	59,89 %
PP - TGE	10.987.741	24,26 %
Sub Total	45.300.090	100.00 %
Total	145.893.255	

Fuente: Elaboración propia

Por lo expuesto anteriormente, se observa en el Cuadro N° 5, que la fuente principal de financiamiento son los seguros públicos Bs. 100.593.165, entre los que se encuentra el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el Seguro Social para El Adulto Mayor (SSPAM) y el Seguro Universal de Salud Autónomo (SUSA) que es ofrecido en el departamento del Beni; se presume que esta fuente de financiamiento no sufrirá modificaciones en su funcionamiento.

En el cuadro se observa que los gobiernos autónomos municipales transferían Bs. 45.300.090 a los establecimientos de salud de tercer nivel, provenientes de recursos específicos del Gobierno Autónomo Municipal (REESP – MUN) y transferencias del nivel central (HIPC, IDH, PP-TGE), se excluyen los recursos destinados a financiar los seguros públicos.

Con la aplicación de la LMAD se genera en el corto plazo un desequilibrio en los establecimientos de tercer nivel de atención toda vez que los recursos que percibían por parte de los Gobiernos Autónomos Municipales, Bs 45.300.090, deben pasar a ser financiados por los Gobiernos Autónomos Departamentales. Debido al presupuesto reducido que tienen algunas gobernaciones podría generarse una situación que perjudique el normal funcionamiento de los servicios que prestan los establecimientos de salud involucrados.

Ingresos por Proveedor de Servicio. En el Cuadro N° 6 se describe el reporte de ingresos de los establecimientos de salud de tercer nivel de atención por tipo de proveedor del servicio, donde a nivel nacional los Hospitales Generales presentan el mayor reporte de ingreso con el 53.8% (384.8 millones de bolivianos) del total establecido para la gestión 2010, seguido por los Hospitales Materno e Infantiles con el 30.4% (217.6 millones de bolivianos), posteriormente se encuentran los Institutos de Gastroenterología con el 6.4% (46 millones de bolivianos) y Bancos de Sangre con el 3.5% (24.8 millones de bolivianos). Si nos referimos a Institutos especializados que se encuentran tan solo en un departamento, estos recaen en el Instituto Oncológico del Oriente con el 2.6% (18.6 millones de bolivianos), seguido por Instituto Nacional del Tórax con el 2.4% (17 millones de bolivianos) y finalmente se encuentra el Instituto Nacional de Oftalmología con el 0.8% (5.7 millones de bolivianos).

Cuadro N° 6
INGRESO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DESCRITA POR PROVEEDOR DE SERVICIO Y AGENTE FINANCIADOR – 2010
(en bolivianos)

Establecimiento de Salud	EST	EXT	GAD	GAM	N.CENTRAL	Total
Banco de Sangre - Beni	270.336	49.000	439.248	398.953	379.987	1.537.524
Banco de Sangre - Cochabamba	5.016.539			727.880	871.083	6.615.502
Banco de Sangre - La Paz	2.253.768	69.782		1.364.159	861.966	4.549.674
Banco de Sangre - Oruro	632.550		73.968	298.898	633.613	1.639.029
Banco de Sangre - Pando	78.969			155.200	470.341	704.510
Banco de Sangre - Santa Cruz	3.499.514		146.484	2.747.734	1.860.865	8.254.597
Banco de Sangre - Tarija	221.869		628.980		693.570	1.544.419
Hospital Daniel Bracamonte	3.423.381		332.172	4.336.237	15.572.285	23.664.074
Hospital de Clínicas	19.143.557			7.055.707	33.512.977	59.712.240
Hospital de la Mujer	907.147	142.856		7.935.879	13.271.029	22.256.912
Hospital de Niños - La Paz	4.576.883	854.653		6.789.313	18.992.683	31.213.532
Hospital de Niños - Santa Cruz	2.547.664		629.316	9.512.166	19.865.092	32.554.238
Hospital Germán Busch	3.946.121		802.800	2.356.197	8.993.039	16.098.158
Hospital Gineco Obstétrico	1.778.971		1.204.212	3.703.975	8.862.899	15.550.057
Hospital Materno Infantil - Beni	2.059.473	15.507	1.289.724	5.902.195	9.648.053	18.914.953
Hospital Materno Infantil - Cochabamba	4.530.168	54.806	742.344	19.980.036	25.013.305	50.320.658
Hospital Percy Boland	789.677		1.033.829	21.776.444	23.218.195	46.818.145
Hospital San Juan de Dios - Oruro	3.514.574		356.808	3.349.927	16.847.484	24.068.793
Hospital San Juan de Dios - Santa Cruz	17.025.172		693.828	4.925.496	21.759.201	44.403.697
Hospital San Juan de Dios - Tarija	7.790.973		15.240.840	7.015.281	31.796.421	61.843.516
Hospital Santa Bárbara	7.913.662		3.679.752	9.515.671	15.899.764	37.008.848
Hospital Universitario Japonés	22.233.022		114.336	13.514.122	35.176.356	71.037.837
Hospital Viedma	17.272.017		703.176	6.883.232	22.144.112	47.002.536
Instituto Gastroenterológico - Chuquisaca	3.408.579		577.728	455.597	6.806.627	11.248.531
Instituto Gastroenterológico - Cochabamba	8.279.740		60.828	473.625	9.380.421	18.194.614
Instituto Gastroenterológico - La Paz	5.687.219	621.270		629.436	9.686.051	16.623.977
Instituto Nacional de Oftalmología	1.213.619			240.009	4.341.822	5.795.449
Instituto Nacional de Tórax	3.990.366	113.760		538.150	12.375.995	17.018.271
Instituto Oncológico del Oriente	4.645.079	27.609	234.468	3.311.736	10.479.145	18.698.038
Total	158.650.608	1.949.243	28.984.841	145.893.255	379.414.380	714.892.328

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

Ingresos por Departamento. En el Cuadro N° 7 se observa el reporte de ingresos provenientes de los agentes financiadores a nivel departamental, dentro de los cuales Santa Cruz presenta el mayor ingreso reportado con el 31% (221.7 millones de bolivianos) del total, en orden de importancia le sigue La Paz con el 22% (157.1 millones de bolivianos) y Cochabamba con sus cinco establecimientos de salud ocupa el tercer lugar con el 17.1% del total, en términos monetarios corresponde a 122.1 millones de bolivianos.

Es importante mencionar que el restante 29.9% del ingreso reportado en los establecimientos de tercer nivel de atención se lo realizan en los otros seis departamentos con una cifra de 213.8 millones de bolivianos para cubrir el funcionamiento de doce establecimientos de salud.

Cuadro N° 7
REPORTE DE INGRESOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DESCRITA POR DEPARTAMENTO Y AGENTE FINANCIADOR – 2010
(en bolivianos)

Departamento	EST	EXT	GAD	GAM	N. CENTRAL	Total
BENI	6.275.930	64.507	2.531.772	8.657.345	19.021.080	36.550.634
CHUQUISACA	13.101.211		5.461.692	13.675.243	31.569.290	63.807.436
COCHABAMBA	35.098.463	54.806	1.506.348	28.064.773	57.408.921	122.133.310
LA PAZ	37.772.559	1.802.321		24.552.652	93.042.523	157.170.055
ORURO	4.147.124		430.776	3.648.825	17.481.097	25.707.822
PANDO	78.969			155.200	470.341	704.510
POTOSÍ	3.423.381		332.172	4.336.237	15.572.285	23.664.074
SANTA CRUZ	50.740.129	27.609	2.852.261	55.787.699	112.358.854	221.766.551
TARIJA	8.012.842		15.869.820	7.015.281	32.489.991	63.387.935
Total	158.650.608	1.949.243	28.984.841	145.893.255	379.414.380	714.892.328

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

3.2.2 Gastos

El gasto ejecutado en los establecimientos de tercer nivel de atención por fuente de financiamiento destaca los patrones de movilización de los diferentes recursos que existen en el sistema de salud que se destinan a la producción de servicios y abordan la pregunta clave **"¿de dónde proviene el dinero?"**.

Los recursos necesarios para el normal desenvolvimiento del subsector público en actividades directas y relacionadas a los establecimientos de tercer nivel de atención son desarrollados en los Planes Operativos Anuales (POAs), dentro de los cuales se encuentran los presupuestos aprobados de las instituciones que se involucran al desarrollo de los servicios que otorgan los establecimientos de salud. Estos presupuestos se encuentran plasmados anualmente dentro de las fuentes de financiamiento del Presupuesto General del Estado (PGE), las cuales se describen a continuación⁶:

⁶ Clasificadores presupuestarios 2012 – Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

- **Tesoro General del Estado.** Fuente de financiamiento que se origina a partir de las recaudaciones tributarias, excedentes financieros de las empresas públicas, emisión de valores, venta de bienes y servicios, tasas, derechos, multas, saldos disponibles de la gestión anterior y otros ingresos que resultan de la actividad propia del Tesoro General del Estado (Dentro de esta categoría se encuentra las Transf TGE).
- **Recursos Específicos.** Fuente de financiamiento que obtienen las instituciones de los Órganos Legislativo, Judicial y Electoral, Control de Defensa de la Sociedad y del Estado, Descentralizadas, Entidades Territoriales Autónomas, Universidades Públicas, Empresas Públicas, Entidades Financieras Bancarias y no Bancarias, Entidades Públicas de la Seguridad Social, por concepto de ingresos de operación, venta de bienes y servicios, regalías, contribuciones a la seguridad social, tasas, derechos, multas y otros que resultan de la actividad propia de dichas instituciones, así como donaciones internas en casos específicos (Dentro de esta categoría se encuentran los REESP y Transf REESP).
- **Crédito Externo.** Fuente de financiamiento que obtienen el Tesoro General del Estado, los Gobiernos Autónomos Departamentales, Municipales e Indígena Originario Campesino, Universidades Públicas, las Empresas Públicas y las Instituciones Financieras Públicas por concepto de préstamos monetizables y no monetizables obtenidos de organismos, países y de la banca privada internacional mediante la suscripción de convenios de crédito bilaterales y multilaterales (Dentro de esta categoría se encuentra la Transf CREEX).
- **Donación Externa.** Fuente de financiamiento que obtienen las instituciones de los Órganos Ejecutivo, Legislativo, Judicial y Electoral, Control de Defensa de la Sociedad y del Estado, Descentralizadas, Entidades Territoriales Autónomas, Universidades Públicas, Empresas Públicas, Entidades Financieras Bancarias y no Bancarias, Entidades Públicas de la Seguridad Social, por concepto de donaciones externas en especie, monetizable y no monetizable, que provienen de países y organismos internacionales (Dentro de esta categoría se encuentra descrito las Transf DONEX y DONEX).

En el Cuadro Nº 8 se puede apreciar la ejecución del gasto correspondiente a todos los establecimientos de tercer nivel de atención, el cual dada su estructura se encuentra descrita por fuente de financiamiento y agente financiador.

Es así que para la gestión 2010 el gasto ejecutado en los establecimientos de tercer nivel de atención ascendió a 672.9 millones de bolivianos, de los cuales las transferencias del TGE (Transf TGE) a los diferentes agentes de financiamiento fueron del 69.3%, es decir 466 millones de bolivianos del total ejecutado. En orden de importancia en la ejecución siguen los recursos específicos provenientes de los establecimientos de salud por concepto de venta de servicios y docencia con el 21.4% (REESP), cifra que asciende a 143.9 millones de bolivianos; en tercer lugar, se describen las transferencias de donación externa (Transf DONEX) por concepto de HIPC que abarca la suma de 33 millones de bolivianos y representa cerca del 5% del total ejecutado. Las transferencias de los municipios a través de sus recursos específicos a los establecimientos de salud ocupan el cuarto lugar de importancia con el 4%, la misma asciende a 27 millones de bolivianos (Transf REESP) y por último se encuentran las otras fuentes de financiamiento con el 0.3% que representa alrededor de 1.9 millones de bolivianos (DONEX, Transf CREEX y Transf CREINT).

Cuadro N° 8
GASTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DESCRITA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO Y AGENTE FINANCIADOR – 2010
(en bolivianos)

Fuente	Organismo	EST	EXT	GAD	GAM	NAL	Total
DONEX	JICA		28.275				28.275
	OPS		49.000				49.000
	Otros ONG		621.270				621.270
	Otros Org Ext		1.019.696				1.019.696
	Otros Org Mult		142.856				142.856
	UNICEF		502				502
REESP	Otros REESP	143.904.756					143.904.756
Transf CREEX	BID		15.507				15.507
Transf CREINT	Sin Org Fin					62.961	62.961
Transf DONEX	HIPC				570.482	32.939.815	33.510.297
Transf REESP	REESP - MUN				27.128.126		27.128.126
Transf TGE	IDH			18.125.393	6.613.742		24.739.135
	PP - TGE				10.130.756		10.130.756
	IDH - SSPAM				6.198.970		6.198.970
	IDH - SUSAS				2.445.444		2.445.444
	PP - SUMI				67.888.096		67.888.096
	IDH - SUSAT			8.620.107			8.620.107
	TGE					346.411.604	346.411.604
Total		143.904.756	1.877.107	26.745.500	120.975.615	379.414.380	672.917.359

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

Si nos enfocamos a la ejecución del gasto desde el punto de vista del agente de financiamiento podemos responder la pregunta "**¿cómo se distribuye el dinero?**", de la siguiente manera:

- **Establecimiento (EST).** Los establecimientos de tercer nivel de atención por concepto de venta de servicios y docencia tienen un gasto aproximado de 143 millones de bolivianos, esta cifra representa el 21.4% del total ejecutado.
- **Externos (EXT).** Cuando nos referimos a la variable externos, esta se refiere principalmente a las donaciones directas y a las transferencias de crédito externo que fueron otorgados y/o recursos canalizados a los establecimientos de tercer nivel de atención, el mismo asciende a 1.8 millones de bolivianos y representa el 0.3% del total ejecutado.
- **Gobierno Autónomo Departamental (GAD).** Esta variable se refiere a la ejecución de recursos provenientes de los Gobiernos Autónomos Departamentales por concepto de IDH que son destinados principalmente a fortalecer los establecimientos de tercer nivel de atención. Generalmente estos recursos transferidos

por el TGE son destinados para la contratación de personal en los establecimientos de salud, donde una parte importante se destina para cubrir la demanda de personal de salud en el tercer nivel de atención, es así que para la gestión 2010 se habría ejecutado 18.1 millones de bolivianos. En el departamento de Tarija existe el SUSAT, el cual para prestar servicios a su población beneficiada compra servicios o tiene convenio con los establecimientos de salud, dentro de los cuales se encuentra el tercer nivel de atención, estos recursos son utilizados por los establecimientos para cubrir las necesidades que tengan en la prestación del servicio, para la gestión analizada la cifra ejecutada fue de 8.6 millones de bolivianos. En total los Gobiernos Autónomos Departamentales ejecutaron cerca de 26.7 millones de bolivianos que refleja el 4% del total ejecutado.

- **Gobierno Autónomo Municipal (GAM).** Se refiere a la ejecución de recursos provenientes del TGE a través de transferencias por concepto de IDH, participación popular, HIPC, SUMI y SSPAM, así como también se apropia los recursos de generación local por parte de los municipios. Los seguros públicos de salud nacionales (SUMI y SSPAM) y municipal del Beni (SUSA) se financian a través de la transferencia del TGE por concepto de participación popular e IDH, estos ascienden a 76.5 millones de bolivianos y representan un ingreso a los establecimientos de tercer nivel de atención, los mismos son utilizados siguiendo las normas del SUMI y/o SSPAM, con respecto al SUSA en el caso del Beni estos recursos se destinan únicamente a financiar personal. A parte de los recursos que ingresan a los establecimientos de tercer nivel de atención por los seguros públicos de salud, existen aquellos que por sus características apoyan a realizar las diferentes actividades y tareas que tienen los establecimientos de salud para cumplir sus objetivos, estos recursos provienen de las transferencias del TGE por concepto de participación popular, IDH y HIPC, donde la ejecución para la gestión 2010 asciende a 17.3 millones de bolivianos. Los recursos de generación local y que son transferidos a los establecimientos de salud ascienden a 27.1 millones de bolivianos. En síntesis los Gobiernos Autónomos Municipales ejecutan el 18% del total reportado para la gestión 2010, con cerca de 120.9 millones de bolivianos.
- **Nivel Central (N. Central).** Si nos referimos a la variable nacional, esta se refiere exclusivamente a los recursos humanos en salud que son pagados por el nivel central y transferido a los SEDES para que se realice su ejecución. Existen dos tipos de personal en los establecimientos de tercer nivel de atención, los que se denominan ítem TGE y aquellos que cuentan con ítem HIPC, ambas categorías resultan de las transferencias del TGE, la primera sale directamente de las arcas del TGE y la segunda proviene de la cuenta especial denominada HIPC (alivio a la deuda), entre ambas ascienden a 379 millones de bolivianos y representan el 56.4% del total ejecutado.

En el Cuadro Nº 9 se aprecia el gasto incurrido por establecimiento de salud y por agente de financiamiento, el cual muestra la forma en que los gastos de los diferentes agentes de financiamiento canalizan los servicios de salud a través de los distintos establecimientos de tercer nivel de atención; es decir, responde la pregunta "**¿quién hace qué?**". Este cuadro ofrece también una perspectiva de utilidad sobre la contribución de los diferentes establecimientos de tercer nivel de atención al gasto total en tipos específicos de servicios (Por Ejemplo: Instituto de Gastroenterología, Oftalmología, Oncología, Materno e Infantil, Generales, Tórax y Banco de Sangre).

- **Hospital General.** Los hospitales generales son aquellos encargados de brindar servicios de toda especialidad, dentro de esta clasificación se encuentra el Hospital de Clínicas de La Paz, Hospital Viedma de Cochabamba, Hospital Santa Barbara de Chuquisaca, Hospital Daniel Bracamonte de Potosí, Hospital Germán Busch del Beni, Hospital Universitario Japonés de Santa Cruz y los Hospitales denominados San Juan de Dios de Tarija, Oruro y Santa Cruz. El gasto que se incurre para llevar a cabo el funcionamiento normal de los servicios de salud en estos nueve hospitales generales, distribuidos en ocho departamentos del país (excepto el departamento de Pando) asciende a 368.8 millones de bolivianos, cifra que representa el 58.8% del total ejecutado.
- **Hospital Materno Infantil.** Los hospitales maternos infantiles se encargan de proteger la salud del binomio madre e hijo, así como también brinda servicios a las mujeres en general. Dentro de esta clasificación se encuentra el Hospital de la Mujer y Hospital del Niño de La Paz, el Hospital Germán Urquidi y Hospital Manuel Asencio Villarroel de Cochabamba, el Hospital Percy Boland y Hospital de Niños de Santa Cruz, el Hospital Gineco Obstétrico de Chuquisaca y el Hospital Materno Infantil del Beni. El gasto que se incurre para llevar a cabo el funcionamiento de salud de estos ocho hospitales maternos infantiles distribuidos en cinco departamentos del país asciende a 200.4 millones de bolivianos, representando el 29.8% del total ejecutado. Es importante mencionar que para fines de contabilidad el Hospital Materno Germán Urquidi y Hospital Manuel Asencio Villarroel del departamento de Cochabamba se fusionó en Hospital Materno Infantil Germán Urquidi.
- **Instituto de Gastroenterología.** Esta categoría corresponde a institutos especializados que otorgan prestaciones de salud relacionados a enfermedades gastrointestinales. Dentro de esta clasificación se encuentra los Institutos Gastroenterológicos de La Paz, Cochabamba y Chuquisaca. El gasto que se incurre para llevar a cabo el servicio de estos tres institutos de gastroenterología distribuidos en tres departamentos del país asciende a 43.3 millones de bolivianos, representando el 6.4% del total ejecutado.
- **Banco de Sangre.** Esta categoría corresponde a Hemocentros de referencia departamental cuya finalidad es de proveer componentes sanguíneos para pacientes que necesiten transfusión de sangre. Dentro de esta clasificación se encuentran los Bancos de Sangre de La Paz, Cochabamba, Oruro, Tarija, Pando, Santa Cruz y Beni (exceptuándose Potosí y Chuquisaca). El gasto que se incurre para llevar a cabo este servicio asciende a 20.2 millones de bolivianos y ese monto representa el 3% del total ejecutado.
- **Instituto Oncológico del Oriente.** Este instituto se encarga de brindar servicios a pacientes que presentan alguna enfermedad relacionada al cáncer, generalmente brindan servicios de quimioterapia y radioterapia en sus instalaciones, este instituto se encuentra disponible en el departamento de Santa Cruz. El gasto que se incurre para brindar sus servicios asciende a 17.7 millones de bolivianos, representando el 2.6% del total ejecutado.
- **Instituto Nacional de Tórax.** Este instituto se encarga de brindar especialidades relacionados a enfermedades cardiopulmonares, este instituto se encuentra en el departamento de La Paz y tiene un gasto que asciende a 16.5 millones de bolivianos, representando el 2.5% del total ejecutado.

- **Instituto Nacional de Oftalmología.** Este instituto se encarga de brindar prestaciones relacionadas a las enfermedades del ojo, este instituto se encuentra en el departamento de La Paz y presenta una ejecución de 5.7 millones de bolivianos, representando el 0,9% del total ejecutado.

Cuadro N° 9
GASTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DESCRITA POR PROVEEDOR DE SERVICIO Y AGENTE FINANCIADOR – 2010
(en bolivianos)

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	EST	EXT	GAD	GAM	N.CENTRAL	TOTAL
Banco de Sangre - Beni	188.572	49.000	439.248	394.750	379.987	1.451.557
Banco de Sangre - Cochabamba	2.837.232			624.668	871.083	4.332.983
Banco de Sangre - La Paz	2.097.219			1.240.009	861.966	4.199.193
Banco de Sangre - Oruro	632.550		73.968	298.898	633.613	1.639.029
Banco de Sangre - Pando	47.933			149.315	470.341	667.590
Banco de Sangre - Santa Cruz	2.619.755		146.484	1.780.696	1.860.865	6.407.800
Banco de Sangre - Tarija	221.869		628.980		693.570	1.544.419
Hospital Daniel Bracamonte	3.310.857		332.172	5.163.615	15.572.285	24.378.929
Hospital de Clínicas	16.789.681			7.459.737	33.512.977	57.762.395
Hospital de la Mujer	874.757	142.856		6.803.825	13.271.029	21.092.467
Hospital de Niños - La Paz	3.130.511	854.653		5.578.996	18.992.683	28.556.843
Hospital de Niños - Santa Cruz	2.512.473		629.316	9.228.095	19.865.092	32.234.976
Hospital Germán Busch	3.259.429		802.800	2.274.299	8.993.039	15.329.568
Hospital Gineco Obstétrico	1.468.417		1.204.212	2.735.350	8.862.899	14.270.878
Hospital Materno Infantil - Beni	1.531.968	15.507	1.289.724	4.772.498	9.648.053	17.257.751
Hospital Materno Infantil - Cochabamba	5.025.366	52.452	742.344	14.558.339	25.013.305	45.391.805
Hospital Percy Boland	486.549		1.033.829	16.904.175	23.218.195	41.642.748
Hospital San Juan de Dios - Oruro	2.639.072		356.808	3.945.446	16.847.484	23.788.809
Hospital San Juan de Dios - Santa Cruz	14.708.431		693.828	4.846.549	21.759.201	42.008.009
Hospital San Juan de Dios - Tarija	5.068.648		13.001.499	4.676.890	31.796.421	54.543.459
Hospital Santa Bárbara	7.582.628		3.679.752	4.687.346	15.899.764	31.849.489
Hospital Universitario Japonés	21.951.854		114.336	11.823.961	35.176.356	69.066.507
Hospital Viedma	20.819.098		703.176	6.449.973	22.144.112	50.116.359
Instituto Gastroenterológico - Chuquisaca	2.136.324		577.728	207.094	6.806.627	9.727.773
Instituto Gastroenterológico - Cochabamba	7.139.213		60.828	188.545	9.380.421	16.769.008
Instituto Gastroenterológico - La Paz	5.863.128	621.270		666.422	9.686.051	16.836.872
Instituto Nacional de Oftalmología	1.276.600			130.297	4.341.822	5.748.719
Instituto Nacional de Tórax	3.524.585	113.760		542.903	12.375.995	16.557.244
Instituto Oncológico del Oriente	4.160.036	27.609	234.468	2.842.925	10.479.145	17.744.183
Total	143.904.756	1.877.107	26.745.500	120.975.615	379.414.380	672.917.359

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

En el Cuadro N° 10 se observa el gasto que fue incurrido por objeto del gasto y por agente de financiamiento, el cual pretende explicar la composición y el ordenamiento sistemático y homogéneo de los bienes y servicios, así como también las transferencias que se aplican en el desarrollo del proceso de atención de la salud en los establecimientos de tercer nivel de atención, por lo que la pregunta que se quiere responder

es: "¿cómo se gasta el dinero?" que perciben los establecimientos de tercer nivel de atención.

- **Servicios personales.** Se refieren a gastos relacionados a servicios prestados por el personal permanente (partida 11700) y no permanente (partida 12100), incluyendo el total de remuneraciones; así como los aportes al sistema de previsión social, otros aportes y provisiones para incrementos salariales. En este grupo los establecimientos de tercer nivel de atención incurrieron un gasto que asciende a 452.8 millones de bolivianos, el cual representa el 67.3% del total ejecutado.
- **Servicios no personales.** Este grupo de partidas corresponde a gastos que se utilizan para atender los pagos por la prestación de servicios de carácter no personal, el uso de bienes muebles e inmuebles de terceros, así como por su mantenimiento y reparación. Incluye asignaciones para el pago de servicios profesionales y comerciales prestados por personas naturales o jurídicas y por organismos públicos o privados. En este grupo los establecimientos de tercer nivel de atención incurrieron un gasto que asciende a 38.4 millones de bolivianos, el cual representa el 5.7% del total ejecutado. Es importante mencionar que dentro de este grupo se encuentra los consultores de línea (partida 25200 y 25800) que en muchos casos trabajan en los establecimientos de tercer nivel de atención y no tienen beneficios sociales.
- **Materiales y suministros.** Este grupo comprende la adquisición de artículos, materiales y bienes que se consumen o cambian de valor durante la gestión de análisis, se incluye los materiales que se destinan a conservación y reparación de bienes de capital. En este grupo los establecimientos de tercer nivel de atención incurrieron un gasto que asciende a 122.3 millones de bolivianos, el cual representa el 18.2% del total ejecutado. Dentro de este grupo se encuentra la compra de medicamentos e insumos que son necesarios para la prestación de los servicios y asciende a 70.7 millones de bolivianos.
- **Activos reales.** En esta categoría se representan los gastos realizados para la adquisición de bienes duraderos, construcción de obras por terceros, compra de maquinaria y equipo. Se incluyen los estudios, investigaciones y proyectos realizados por terceros y la contratación de servicios de supervisión de construcciones y mejoras de bienes de dominio privado y público, cuando corresponda incluirlos como parte del activo institucional. Incluye los activos intangibles. En este grupo los establecimientos de tercer nivel de atención incurrieron un gasto que asciende a 29.6 millones de bolivianos, el cual representa el 4.4% del total ejecutado.
- **Servicio a la deuda pública y disminución de otros activos.** Este gasto corresponde a la asignación de recursos para atender el pago de intereses, comisiones de corto y largo plazo con residentes (Deuda Interna) y no residentes (Deuda Externa). En este grupo los establecimientos de tercer nivel de atención incurrieron un gasto que asciende a 14.5 millones de bolivianos, el cual representa el 2.2% del total ejecutado.
- **Transferencia.** Este grupo corresponde a gastos relacionados a transacciones que no suponen contraprestación en bienes o servicios y cuyos importes no son

reintegrados por los beneficiarios. En este grupo los establecimientos de tercer nivel de atención incurrieron un gasto que asciende a 600 mil bolivianos, el cual representa el 0.1% del total ejecutado.

- **Impuestos, tasas y regalías.** Este grupo representa los gastos que realizan todas las instituciones públicas con el objetivo de cubrir el pago de impuestos, regalías y tasas. En este grupo los establecimientos de tercer nivel de atención incurrieron un gasto que asciende a 940 mil bolivianos, el cual representa el 0.1% del total ejecutado.
- **Otros gastos.** Este grupo comprende los gastos destinados a intereses por operaciones de las instituciones financieras, pago de desahucios y otros beneficios sociales. En este grupo los establecimientos de tercer nivel de atención incurrieron un gasto que asciende a 13.5 millones de bolivianos, el cual representa el 2% del total ejecutado.

Cuadro Nº 10
GASTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DESCRITA POR OBJETO DEL GASTO Y AGENTE FINANCIADOR – 2010
(en bolivianos)

Objeto del Gasto	EST	EXT	GAD	GAM	N.CENTRAL	Total	Estructura %
Servicios Personales	41.410.547	27.609	18.125.393	13.970.616	379.351.419	452.885.583	67,3%
Servicios No Personales	19.433.617		888.642	18.082.218		38.404.477	5,7%
Materiales y Suministros	51.481.296	429.056	4.659.742	65.791.703		122.361.797	18,2%
Activos Reales	7.561.613	1.420.443	1.828.687	18.799.208	62.961	29.672.912	4,4%
Servicios a la deuda	9.537.951		1.243.037	3.731.870		14.512.858	2,2%
Transferencias				600.000		600.000	0,1%
Impuestos, Tasas y Regalías	940.901					940.901	0,1%
Otros Gastos	13.538.831					13.538.831	2,0%
Total	143.904.756	1.877.107	26.745.500	120.975.615	379.414.380	672.917.359	100%

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

Gastos por departamento. En el Cuadro Nº 11 se observa el gasto incurrido a nivel departamental por parte de los establecimientos de tercer nivel de atención para brindar regularmente sus servicios de salud a la población en general, donde Santa Cruz presenta el mayor gasto reportado con el 31.1% del total ejecutado, es decir que aproximadamente 209 millones de bolivianos o una tercera parte del gasto total se destinan a cubrir seis establecimientos de salud pertenecientes a este departamento, le sigue por orden de importancia los gastos pertenecientes a siete establecimientos de salud de La Paz con el 22.4% del total ejecutado, la cifra bordea los 151 millones de bolivianos, el departamento de Cochabamba con sus cinco establecimientos de salud se ubica en el tercer lugar de importancia dentro de la ejecución del gasto con el 17.3% del total, en términos monetarios corresponde a 116 millones de bolivianos.

Es importante mencionar que el restante 30% del gasto ejecutado en los establecimientos de tercer nivel de atención se lo realizan en los otros seis departamentos con una cifra de 196 millones de bolivianos para cubrir el funcionamiento de doce establecimientos de salud.

Cuadro N° 11
GASTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DESCRITA POR DEPARTAMENTO Y AGENTE FINANCIADOR – 2010
(en bolivianos)

DEPARTAMENTO	EST	EXT	GAD	GAM	N.CENTRAL	Total	Estructura %
BENI	4.979.969	64.507	2.531.772	7.441.547	19.021.080	34.038.875	5,1%
CHUQUISACA	11.187.369		5.461.692	7.629.789	31.569.290	55.848.140	8,3%
COCHABAMBA	35.820.910	52.452	1.506.348	21.821.525	57.408.921	116.610.155	17,3%
LA PAZ	33.556.482	1.732.539		22.422.188	93.042.523	150.753.732	22,4%
ORURO	3.271.622		430.776	4.244.344	17.481.097	25.427.838	3,8%
PANDO	47.933			149.315	470.341	667.590	0,1%
POTOSÍ	3.310.857		332.172	5.163.615	15.572.285	24.378.929	3,6%
SANTA CRUZ	46.439.098	27.609	2.852.261	47.426.402	112.358.854	209.104.223	31,1%
TARIJA	5.290.517		13.630.479	4.676.890	32.489.991	56.087.877	8,3%
Total	143.904.756	1.877.107	26.745.500	120.975.615	379.414.380	672.917.359	100%

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

3.3 Ingresos Vs. Gastos

En el Cuadro N° 12 se puede apreciar el reporte de ingresos y ejecuciones del gasto de todos los establecimientos de tercer nivel de atención de manera consolidada, así como también se cuenta con información por organismo financiador para la gestión 2010.

La diferencia entre el ingreso reportado y el gasto ejecutado determina el balance positivo o negativo en el que incurrieron los establecimientos de tercer nivel de atención, donde para la gestión de análisis se reportó una diferencia positiva de 41,9 millones de bolivianos, que será descrito a continuación:

- **Tesoro General del Estado.** Las transferencias del TGE (Transf TGE) en la gestión 2010 tuvieron un balance positivo de 27.1 millones de bolivianos, representando el 64.6% del total establecido, es importante mencionar que los seguros públicos de salud (SSPAM, SUMI y SUSAT) ocupan el 96.8% del balance positivo que se genera a través de la transferencia del TGE a los Gobiernos Autónomos Municipales y Departamentales.
- **Recursos específicos.** Dentro de esta categoría se encuentran los recursos específicos que generan los establecimientos de tercer nivel de atención por venta de servicios (REESP) y las transferencias de recursos específicos que otorgan los Gobiernos Autónomos Municipales a los establecimientos de salud (Transf REESP) para apoyar la gestión de salud. Para el año del estudio se tuvo un balance positivo de 14.7 millones de bolivianos donde el 100% está referido a los recursos específicos generados por los establecimientos de salud.
- **Donación externa.** Para la gestión del estudio se presentó tanto la donación directa a los establecimientos de tercer nivel de atención por parte de las agencias de cooperación (DONEX), así como también las transferencias de donación por parte del nivel central por concepto de HIPC y otros (Transf DONEX). En esta gestión se tuvo un remanente de 72.1 mil bolivianos que en el total representa el 0.2%.

- **Crédito externo.** Con respecto a esta fuente de financiamiento para la gestión analizada no se cuenta con ninguna diferencia, debido a lo que se reportó se ejecutó por parte del agente financiador.

Cuadro N° 12
INGRESOS VS. GASTOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DESCRITA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO – 2010
(en bolivianos)

Fuente	Organismo	Ingreso 2010	Gasto 2010	Diferencia (I -G)
DONEX	DON	49.037	0	49.037
	JICA	28.275	28.275	0
	OPS	51.354	49.000	2.354
	Otros ONG	621.270	621.270	0
	Otros Org Ext	1.019.696	1.019.696	0
	Otros Org Mult	142.856	142.856	0
	UNICEF	502	502	0
REESP	Otros REESP	158.650.608	143.904.756	14.745.852
Transf CREEX	BID	15.507	15.507	0
Transf CREINT	Sin Org Fin	62.961	62.961	0
Transf DONEX	DON	20.745	0	20.745
	HIPC	33.510.297	33.510.297	0
Transf REESP	REESP - MUN	27.128.126	27.128.126	0
Transf TGE	IDH	24.739.135	24.739.135	0
	PP - TGE	10.987.741	10.130.756	856.985
	IDH - SSPAM	9.745.722	6.198.970	3.546.752
	IDH - SUSA	2.445.444	2.445.444	0
	PP - SUMI	88.401.999	67.888.096	20.513.903
	IDH - SUSAT	10.859.448	8.620.107	2.239.341
	TGE	346.411.604	346.411.604	0
Total		714.892.328	672.917.359	41.974.969

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

Agente financiador. Realizando el análisis de la diferencia entre el ingreso reportado y el gasto ejecutado para la gestión 2010 por agente financiador, se tiene que los establecimientos de tercer nivel de atención a través de la generación local de recursos propios (EST) presentan un balance positivo de 14.7 millones de bolivianos y representan el 35.1% del total de la diferencia.

Los Gobiernos Autónomos Municipales a través de las transferencias que realiza el TGE por concepto de participación popular e IDH para cubrir los seguros públicos de salud (SUMI, SSPAM, SUSA y SUSAT) presentan un balance positivo de 24.9 millones de bolivianos y representan el 59.4% del total observado.

Los Gobiernos Autónomos Departamentales a través de las transferencias del TGE por concepto de IDH presentaron para la gestión de análisis 2.2 millones de bolivianos de diferencia positiva, donde el monto señalado hace referencia principalmente al SUSAT.

A nivel nacional no presenta ningún tipo de balance positivo o negativo, debido a que se trata de transferencia directa del TGE a los SEDES por concepto de sueldos y salarios correspondiente a la planilla del personal que trabaja en los establecimientos de tercer nivel de atención.

Cuadro N° 13
INGRESOS VS. GASTOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DESCRITA POR AGENTE FINANCIADOR – 2010
(en bolivianos)

Agente	Ingreso 2010	Gasto 2010	Diferencia (I - G)
EST	158.650.608	143.904.756	14.745.852
EXT	1.949.243	1.877.107	72.136
GAD	28.984.841	26.745.500	2.239.341
GAM	145.893.255	120.975.615	24.917.640
N.CENTRAL	379.414.380	379.414.380	0
TOTAL	714.892.328	672.917.359	41.974.969

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

Departamento. En el Cuadro N° 14 se observa el reporte del ingreso y ejecución del gasto de los establecimientos de tercer nivel de atención correspondiente a la gestión 2010 por la variable Departamento.

Cuadro N° 14
INGRESOS VS. GASTOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DESCRITA POR DEPARTAMENTO – 2010
(en bolivianos)

Departamento	Ingreso 2010	Gasto 2010	Diferencia I - G
BENI	36.550.634	34.038.875	2.511.759
CHUQUISACA	63.807.436	55.848.140	7.959.296
COCHABAMBA	122.133.310	116.610.155	5.523.155
LA PAZ	157.170.055	150.753.732	6.416.323
ORURO	25.707.822	25.427.838	279.984
PANDO	704.510	667.590	36.921
POTOSÍ	23.664.074	24.378.929	-714.854
SANTA CRUZ	221.766.551	209.104.223	12.662.328
TARIJA	63.387.935	56.087.877	7.300.057
Total	714.892.328	672.917.359	41.974.969

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

A nivel departamental en la mayoría de los casos existe un balance positivo a excepción del departamento de Potosí que presenta un balance negativo de 714,8 mil bolivianos. En este departamento, el único establecimiento de salud de tercer nivel es el Hospital Daniel Bracamonte.

Proveedor de servicio. En el Cuadro N° 15 se establece los ingresos reportados y los gastos ejecutados para la gestión 2010 de todos los establecimientos de salud del tercer nivel de atención.

Cuadro Nº 15
INGRESOS VS. GASTOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DESCRITA POR PROVEEDOR DE SERVICIO – 2010
(en bolivianos)

Establecimiento de Salud	Ingreso 2010	Gasto 2010	Diferencia (I - G)
Banco de Sangre - Beni	1.537.524	1.451.557	85.967
Banco de Sangre - Cochabamba	6.615.502	4.332.983	2.282.519
Banco de Sangre - La Paz	4.549.674	4.199.193	350.481
Banco de Sangre - Oruro	1.639.029	1.639.029	0
Banco de Sangre - Pando	704.510	667.590	36.921
Banco de Sangre - Santa Cruz	8.254.597	6.407.800	1.846.797
Banco de Sangre - Tarija	1.544.419	1.544.419	0
Hospital Daniel Bracamonte	23.664.074	24.378.929	-714.854
Hospital de Clínicas	59.712.240	57.762.395	1.949.846
Hospital de la Mujer	22.256.912	21.092.467	1.164.444
Hospital de Niños - La Paz	31.213.532	28.556.843	2.656.689
Hospital de Niños - Santa Cruz	32.554.238	32.234.976	319.262
Hospital Germán Busch	16.098.158	15.329.568	768.590
Hospital Gineco Obstétrico	15.550.057	14.270.878	1.279.179
Hospital Materno Infantil - Beni	18.914.953	17.257.751	1.657.202
Hospital Materno Infantil - Cochabamba	50.320.658	45.391.805	4.928.853
Hospital Percy Boland	46.818.145	41.642.748	5.175.396
Hospital San Juan de Dios - Oruro	24.068.793	23.788.809	279.984
Hospital San Juan de Dios - Santa Cruz	44.403.697	42.008.009	2.395.689
Hospital San Juan de Dios - Tarija	61.843.516	54.543.459	7.300.057
Hospital Santa Bárbara	37.008.848	31.849.489	5.159.359
Hospital Universitario Japonés	71.037.837	69.066.507	1.971.329
Hospital Viedma	47.002.536	50.116.359	-3.113.823
Instituto Gastroenterológico - Chuquisaca	11.248.531	9.727.773	1.520.758
Instituto Gastroenterológico - Cochabamba	18.194.614	16.769.008	1.425.606
Instituto Gastroenterológico - La Paz	16.623.977	16.836.872	-212.895
Instituto Nacional de Oftalmología	5.795.449	5.748.719	46.730
Instituto Nacional de Tórax	17.018.271	16.557.244	461.028
Instituto Oncológico del Oriente	18.698.038	17.744.183	953.854
Total	714.892.328	672.917.359	41.974.969

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

En el listado de los establecimientos de tercer nivel de atención existen tres de ellos que presentan un saldo negativo para la gestión 2010, los mismos se refieren al Hospital Daniel Bracamonte de Potosí con 714.8 mil bolivianos, el Instituto Gastroenterológico de La Paz con 212.8 mil bolivianos y el Hospital Viedma de Cochabamba con 3.1 millones de bolivianos. Con respecto a los Bancos de Sangre correspondientes a los departamentos de Tarija y Oruro presentan un saldo nulo, esto se debe principalmente a que no se contaba con información disponible de ingresos por lo que se asumió que todo lo que se ejecutaba como gasto se reportaba como ingreso.

3.4 Comparación con la Gestión Anterior

En el Cuadro Nº 16 se puede apreciar el comportamiento del gasto ejecutado para las gestiones 2009 y 2010 por establecimiento de salud, en el cual el incremento fue de 18.1 millones de bolivianos.

Cuadro Nº 16
EJECUCIONES PRESUPUESTARIAS DEL GASTO 2009 Y 2010
(en bolivianos)

Establecimiento de Salud	Ejec 2009	Ejec 2010	Diferencias
Banco de Sangre - Beni	1.471.249	1.451.557	-19.693
Banco de Sangre - Cochabamba	4.193.770	4.332.983	139.212
Banco de Sangre - La Paz	4.133.356	4.199.193	65.836
Banco de Sangre - Oruro	1.497.220	1.639.029	141.808
Banco de Sangre - Pando	586.312	667.590	81.278
Banco de Sangre - Santa Cruz	5.704.403	6.407.800	703.396
Banco de Sangre - Tarija	1.704.139	1.544.419	-159.721
Hospital Daniel Bracamonte	22.876.027	24.378.929	1.502.902
Hospital de Clínicas	53.925.437	57.762.395	3.836.958
Hospital de la Mujer	20.363.719	21.092.467	728.748
Hospital de Niños - La Paz	27.809.466	28.556.843	747.377
Hospital de Niños - Santa Cruz	28.167.268	32.234.976	4.067.709
Hospital Germán Busch	14.632.614	15.329.568	696.953
Hospital Gineco Obstétrico	12.994.753	14.270.878	1.276.125
Hospital Materno Infantil - Beni	15.855.989	17.257.751	1.401.761
Hospital Materno Infantil - Cochabamba	44.680.069	45.391.805	711.737
Hospital Percy Boland	36.726.659	41.642.748	4.916.089
Hospital San Juan de Dios - Oruro	24.326.696	23.788.809	-537.887
Hospital San Juan de Dios - Santa Cruz	41.712.219	42.008.009	295.790
Hospital San Juan de Dios - Tarija	55.481.840	54.543.459	-938.381
Hospital Santa Bárbara	31.073.132	31.849.489	776.358
Hospital Universitario Japonés	67.331.503	69.066.507	1.735.005
Hospital Viedma	52.764.084	50.116.359	-2.647.725
Instituto Gastroenterológico - Chuquisaca	12.425.596	9.727.773	-2.697.824
Instituto Gastroenterológico - Cochabamba	17.259.363	16.769.008	-490.355
Instituto Gastroenterológico - La Paz	16.520.722	16.836.872	316.150
Instituto Nacional de Oftalmología	5.588.721	5.748.719	159.998
Instituto Nacional de Tórax	16.082.862	16.557.244	474.381
Instituto Oncológico del Oriente	16.831.078	17.744.183	913.105
Total	664.720.268	672.917.359	18.197.090

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

En el Cuadro Nº 16 se pueden observar la existencia de siete establecimientos de salud de tercer nivel de atención que presentan disminuciones en sus ejecuciones presupuestarias, siendo los de mayor reducción el Hospital Santa Bárbara de Chuquisaca y el Hospital Viedma de Cochabamba, ambas se reducen en 2.6 millones de bolivianos.

3.5 Presupuesto 2012

En el Cuadro N° 17 se puede observar las ejecuciones presupuestarias del gasto de los establecimientos de tercer nivel de atención para la gestión 2010, así como también los presupuestos para la gestión 2012, la variable nd significa que los establecimientos no reportaron en el momento del relevamiento de información sus presupuestos 2012 y en muchos casos estaban a la espera de aprobación de sus POAs por parte de las autoridades respectivas, es por tal motivo que muchos administradores argumentaron que la información que se podía dar no era oficial. En la mayoría de los establecimientos de tercer nivel de atención existe un incremento a excepción del Hospital del Niño.

Cuadro N° 17
PRESUPUESTO 2010 Y 2012 POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD
(en bolivianos)

Establecimiento de Salud	2010	Presupuesto 2012	Incremento
Banco de Sangre - Beni	454.877	1.553.507	1.098.630
Banco de Sangre - Cochabamba	3.461.900	7.300.000	3.838.100
Banco de Sangre - La Paz	3.337.227	4.107.430	770.203
Banco de Sangre - Oruro	822.800	904.884	82.084
Banco de Sangre - Pando	83.548	365.405	281.857
Banco de Sangre - Santa Cruz	4.010.012	nd	nd
Banco de Sangre - Tarija	221.869	nd	nd
Hospital Daniel Bracamonte - Potosí	8.474.472	2.000.000	nd
Hospital de Clínicas	24.249.418	nd	nd
Hospital de la Mujer	7.821.438	9.306.419	1.484.981
Hospital de Niños - La Paz	9.564.160	9.220.000	-344.160
Hospital de Niños - Santa Cruz	11.276.801	38.226.903	26.950.102
Hospital Germán Busch	4.086.599	7.435.764	3.349.165
Hospital Gineco Obstétrico - Chuquisaca	4.203.767	9.043.971	4.840.204
Hospital Materno Infantil - Beni	5.035.025	5.674.291	639.266
Hospital Materno Infantil - Cochabamba	17.809.699	nd	nd
Hospital Percy Boland	17.390.725	29.136.094	11.745.369
Hospital San Juan de Dios - Oruro	6.584.517	12.600.000	6.015.483
Hospital San Juan de Dios - Santa Cruz	18.544.640	22.664.739	4.120.099
Hospital San Juan de Dios - Tarija	18.365.645	nd	nd
Hospital Santa Bárbara	10.420.654	17.806.573	7.385.919
Hospital Universitario Japonés	33.775.815	nd	nd
Hospital Viedma	27.269.071	nd	nd
Instituto Gastroenterológico - Chuquisaca	2.343.418	4.659.388	2.315.970
Instituto Gastroenterológico - Cochabamba	7.327.759	nd	nd
Instituto Gastroenterológico - La Paz	7.150.820	nd	nd
Instituto Nacional de Oftalmología	1.406.898	nd	nd
Instituto Nacional de Tórax	4.181.249	5.156.556	975.307
Instituto Oncológico del Oriente	7.030.570	35.337.307	28.306.737

Fuente: Elaboración Propia en base a la consultoría "Estudio sobre capacidades institucionales para el traspaso de hospitales de tercer nivel de atención" y recolección propia de información por parte de la DAAEF.

Es importante mencionar que en los establecimientos de salud de tercer nivel de atención en el departamento de Santa Cruz se puede apreciar que el incremento en sus presupuestos es mayor que en los otros departamentos, esto se debe principalmente a que en la gestión 2011 conociendo del traspaso del Gobierno Autónomo Municipal al Go-

bierno Autónomo Departamental, la parte administrativa de los hospitales aprovechó en incrementar sus partidas de gasto, por lo que los datos del Cuadro N° 17 reflejan esta oportunidad de mejorar sus presupuestos, e inclusive como visita de campo se observó que existían dos POAs por establecimiento, uno para el Gobierno Autónomo Departamental en caso de la existencia del traspaso y el otro al Gobierno Autónomo Municipal si no existiría el traspaso. Es importante mencionar que la información procesada en el Cuadro N° 17 no contempla los recursos humanos del nivel central.

4 Aspectos Administrativos

A continuación se describirán los aspectos administrativos y técnicos correspondientes a los establecimientos de tercer nivel de atención que serán traspasados a cada uno de los Gobiernos Autónomos Departamentales.

4.1 Infraestructura

Como se podrá observar en el Cuadro N° 18, existen 30 establecimientos de salud que son considerados dentro de la categoría de tercer nivel de atención en toda Bolivia y son participes directos en el momento del traspaso.

Es importante señalar que estos establecimientos de salud presentan diferentes especialidades y características en la atención de los servicios de salud.

Cuadro N° 18
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR ESPECIALIDAD

Departamento	Banco de Sangre	Gastro	Niños	Materno	Oncológico	Tórax	Oftalmología	General	Total
Chuquisaca		X		X				X	3
La Paz	X	X	X	X		X	X	X	7
Cochabamba	X	X	X	X				X	5
Oruro	X							X	2
Potosí								X	1
Tarija	X							X	2
Santa Cruz	X		X	X	X			XX	6
Beni	X			X				X	3
Pando	X								1
Total	7	3	3	5	1	1	1	9	30

Fuente: Elaboración Propia con información de los establecimientos del tercer nivel de atención.

Para realizar el análisis del traspaso de tercer nivel de atención se debe considerar las siguientes características:

- El Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés se encuentra disponible en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Chuquisaca.
- Si bien existen bancos de sangre en todo el país estos no se consideraban dentro de la categoría de tercer nivel de atención según los reportes estadísticos

del SNIS debido a que en muchos de los casos se encuentran al interior de los hospitales generales respectivos tal es el caso de los Hospitales Santa Bárbara de Chuquisaca y Daniel Bracamonte de Potosí, los mismos presentan una funcionalidad como un servicio adicional que brindan a la población en general. Es importante resaltar que si para realizar el traspaso de los establecimientos de tercer nivel de atención se consideró a los Bancos de Sangre de tercer nivel de siete departamentos, los pertenecientes a los departamentos de Potosí y Chuquisaca también deberían considerarse dentro de esta clasificación ya que son departamentales al igual que los otros.

- El departamento de Santa Cruz presenta dos establecimientos generales a diferencia de los demás: Hospital San Juan de Dios y Hospital Universitario Japonés.
- Los hospitales de niños se ubican específicamente en el eje troncal: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.
- En el departamento de Cochabamba existen dos establecimientos de salud funcionados en una sola estructura física, nos referimos al Hospital de Niños Manuel Ascencio Villarroel y al Hospital Materno Germán Urquidí, los cuales para asuntos contables y técnicos son considerados como una sola institución denominado Hospital Materno Infantil Germán Urquidí. Es importante mencionar que en los predios del complejo hospitalario Viedma se estaba construyendo el hospital de niños correspondiente al Manuel Ascencio Villarroel, esta infraestructura se encuentra paralizada por razones técnicas desde hace cuatro años atrás, se espera que con el traspaso al Gobierno Autónomo Departamental de Cochabamba se reactive esta construcción.
- Tanto el Instituto Nacional del Tórax como el de Oftalmología sólo se encuentran disponibles en el departamento de La Paz.
- El Instituto Oncológico del Oriente sólo se tiene disponible en el departamento de Santa Cruz.
- El departamento de Pando solo presenta el Banco de Sangre como establecimiento de tercer nivel de atención, en el corto plazo se debería considerar la posibilidad de incorporar el Hospital Roberto Galindo, debido a que es el establecimiento de referencia de todo el departamento.
- Tanto en La Paz como en Cochabamba el funcionamiento de los establecimientos de tercer nivel de atención se encuentran ubicados en un mismo predio y se denominan complejo hospitalario Miraflores y Viedma respectivamente. Si bien en el departamento de Santa Cruz se cuenta con seis establecimientos de salud catalogados como de tercer nivel de atención, estos se encuentran dispersos en la ciudad capital especialmente el Hospital Universitario Japonés y el Instituto Oncológico del Oriente.

La Ley 1551 de Participación Popular de 1994 en su artículo 13 nos indicaba la transferencia a título gratuito y en favor de los Gobiernos Autónomos Municipales el derecho de Propiedad sobre los bienes inmuebles de salud en todos los niveles de atención, con la actual LMAD del 2010 esto queda abrogado siendo que a partir de esta ley, los establecimientos de tercer nivel de atención pertenecen a los Gobiernos Autónomos

Departamentales, debido a que los servicios que otorgan son de alta complejidad y son utilizados por toda la población del departamento, quedando a tuición de los Gobiernos Autónomos Municipales el servicio e infraestructura de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención.

Es importante resaltar que el traspaso de responsabilidades de los establecimientos de tercer nivel de atención a los Gobiernos Autónomos Departamentales en lo que respecta a infraestructura y equipamiento debería estar completamente saneado, es decir, sin pendientes de deudas, esto con el objetivo principal de que el ejercicio de la competencia no afecte el desenvolvimiento normal de la prestación de servicios debido a problemas anteriores al traspaso.

4.2 Recursos Humanos

En el Cuadro N° 19 se puede apreciar el total de recursos humanos disponibles en los establecimientos de tercer nivel de atención según la fuente de financiamiento para la gestión 2010, el mismo asciende a 9.111 trabajadores en salud (médicos, paramédicos y administrativos), la distribución de este personal corresponde de la siguiente manera: en primer lugar se encuentra los recursos transferidos del TGE a los SEDES con el 66%, en segundo lugar se ubica el personal financiado por los fondos propios de los establecimientos (venta de servicios) con el 16.6%, las transferencias del nivel central a los SEDES por concepto de HIPC se encuentran en tercer lugar con el 6,4%, seguido por los recursos humanos de la gobernación con el 5.5% (denominados anteriormente como ítems Prefecturales), los recursos financiados con fuente municipal con el 4.1% y el resto con el 1.2%. (MSD, Programas de Salud y el SUSA del Beni)

Cuadro N° 19
RECURSOS HUMANOS POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO – 2010

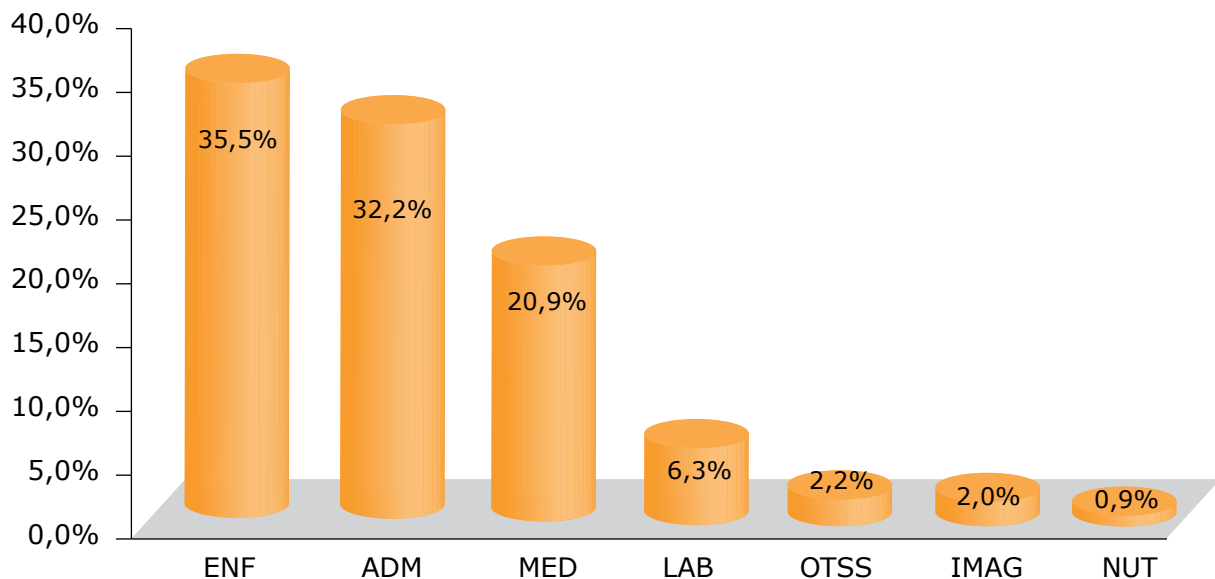
DEPARTAMENTO	REC. PROP	GAD	HIPC	MSD	GAM	PROG	SUSA	TGE	TOTAL	ESTRUCTURA %
BENI	74	108	13		22		76	301	594	6,5%
CHUQUISACA	97	131	57		88			481	854	9,4%
COCHABAMBA	341	45	188		61			906	1.541	16,9%
LA PAZ	394		72	9				1.509	1.984	21,8%
ORURO	5	11	36	3	2			279	336	3,7%
PANDO					3			8	11	0,1%
POTOSÍ	85	9	22	3				250	369	4,1%
SANTA CRUZ	473	76	156		202	22		1.780	2.709	29,7%
TARIJA	46	125	43					499	713	7,8%
TOTAL	1.515	505	587	15	378	22	76	6.013	9.111	100,0%

Fuente: Elaboración propia con información de los RRHH proporcionados por los establecimientos de salud.

Si nos referimos a nivel departamental, Santa Cruz presenta la mayor cantidad de personas trabajando en los establecimientos de tercer nivel de atención con el 29.7%, seguido por La Paz con el 21.8%, Cochabamba con el 16.9% y el restante 31.6% se distribuye entre los otros seis departamentos.

En el Gráfico 5 se puede apreciar la distribución de los recursos humanos según la funcionalidad que cumplen dentro de los establecimientos de tercer nivel de atención, donde la categoría denominada enfermeras (Lic. Enfermeras + Auxiliares de Enfermería) presenta un mayor porcentaje con el 35.5%, seguido de la parte administrativa y/o apoyo (representa todo aquel personal que cumple todo tipo de función exceptuando el servicio directo a la salud) con el 32.2%. Bajo esta misma estructura, los médicos representan el 20.9% del total establecido (médicos especialistas, generales y residentes) y finalmente el 11.4% restante se distribuye entre personal de laboratorio, otros servicios de salud, imagenología y nutrición.

Gráfico N°5
ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LA FUNCIONALIDAD DE LOS RRHH



Fuente: Elaboración propia con información de los RRHH proporcionados por los establecimientos de salud.

Para realizar el análisis de traspaso de tercer nivel de atención se debe considerar las siguientes observaciones:

- Los recursos humanos, considerados en el Cuadro N° 19, catalogados dentro de fondos propios, corresponden al personal contratado por los propios hospitales a través de los ingresos que generan por la venta de servicios. Generalmente los contratos son anuales y se clasifican en dos grupos: el personal eventual que utilizan la partida 12100 (con beneficios sociales) y los consultores de línea donde se utilizan la partida 25200 y/o 25800 (sin beneficios sociales).
- Tanto los ítems TGE como HIPC corresponden a la transferencia que realiza el Nivel Central por medio del MSyD a los respectivos SEDES. Es importante mencionar que el financiamiento del primero de ellos se encuentra garantizado en el tiempo, en cambio el segundo tiene una fecha límite hasta el 2015, por lo que el Estado debería estar asumiendo estos ítems gradualmente con los recursos del Tesoro General de la Nación.
- Es importante mencionar que el personal que trabaja con ítem TGE en los establecimientos de tercer nivel de atención abarca el 30.7% del total de ítems

establecidos por el MSyD a nivel nacional, de la misma forma, si nos referimos a los ítems HIPC estos abarcan el 24.8% del total establecido a nivel nacional.

- Los recursos humanos municipales son contratos anuales y se encuentran financiados a través de recursos específicos de las municipalidades, así como también de las transferencias por concepto de participación popular e IDH.
- Los recursos humanos departamentales o denominados de la gobernación son contratos financiados a través de recursos provenientes de las transferencias del IDH del Nivel Central a los Gobiernos Autónomos Departamentales, los mismos se ejecutaron a partir del 2006.
- El departamento del Beni presenta un caso muy singular donde existe personal de salud financiado con el seguro público de esa región, el cual se denomina personal SUSA.
- El recurso humano reportado por los establecimientos de salud seleccionados no se encuentran en los perfiles adecuados. (Por Ejemplo: Lic. Enfermeras se encuentran con cargos administrativos y/o viceversa).
- En algunos casos el recurso humano contratado para un servicio se encuentra ubicado en otro servicio diferente.

Por lo expuesto anteriormente se observa que la fuente principal de financiamiento para la contratación de recursos humanos es el TGE, aunque este recurso no resultó ser suficiente para cubrir la gran demanda de personal de salud que se requiere en los hospitales seleccionados. Para poder solucionar y cubrir este requerimiento de personal adicional en los establecimientos de tercer nivel de atención, se vio la necesidad de utilizar recursos económicos alternos, como aquellos provenientes del Alivio a la Deuda Externa (ítems HIPC) a partir de la gestión 2000, del IDH (ítems denominados Prefecturales) el 2006 y además de utilizar recursos provenientes de la fuente de financiamiento municipal.

Esta última fuente de financiamiento con la aplicación de LMAD genera en el corto plazo un desequilibrio en los establecimientos de tercer nivel de atención que tienen contratos municipales tal es el caso de los establecimientos de salud de Santa Cruz, Cochabamba y Chuquisaca, pudiendo generarse una situación de desempleo que perjudicaría en el normal funcionamiento actual de los servicios que prestan los establecimientos.

Finalmente se advierte que la fuente de financiamiento con Fondos Propios que actualmente permite la contratación de aproximadamente 1.515 personas en los diferentes establecimientos de tercer nivel de atención en todo el país está totalmente relacionada con la venta de servicios, situación que no podría ser sostenida en el tiempo si se desea ampliar la cobertura del aseguramiento público en forma gratuita, a menos que se garantice previamente la transferencia de recursos económicos necesarios para poder cumplir con esta planilla de personal de generación local.

5. Conclusiones

En principio ha sido establecido, por medio de la Constitución Política del Estado, que la salud se consolida como un derecho fundamental y se constituye en la primera

responsabilidad financiera del Estado. Esta competencia ha sido distribuida como competencia exclusiva del nivel central en relación a la "política del sistema de salud", en tanto que ha sido distribuida como competencia concurrente entre el nivel central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas en cuanto a la "gestión del sistema de salud".

Habiendo sido distribuida la competencia por la Constitución Política del Estado, y delimitados sus alcances mediante la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, se requiere la traslación de medios y servicios desde los Gobiernos Autónomos Municipales hacia los Gobiernos Autónomos Departamentales, para el ejercicio efectivo de la competencia.

El plan de acción realizado por el Servicio Estatal de Autonomías, en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes, consistió en la recopilación de la información sobre el estado del traspaso de responsabilidades en todos los departamentos del país, de la información financiera y presupuestaria de los establecimientos de salud de tercer nivel y la elaboración del marco legal y competencial en materia de salud.

Con el fin de ordenar el proceso de traspaso de responsabilidades se emitió la "Guía de orientación técnica" dirigida y enviada a los Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales y establecimientos de salud de tercer nivel. Este instrumento colaboró en la clarificación de algunos aspectos de corte administrativo que se estaban desarrollando.

El análisis financiero se desarrolló tomando como base las fuentes de los ingresos de los establecimientos de salud, así como los objetos de gasto. De esa manera se pudo concluir que, en la gestión 2010, los establecimientos de salud obtenían sus ingresos en un 21,4% (equivalente a Bs. 158,6 millones) de recursos específicos, es decir, de recursos obtenidos por medio de la venta de servicios.

Del mismo análisis se pudo obtener el dato de un balance positivo (mayores ingresos que gastos) de Bs. 41,9 millones a nivel nacional, es decir, considerando a todos los establecimientos de salud del país. El análisis a nivel departamental mostró un balance positivo en todos los departamentos a excepción de Potosí, que registró un balance negativo de Bs. 714 mil. La evaluación por establecimiento de salud mostró un balance negativo en 3 de los 30 establecimientos, estos son: el Hospital Bracamonte de Potosí, el Instituto Gastroenterológico de La Paz, y el Hospital Viedma de Cochabamba.

Con la aplicación de LMAD se genera en el corto plazo un desequilibrio en los establecimientos de tercer nivel de atención toda vez que los recursos que percibían por parte de los Gobiernos Autónomos Municipales, Bs. 45.300.090, deben pasar a ser financiados por los Gobiernos Autónomos Departamentales. Debido al presupuesto reducido que tienen algunas gobernaciones podría generarse una situación que perjudique el normal funcionamiento de los servicios que prestan los establecimientos de salud involucrados.

En el caso de los recursos humanos son dos aspectos sobre los que se debe incidir: los recursos humanos financiados con la fuente HIPC, y los financiados por los Gobiernos Autónomos Municipales. En el primer caso, por fuente HIPC, se trata de un financiamiento cuya duración se extiende sólo hasta 2015, por las condiciones de la política de alivio a la deuda. En el segundo caso, fuente municipal, se trata de recursos cuya fuente de financiamiento está ausente al constituirse el Gobierno Autónomo Departamental en titular de la competencia.

Del análisis se puede concluir en la necesidad de participación de todos los actores involucrados en materia de salud con el fin de garantizar la prestación de un servicio catalogado como derecho humano y primera responsabilidad financiera del Estado. Es necesaria la convocatoria del Consejo de Coordinación sectorial con el objetivo de agilizar el ejercicio de la competencia en aquellos departamentos en los que ésta no se verificó al momento, así como para evaluar el estado de situación del sector.

Marco legal consultado

Leyes de la Gaceta oficial del Estado Plurinacional del Estado

Estado Plurinacional de Bolivia (2009). Constitución Política del Estado de 7 de febrero

Estado Plurinacional de Bolivia (2010). Ley N° 031 de 19 de julio, Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibañez"

República de Bolivia (2002). Ley N° 2426 de 21 de noviembre. Ley del Seguro Universal Materno Infantil

República de Bolivia (2006). Ley N° 3323 de 16 de enero, Ley del Seguro de Salud para el Adulto Mayor

Decretos Supremos de la Gaceta Oficial.

República de Bolivia (1998). Decreto Supremo N° 25233 de 27 de noviembre, Creación del Servicio Departamental de Salud

República de Bolivia (2002). Decreto Supremo N° 26875 de 21 de diciembre, Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud

República de Bolivia (2006). Decreto Supremo N° 28968 de 13 de diciembre, Reglamento de Prestación y Gestión del Seguro de Salud Del Adulto Mayor



Servicio Estatal
de Autonomías

www.sea-autonomias.gob.bo