

RESUMEN TESIS DE GRADO

“LINEAMIENTOS JURIDICOS INSTITUCIONALES PARA DISEÑAR POLITICAS DE SALUD PÚBLICA DESCENTRALIZADAS POR REDES DE SALUD.”

Postulante.- Pedro Jacinto Espinoza Luna

El tema seleccionado para la presente Tesis de Grado, se origina de un análisis efectuado de la realidad nacional, en lo que se refiere a la salud pública de nuestro país, y a la inexistencia de políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud en nuestro país.

Frente a esta situación el presente trabajo propone la formulación de lineamientos jurídicos institucionales para diseñar políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud, como instrumentos para solucionar las necesidades y demandas de la sociedad civil en cuanto a los problemas de la salud pública que tiene la comunidad en su conjunto.

La Hipótesis central del trabajo se fundamenta en la ausencia de políticas de salud pública descentralizadas por departamento, sino que se rigen por una política nacional de salud.

En tal sentido si se dan nuevos lineamientos jurídicos institucionales para el diseño de políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud, los gobiernos departamentales podrán elaborar su propia política regional de salud, para ya no tener una dependencia del gobierno nacional, ya que esto permitirá una solución a los problemas regionales de salud que tiene cada región de nuestro país.

Utilizando los métodos y técnicas de investigación pertinentes el trabajo concluye proponiendo lineamientos jurídicos institucionales para el diseño de políticas de salud pública, en el afán de realizar un apoyo para la solución de conflictos en el sector salud de nuestro país.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO



TESIS DE GRADO

LINEAMIENTOS JURIDICOS INSTITUCIONALES
PARA DISEÑAR POLITICAS DE SALUD PÚBLICA
POR REDES DE SALUD

TESIS DE GRADO PARA OPTAR EL GRADO DE LICENCIADO EN DERECHO

POSTULANTE : PEDRO JACINTO ESPINOZA LUNA

TUTOR : DR. IVAN CAMPERO VILLALBA

La Paz – Bolivia
2011

INDICE DEL TEMA DE TRABAJO DE TESIS

	Paginas
Introducción.....	1
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO METODOLOGICO	
1.- Enunciado del Tema.....	3
2.- Identificación del Problema.....	3
3.- Problematicación.....	4
4.- Fundamento e Importancia del Tema.....	4
5.- Delimitación del Tema.....	4
5.1.- Delimitación Temática.....	4
5.2.- Delimitación Temporal.....	5
5.3.- Delimitación Espacial.....	5
6.- Objetivos.....	5
6.1.- Objetivo General.....	5
6.2.- Objetivos Específicos.....	5
7.- Marco de Referencia.....	6
7.1.- Marco Histórico.....	6
7.2.- Marco Conceptual.....	6
7.3.- Marco Jurídico.....	8
7.4.- Marco Teórico.....	10
8.- Hipótesis.....	13
8.1.- Variables.....	13
8.1.1.- Variable Independiente.....	13
8.1.2.- Variable Dependiente.....	14
8.2.- Unidades y categorías de Análisis.....	14
9.- Métodos y Técnicas a Utilizarse.....	14

10.- Técnicas de Investigación a Utilizarse en Tesis.....	15
11.- Cronograma de Trabajo.....	15

CAPITULO II

ANTECEDENTES HISTORICOS

2.- Historia de la Salud Pública en Bolivia.....	16
2.1.- Período PRE Colonial.....	16
2.2.- Período Colonial.....	18
2.3.- Primer Período Primeras Medidas Preventivas al Fundarse la República. Las Juntas de Sanidad. (1825 – 1900).....	21
2.4.- Segundo Período. La Organización de los Servicios de Salud. (1900 – 1958).....	25
2.5.- Tercer Período. Bases Doctrinarias y los Fundamentos Legales en Salud Pública (1958 – 1970).....	31
3.- Plan Nacional de Salud. (1994 – 1997).....	34
4.- Plan Nacional de Salud. (1997 – 2002).....	39

CAPITULO III

DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD Y SU RELACIÓN CON LA SEGURIDAD SOCIAL

1.- Principio de Unidad.....	50
1.1.- Unidad de Contenido.....	50
1.2.- Unidad de Gestión.....	50
2.- Gestión de Seguridad Social.....	54
3.- Gestión en Salud Pública.....	54
4.- Población Protegida.....	56
5.- Efecto Diferido.....	57
6.- Modelos de Gestión.....	58
7.- Descentralización en Salud.....	59

8.- Líneas Maestras y Estrategias que deberían tenerse en cuenta en un proceso de descentralización.....	61
9.- Descentralización.....	69
10.- Injerencia de la Ley No. 031 de 19 de Julio de 2010. (Ley Marco de Autonomías y descentralización).....	73
11- Análisis de los Instrumentos utilizados en la Investigación.....	76

CAPITULO IV

LEGISLACIÓN COMPARADA DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

1.- El Contexto Latinoamericano.....	88
2.- Sistemas de Salud.....	90
3.- Descentralización de la Salud en América Latina.....	91
4.- Aportes de la Descentralización a la Eficacia del Derecho a la Salud.....	97
4.1.- Precisiones en Torno a la equidad y descentralización.....	98
4.2.- Marco Constitucional de la Descentralización enfoque y contenido Declaraciones y Cartas Internacionales.....	99
4.3.- Las Constituciones.....	102
4.4.- La Descentralización de la Salud.....	104
4.5.- La Participación en Salud.....	104
4.6.- La Inserción del Sector Privado.....	105
5.- Nuevos Modelos de Descentralización.....	107
5.1.- Agencias Reguladoras de Bienes y Productos de Salud.....	107
5.2.- Agencias Reguladoras de Servicios de Salud.....	107

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PRESENTE TRABAJO

1.- Conclusiones.....	110
1.1.- Conclusiones del Objetivo General.....	110
1.2.- Conclusiones de los Objetivos Específicos.....	111
1.3- Conclusión Final.....	112

RECOMENDACIONES

1.- Recomendaciones.....	113
---------------------------------	------------

CAPITULO VI

PROPUESTA DE TRABAJO

BASES DE LA POLITICA DE SALUD PÚBLICA

1.- Control y Gestión Social.....	115
2.- La Salud no tiene causas solo determinantes.....	116
2.1.- La Salud y la Vida Derechos Humanos Fundamentales y Función del Estado el protegerlos.....	118
2.2.- Determinantes de Salud y Calidad de Vida.....	119
2.3.- Eliminar la Exclusión Social en Salud.....	120
3.- Lineamientos Jurídicos e Institucionales para el Diseño de Políticas de Salud Pública Descentralizadas por redes de Salud.....	121

CAPITULO VII

LEY DE LOS COMITÉS POPULARES DE SALUD

Exposición de Motivos.....	124
Ley de los Comités Populares de Salud (Proyecto).....	125
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	129
Anexos.....	133

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo, a la memoria de mi Padre Mario Espinoza Vega y de mi Madre María Nieves Luna Quinteros.

AGRADECIMIENTO

A mi Padre, que en paz descansa y a mi Madre, por ser ellos que me impulsaron a estudiar la Ciencia del Derecho.

A mi esposa Vicky, quien me apoyo en todo momento al iniciar y terminar la carrera.

A mis hijos Víctor Manuel, Andrea Juliana y Mario Félix, quienes junto a Vicky, son mi familia de corazón.

Por su ejemplo a mis hermanos Lido y Claudio.

1.- **INTRODUCCION.**- Desde años anteriores y hasta la actualidad, la sociedad civil a tenido que confrontar toda suerte de dificultades, contingencias o riesgos como las de enfermedad, invalidez y otros.

La experiencia a demostrado que los individuos en todos los tiempos y países, ya de forma aislada o en su conjunto han estado y están sometidos a determinadas incidencias que provocan necesidades sociales, demandas que el ser humano busca solucionar mediante la instauración de instrumentos de protección contra las mismas.

En esa forma de cosas se sitúa la salud pública cuya finalidad es el esfuerzo organizado de la sociedad que surge de un compromiso participativo mutuo en la búsqueda de la satisfacción o el alcance de sus ideales de salud.

Ya que según la Constitución Política del Estado de 7 de Febrero de 2009 en actual vigencia en los artículos 35 y 37 menciona:

Artículo 35. I. “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 en los servicios de salud.

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizara la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.”

Anteriormente las políticas de salud pública y hasta en la actualidad son nacionales, es así que se ve la necesidad de proponer unos nuevos lineamientos jurídicos institucionales para diseñar políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud.

La forma del presente trabajo de tesis es la siguiente:

El Primer Capitulo hace referencia al planteamiento metodológico donde se formula un problema su fundamento e importancia, delimitaciones, objetivos, marcos de referencia, hipótesis, variables, unidades de análisis y métodos generales y específicos en el campo del Derecho Positivo.

El Segundo Capitulo menciona los aspectos históricos de la Salud Pública en Bolivia, para posteriormente realizar un estudio sobre las políticas de salud pública nacionales anteriormente realizadas.

El Tercer Capitulo en el cual se estudia la descentralización en salud y su relación con la seguridad social, también en este capitulo se realiza un trabajo empírico de encuestas y resultados para contrastar estas con la realidad sobre la problemática del presente tema de investigación.

En el Cuarto Capitulo se analiza la legislación comparada referente a la descentralización en salud.

Para el Quinto Capitulo se plantea conclusiones y recomendaciones en cuanto al presente trabajo.

En el Sexto Capitulo se efectúa la propuesta de trabajo bases de la política de salud pública.

En cuanto al Séptimo Capitulo se realiza el proyecto de Ley de los Comités Populares de Salud.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.- ENUNCIADO DEL TEMA.- “LINEAMIENTOS JURIDICOS INSTITUCIONALES PARA DISEÑAR POLITICAS DE SALUD PÚBLICA DESCENTRALIZADAS POR REDES DE SALUD”

2.- IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.- En nuestra sociedad desde años atrás la salud se ha convertido en un problema fundamental, que debido a la dejadez de los gobiernos de turno en cada gestión no se le dio la debida importancia.

Según la Constitución Política del Estado vigente en sus artículos 35 y 37.

“Articulo 35. I. 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.

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye, en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.”

En este sentido podemos definir que el problema fundamental es la inexistencia de políticas de salud pública descentralizadas que genera una falta de credibilidad en el sistema de salud de nuestro país.

3.- PROBLEMATIZACION.- El problema de salud pública de nuestro país es un factor determinante, ya que los anteriores gobiernos de turno no le dieron la importancia que debía ya que la salud nunca fue una política de estado para los gobiernos de nuestro país.

Es por eso que la sociedad civil tiene una falta de credibilidad en el sistema de salud porque existe una excesiva centralización de los servicios para los usuarios que demandan una atención oportuna eficaz y adecuada a su problema de salud.

4.- FUNDAMENTO E IMPORTANCIA DEL TEMA.- El presente trabajo se fundamenta en la ausencia de políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud, por parte de los gobiernos de turno.

Es de vital importancia la presente investigación de tesis, debido a que el problema de la salud incumbe a toda la ciudadanía y por ende al sistema de salud en su generalidad, ya que proponiendo nuevos lineamientos jurídicos institucionales para diseñar políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud, fortalecemos el capital humano de nuestro país, y así mismo reducirá la mortalidad y morbilidad de la comunidad en sus diversas formas.

5.- DELIMITACION DEL TEMA.- Los límites de la presente investigación son:

5.1. DELIMITACION TEMATICA.- En este aspecto debemos preponderar el análisis y el momento jurídico social, con relación al desarrollo de la sociedad, los cambios estructurales y coyunturales en sus diversos aspectos, viniendo a ser el nexo lógico de interrelación dando solución a la problemática con nuevos lineamientos jurídicos institucionales para diseñar políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud.

5.2. DELIMITACION TEMPORAL.- La presente investigación tomará como referencia los años 1993 hasta 1997, debido a los cambios estructurales que se realizaron en nuestro país durante estas gestiones con trascendencia en la actualidad.

5.3. DELIMITACION ESPACIAL.- Se tomo como marco de estudio la Red Noroeste de Salud No. 2 dependiente de la Secretaria Departamental de Salud de La Paz y esta por orden de prelación de la Gobernación del Departamento de La Paz, con una población diferenciada por grupos etareos de 179.333 habitantes del área urbana. .

6.- OBJETIVOS DEL TEMA DE TESIS.- Entre los objetivos de nuestro tema están los siguientes:

6.1. OBJETIVO GENERAL.-

Formular Lineamientos Jurídicos Institucionales para diseñar políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud.

6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.- Son los siguientes:

Analizar la problemática que se tiene de las políticas de salud pública nacionales anteriores.

Estudiar la injerencia de la Ley No. 031 de 19 de Julio de 2010 (Ley Marco de Autonomías y Descentralización.) en las políticas de salud pública por redes de salud.

Elaborar una Legislación comparada referente a la descentralización en la salud pública de algunos países de Latinoamérica.

7.- MARCO DE REFERENCIA:

7.1. MARCO HISTORICO.- En este punto podemos mencionar que las políticas de salud pública nacionales y departamentales, no se adecuaban a la realidad vigente de la sociedad, en este sentido tenemos como referencia histórica el plan global de 1993, que será nuestro punto de partida, ya que se produjeron cambios fundamentales que afectaron a la estructura de las políticas de salud pública de nuestro país.

Así mismo vemos la necesidad de investigar sobre los problemas de la salud, por su importancia para materializar la presente investigación que es prioritaria en la sociedad y más concretamente para la Red de Salud Noroeste No. 2, mismo que es nuestro marco de estudio.

7.2. MARCO CONCEPTUAL.- Entre los conceptos que se utiliza en el presente trabajo de investigación están los siguientes:

7.2.1. POLITICAS DE SALUD.- Es el nivel de organización entre el estado y la comunidad en relación al proceso salud enfermedad determinado por el grado de relaciones, a través de planes y programas que tengan amplia participación en el proceso democrático que se encuentre.

7.2.2. RED DE SALUD SOCIAL.- Podemos definirla de la siguiente manera: 1¹

¹ Ley 2426 del 21 de Noviembre de 2002. Art. 13. Pág. No. 38.

1.- Las Redes Sociales de Salud están constituidas por las correspondientes Organizaciones Territoriales de Base y un conjunto de personas que representan a la sociedad civil organizada en el ámbito urbano y rural de acuerdo a sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias reconociendo prioritariamente el derecho de las mujeres campesinas, indígenas y originarias.

2.- Las Redes Sociales tienen como responsabilidad el desarrollo de la gestión social en salud de su comunidad y la articulación con la red de servicios de salud, para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

7.2.3. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.- Es un proceso social en el que grupos específicos que comparten ciertas necesidades y viven en una zona geográfica definida tratan activamente de identificar esas necesidades y adoptan decisiones estableciendo mecanismos para atenderlas.

7.2.4. SALUD.- “Según la Organización Mundial de la Salud a evolucionado hacia la comprensión de que la salud es un proceso dinámico en equilibrio entre la salud y la enfermedad, que involucra aspectos de bienestar físico, psíquico, social y medio ambiental.”²

Podemos definir la salud como aquella manera de vivir autónoma, solidaria y alegre, con capacidad de satisfacer sus necesidades.

7.2.5. SALUD PÚBLICA.- El esfuerzo organizado o no de la sociedad que surge de un compromiso participativo mutuo en la búsqueda de la satisfacción o el alcance de sus ideales de salud.

Acciones dirigidas por un equipo de expertos en la solución de problemas de salud que afectan a grandes grupos de población.

² OPS /OMS “La Crisis de la Salud Pública” Elementos conceptuales Washington, 1992.

7.2.6. MODELO.- “Entendida universalmente como el derecho ciudadano a la accesibilidad de los servicios de salud.”³

7.3. MARCO JURIDICO.- Utilizaremos los siguientes instrumentos jurídicos, que serán fundamentales en el desarrollo de la presente investigación, es así que los mencionaremos por orden de prelación de la siguiente forma:

La Constitución Política del Estado Derecho a la Salud y a la Seguridad Social.⁴

Artículo 35. I. 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.

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 37.- El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 45.I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.

II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad solidaridad, unidad de gestión, economía oportunidad interculturalidad y eficacia.

Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.

III. El régimen de la seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas, maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales, desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.

³ Plan Global de Salud de 1993.

⁴ Constitución Política del Estado Edición Oficial de 7 de Febrero de 2009. La Paz Bolivia. Gaceta Oficial de Bolivia. Págs. 20-21-22-23.

IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación con carácter universal, solidario y equitativo.

V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura con una visión y práctica intercultural, gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los períodos prenatal y postnatal.

VI. Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados.

Continuando con este marco tenemos el **Código de Seguridad Social** que tiene artículos relacionados con nuestro tema de investigación que son los siguientes:⁵

Artículo 160.- La tuición, orientación, supervisión y coordinación sobre los regímenes del Seguro Social obligatorio y de asignaciones familiares establecidas en el presente Código, corresponden al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Artículo 161.- El Ministerio del Trabajo y Seguridad Social ejercitará la tuición, orientación, supervisión y coordinación a que se refiere el artículo anterior, mediante la Dirección General de Seguridad Social.

Otro instrumento jurídico muy importante es el **Código Nacional de Salud Decreto Ley No. 15629 de 18 de Julio de 1978** que inserta 2 artículos muy fundamentales para el presente trabajo:⁶

Artículo 2.- La Salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.

Artículo 3.- Corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las

⁵ Servando Serrano Torrico. Código de Seguridad Social. Editorial Serrano LTDA. Ley de 14 de Diciembre de 1956. Pág. 64 Cochabamba – Bolivia.

⁶ Código de Salud de la República de Bolivia Decreto Ley NO. 15629 DE 18 DE Julio de 1978. Gaceta Oficial de Bolivia. Pág. No. 8.

autoridades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

La Ley No. 031 de 19 de Julio de 2010 (Ley Marco de Autonomías y Descentralización) tiene los siguientes artículos:

Artículo 1. (MARCO CONSTITUCIONAL). En el marco de la Constitución Política del Estado, Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías, que garantiza la libre determinación de las naciones y pueblos indígena originario campesinos preservando la unidad del país.

Artículo 2. (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto regular el régimen de autonomías por mandato del Artículo 271 de la Constitución Política del Estado y las bases de la organización territorial del Estado establecidos en su Parte Tercera, Artículos 269 al 305.

Artículo 3. (ALCANCE). El alcance de la presente Ley comprende lo siguiente: bases de la organización territorial del Estado, tipos de autonomía, procedimiento de acceso a la autonomía y procedimiento de elaboración de Estatutos y Cartas Orgánicas, regímenes competencial y económico financiero, coordinación entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, marco general de la participación y el control social en las entidades territoriales autónomas.

Artículo 4. (AMBITO DE APLICACIÓN). La Ley Marco de Autonomías y Descentralización tiene como ámbito de aplicación a los órganos del nivel central del Estado y a las entidades territoriales autónomas.

7.4. MARCO TEORICO.- Para este punto tomaremos a la corriente estructuralista que es como sigue:

La palabra “estructura” significa la “forma en que algo está construido esto en las relaciones de los elementos de un todo entre si.” Este sentido resulta también en cierto modo de la etimología de la palabra latina *structura* que viene de *struere* = construir.⁷

Sin embargo, hay que distinguir exactamente entre el “sistema” y su “estructura”. En efecto sistema es el nombre para un todo que consta de elementos que forman una conexión y se encuentran en una relación recíproca tal que el cambio de uno de ellos acarrea el cambio de la posición de los demás.

La forma en que estos elementos están unidos entre si en el marco del sistema dado es decir el conjunto de relaciones entre estos elementos lo designamos como la estructura del sistema.

El Estructuralismo parte su estudio de una totalidad que tiene elementos que se relacionan mutuamente. Es así que el Estado puede ser estudiado como una totalidad que tiene sus componentes para el bien de la sociedad civil, políticas de salud pública estas a su vez puede tener actores como son el Gobierno Autónomo Departamental, Secretaria Departamental de Salud de La Paz, las Redes de Salud, los Hospitales, los Centros de Salud, los Comités Populares de Salud, los Responsables Populares de Salud, las Juntas Vecinales, las Organizaciones Territoriales de Base los Comités de Vigilancia.

Los aspectos principales de la escuela estructuralista se desglosan en nuestro tema de la siguiente manera:

1.- Los elementos en nuestro tema de estudio es la participación popular en salud, la red de salud, las juntas de vecinos, los comités de vigilancia, las organizaciones territoriales de base.

⁷ Estructuralismo y Marxismo. Adam SCAF. Enlace Grijalbo. S.A. Año 1964.

2.- Las relaciones que mantienen estos elementos entre si es importante tanto para actividades que les concierne a su capacitación en lo que se refiere a su organización estructural como ser la participación educativa y por supuesto en salud un ejemplo claro de las relaciones que mantienen estos elementos es la siguiente:

La red de salud esta en conexión con la Junta de Vecinos para efectuar una capacitación sobre un determinado tema es así que existe una relación entre lo que es la comunidad y la institución como tal.

3.- Los nuevos valores o actores sociales son considerados por el gobierno del Movimiento Nacionalista Revolucionario, con la Ley No. 1551 emitida el 20 de Abril de 1994 (Ley de Participación Popular) Abrog. y de la Ley No. 1654 promulgada el 28 de Julio de 1995 (Ley de Descentralización Administrativa) Abrog. Se da mayor énfasis en la participación de la comunidad con una mayor cobertura en lo que toca a los controles de sus recursos económicos, también surgen otros actores sociales como son los Comités de Vigilancia, las Organizaciones Territoriales de Base, las Juntas Vecinales y estos nuevos actores sociales tienen un espacio determinado y de esta forma poseen un poder político.

La dinámica de la estructura consiste en 3 puntos básicos que relacionaremos en nuestro tema de la siguiente manera y siempre basándonos en la metodología de la corriente ideológica del estructuralismo.

1.- La estructuración de los sistemas de salud y las redes de salud, estaban determinadas por políticas nacionales de salud, las cuales cambiaron con la aplicación de las leyes emitidas durante el gobierno del Movimiento Nacionalista Revolucionario, mediante La Ley No. 1551 emitida el 20 de Abril de 1994 (Ley de Participación Popular) y La Ley No. 1654 promulgada el 28 de Julio de 1995 (Ley de Descentralización Administrativa), mismas que influyeron en el diseño de las nuevas Políticas de Salud Pública de acuerdo a las necesidades y demandas de la comunidad.

2.- Desestructuración o pérdida de la esencia estructural en lo que se refiere a este punto, podemos decir que antes las políticas de salud pública habían perdido su esencia esto daba como consecuencia una desarticulación de la sociedad civil y los mismos sistemas de salud.

3.- La nueva estructura en el sistema de salud se inicia en el momento de la promulgación de la Ley No. 1551 emitida el 20 de Abril de 1994 (Ley de Participación Popular) y la Ley No. 1654 promulgada el 28 de Julio de 1995 (Ley de Descentralización Administrativa) donde la interrelación de la comunidad es principal dentro del sistema estructural de salud ya que se puede efectuar la capacitación de los Comités Populares de Salud y los Responsables Populares de Salud esto hace posible que se efectúe una relación activa entre la red de salud como institución y el centro de salud y la sociedad civil como tal, lo que no existía anteriormente pero esto se implementa con lo anteriormente mencionado.

8. HIPOTESIS.- Para el presente trabajo tenemos la siguiente respuesta a nuestro problema:

“LA FORMULACION DE NUEVOS LINEAMIENTOS JURIDICOS INSTITUCIONALES PARA DISEÑAR POLITICAS DE SALUD PÚBLICA DESCENTRALIZADAS POR REDES DE SALUD.”

8.1. VARIABLES.- Entre las variables tenemos las siguientes:

8.1.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.- La formulación de nuevos lineamientos jurídicos institucionales.

8.1.2. VARIABLE DEPENDIENTE.- Diseñar políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud.

8.2. UNIDADES Y CATEGORIAS DE ANALISIS.- Entre los cuales tenemos las siguientes:

Modelo.- Entendida universalmente como el derecho ciudadano a la accebilidad de los servicios de salud.

Salud.- Es un proceso dinámico en equilibrio entre la salud y la enfermedad, que involucra aspectos de bienestar físico, psíquico, social y medio ambiental.

Salud Pública.- Es esfuerzo organizado o no de la sociedad que surge de un compromiso participativo mutuo en la búsqueda de la satisfacción o el alcance de sus ideales de salud.

9. METODOS Y TECNICAS A UTILIZARSE.-Para el presente trabajo se utiliza los siguientes métodos que mencionaremos a continuación:

9.1. METODO GENERAL.- En este punto se utilizó el método deductivo de la siguiente manera:

9.1.1. METODO DEDUCTIVO.- Se realizó un estudio del sistema de salud en lo general y se hizo un análisis particular de una red de salud para llegar al sistema de salud en general.

9.1.2. METODO DIALECTICO.- El método mencionado permitió analizar el sistema de salud como un movimiento que esta en constante cambio y que no se encuentra estático, esto nos llevo a estudiar de manera mas profunda nuestro tema de investigación.

9.2. METODOS ESPECIFICOS.- Tomaremos como guía los siguientes de acuerdo a nuestro tema de la siguiente manera:

9.2.1. METODO EXEGETICO.- Este método me permitió analizar cual fue la voluntad del legislador al dictar leyes que favorecen a la salud de la comunidad y por ende de la sociedad civil en su generalidad.

9.2.2. METODO TELEOLOGICO.- Este método tiene como finalidad encontrar el interés jurídicamente protegido para nuestro tema es la salud de la población.

10.- TECNICAS DE INVESTIGACION A UTILIZARSE EN LA TESIS.- En el presente trabajo se realiza las siguientes técnicas de investigación:

Los instrumentos materiales de investigación se consulto libros especializados en el tema.

Los materiales intelectuales de investigación se utilizaron hechos científicos, teorías, hipótesis, las leyes los conceptos para poder sustentar la investigación y tener un buen soporte informativo sobre nuestra investigación.

También se realizó un trabajo de campo con la metodología de realización de encuestas esto para contrastar nuestra hipótesis con la realidad que se estudia, para seguir con un análisis de variables y cruce de estas para poder dar solución a nuestro problema y realizar la propuesta pertinente para el presente trabajo.

11. CRONOGRAMA DE TRABAJO.- El presente trabajo de investigación se realizara de acuerdo al tiempo de investigación que requiera el tema en cuestión con la venia del asesor del presente trabajo

CAPITULO II

ANTECEDENTES HISTORICOS

2. HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA.-⁸

La historia de Bolivia es una de las más accidentadas y apasionantes y la historia del ejercicio de la medicina y de la salud pública en su territorio, no lo es menos.

Para tener una idea más clara de las modalidades y el comportamiento de la Salud Pública a través del tiempo, nos vemos en la necesidad de realizar una retrospectiva al pasado para un estudio de cada período.

2.1. PERIODO PRE COLONIAL.- Como la concepción de la enfermedad era que se producía por un algo extraño dentro del organismo que se podía eliminar, la más importante acción médica consistía en tratar de pasar ese algo extraño al cuerpo de otros animales. Esta práctica se llamaba “uyhuachi” y se la efectuaba especialmente, pasando un pequeño animal por sobre el cuerpo del enfermo y si era posible matándolo disimuladamente sobre él para demostrar que el animal había extraído el mal y muerte bajo su malignidad.

La hipnosis y la sugestión eran medios bien conocidos por los sacerdotes y hechiceros y utilizados ampliamente para sus curaciones que eran enfatizados con gritos, exclamaciones, imprecaciones, lamentaciones y eran acompañadas, algunas veces, con

⁸ Gregorio Mendizábal Lozano. De Las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud. Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina. V. 3, No. 2 1997.

auxiliares medicamentosos o fisioterápicos como la ingestión de brebajes, abluciones, duchas, sumersión, succión, masajes.

La “yerba mate” fue llevada a Europa por los “Conquistadores” y recomendada ampliamente como estimulante igual cosa sucedió con el tabaco. La bebida conocida con el nombre de “tenoa”, utilizaba las propiedades narcóticas y alucinógenas de la datura. EL curare, utilizado para envenenar la punta de las flechas, tenía también sus usos medicinales.

El jugo lechoso de una euforia, conocida con el nombre de “huanaco”, servía como afrodisíaco. La “chilca”, la resina del “molle”, servían para tratar el reumatismo y los dolores articulares. Infusiones de una yerba actualmente conocida como “diente de ratón”, eran utilizadas para provocar y favorecer la fertilidad.

ORGANIZACIÓN.- “Entre los aymaras ejercían la medicina hombres y mujeres por vocación o herencia”, “era también un sacerdocio: “Kolliris” desembrujaba previamente, después regularizaba las funciones orgánicas. El desembrujo era lo primordial, inexcusable”.

El “Kallahuaya” o “Kollahuaya” era el personaje médico más prominente. Según algunos historiadores, “Kolla” significa transportador y “huaya” lió, bolsa.

Los “Kallamanis” se diferenciaban de los “callahuayas”. En que eran únicamente vendedores de productos medicinales. También se denominaban “jampac” o “jampecunas”, “Kamari” o “yatiris”, a ciertos curanderos collas, que llevaban como distintivo un bastón dorado con una culebra. Se distinguían con el nombre de “sirkak” a los cirujanos y con el de “taliris” a los masajistas.

Aunque no francamente reconocible, parece sin embargo, haber existido un esbozo de organización en el ejercicio de las prácticas, médicas del incario. Los sacerdotes o

Kolliris regían y dirigían los rituales religiosos: los hechiceros – médicos o “Kallahuayas”, ejercían sus prácticas con amparo oficial, y los hechiceros “auquis” “laycas” trabajaban clandestinamente algunas veces formaban asociaciones secretas para defenderse y hacían sus apariciones públicas vistiendo trajes y mascararas estrafalarias con el supuesto fin de espantar a los espíritus.

Vemos que en la actualidad se siguen manteniendo estas costumbres dentro de nuestro país conocidas con el nombre de medicina tradicional que antes de la colonia ya se conocían es así que los aymaras de nuestro país continúan con estas tradiciones y organizaciones sociales, dentro de esta medicina tradicional la sociedad tiene confianza en los llamados curanderos aymaras de nuestro país para resolver sus problemas de salud.

2.2. PERIODO COLONIAL.-⁹

Durante la colonización los españoles introdujeron los avances de la ciencia médica conocida en Europa llegaron a la colonia algunos médicos profesionales sobre cuya capacidad no se tenía confianza. El régimen de trabajo y de explotación a que fueron sometidos los naturales ocasionó una asombrosa mortalidad cercana al exterminio.

La mita en las minas era fuente de enfermedades pulmonares (silicosis) y de muerte y quienes sobrevivían a su desgracia quedaban enfermos que fuera mejor que no volvieran a sus hogares. Los obrajes también constituían centros donde se refundían las plagas de la miseria la despiadada explotación junto a exacciones de toda naturaleza determinaban la pobreza, el hambre y la muerte.

⁹ Fray Antonio de la Calancha. Crónica Moralizadora del orden de San Agustín en el Perú. Etc. Barcelona 1638.

La Corona no dejó de preocuparse de esta dolorosa situación, pero las previsiones contenidas en las Ordenanzas de Población y las medidas concebidas para las reducciones, eran acatadas pero jamás cumplidas.

Los españoles, criollos y en ciertas forma los mestizos, utilizaron los pocos hospitales que se fundaron en las ciudades más importantes por lo demás el grueso de la población siguió utilizando la medicina nativa.

En la colonia la salud de la población estaba seriamente amenazada por un sin fin de enfermedades, las más desconocidas que explotaban en epidemias; por el hambre y la desnutrición la carencia de agua y saneamiento básico, el desorden, la arbitrariedad y la falta de conocimientos en el manejo de los hospitales para atender a los enfermos y el ejercicio incipiente de la práctica médica.

La práctica de la medicina en las civilizaciones del collasuyo, estaba más avanzada que en los países europeos de la época. Los conquistadores castellanos en suelo americano, no pudieron imponer mejoras a las prácticas médicas del habitante incaico y si más bien asimilar muchas enseñanzas de sus eventuales vasallos.

ATENCIÓN MÉDICA.- La atención médica comenzó a ejercitarse en hospitales en el año 1541, el emperador Carlos V dicta su orden real, que reza como sigue: “Encargamos a nuestros virreyes, audiencias y gobernadores que con especial cuidado provean que todos los españoles e indios de sus provincias y jurisdicciones sean atendidos en hospitales, donde sean cuidados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana”.¹⁰

Los medicamentos efectivos eran los legados por el incario con pocas variantes y complementos las sustancias utilizadas en la precolonia fueron enviadas a España donde se

¹⁰ Jorge Garret Ayllón. Contribución al Estudio de los Hospitales coloniales de Bolivia. 1998.

las componía y envasaba al estilo francés para ser devueltos en forma de píldoras, obleas, jarabes para consumo exclusivo del residente español.

ORGANIZACIÓN.- El médico español que ejercía también las funciones de farmacéutico al comienzo de la época colonial vio pronto reducidas sus funciones a las del médico únicamente, lo que aumento el concepto mercantilista de la profesión.

Estudios de medicina propiamente tales no existieron prácticamente en la América hasta fines de la colonia. Por orden del Virrey de Toledo se trato infructuosamente de establecer una cátedra de Filosofía y Medicina en la Universidad de Lima en el año 1577. De igual manera sucedió con la Real Cédula de Felipe II de 11 de Enero de 1579, relacionada con todas las universidades principales de las indias. En 1770 no fue escuchado un pedido similar de la Universidad de Chuquisaca. Igual solicitud fue desestimada para la universidad de La Paz en el año 1791.

La existencia de establecimientos sanitarios, el ejercicio profesional de médicos, flebotomos, parteras y farmacéuticos exigieron la creación de un organismo encargado de su supervisión y control. Al efecto se nombro un “Substituto del Protomedicato” de España por cedula real del 11 de Enero de 1570.

ORIGEN DEL TÉRMINO DE POLITICA DE SALUD.-El término Polize en latín, tiene dos acepciones: “Police” es Policía y “Policy” significa Política.

John Meter Frank en 1819 en su libro “Sistema de una Política Integral” concibe la Polize no como la represión de la Policía cuando no se cumplen las reglas de la higiene sino como policy. “La política médica es consecuencia de la ciencia de la política, es el arte de la prevención, una doctrina mediante la cual los seres humanos y sus animales auxiliares pueden ser protegidos de los daños por el hacinamiento y sus consecuencias. Su enfoque es de la Salud Pública o Medicina Social que estudia al hombre desde su nacimiento hasta su

sepultura, lo acompaña y lo protege contra los daños que lo amenazan en su entorno físico y social, su meta es promover la salud a través de la legislación y hacer cumplir las leyes sanitarias a través de los órganos del Estado” Con esta Concepción tuvo su origen la Política de Salud.¹¹

2.3. PRIMER PERIODO: PRIMERAS MEDIDAS PREVENTIVAS AL FUNDARSE LA REPUBLICA. LAS JUNTAS DE SANIDAD. (1825-

1900).- En este período del constitucionalismo liberal “La Constitución de 1826 no hace referencia directa a la protección de la salud, como función del Estado. La única referencia, muy general, por cierto, es aquella que en el Capítulo de las Garantías, prohíbe con relación al trabajo toda actividad que se oponga a las costumbres, la seguridad y la salubridad de los bolivianos (Art. 15). El mencionado principio supone por salubridad el cuidado y atención que debe merecer la salud de los bolivianos, no solo, en su aspecto físico, sino psíquico, moral o ambiental. Sin embargo la función del Estado en esta área se limitaba a una actitud más defensiva en el campo de la salud, tratando de proscribir todo que hacer que cause daño. Esta actitud extremadamente pasiva frente a la problemática de salubridad por parte del Estado, se desprende de las revisiones constitucionales de los años 1834, 1851, 1861, 1871,1878 y 1880. En ellos no se encuentra ningún dispositivo que establezca de manera específica la obligación del Estado de actuar por la salud de la sociedad, si bien existen al respecto consideraciones de carácter general”¹²

LAS JUNTAS DE SANIDAD.- Las primeras disposiciones surgidas por el Mariscal Antonio José de Sucre y Libertador Simón Bolívar fueron dedicadas a la protección de la gente con el espíritu de beneficencia que los animaba, así por Decreto del 11 de Diciembre de 1825 fueron creadas las Juntas Inspectoras de Beneficencia, con el objeto de recaudar fondos para el sostenimiento de las instituciones de ese nombre.

¹¹ Sigenst Henry. Hitos de la Historia de la Salud Pública. 5ta Edición. Siglo XX. Editorial México 1948. México D.F.

¹² Oropeza Delgado Rufo. “De las Disposiciones Constitucionales Referentes a la Salud en Bolivia.” El Derecho a la Salud de las Américas. OPS/OMS Publicación Científica Washington. D.C. 1989.

En el Reglamento General de Hospitales el 9 de Febrero de 1826 se crean las Juntas de Sanidad, de la que bien es de conocimiento de los historiadores de la medicina en Bolivia, no la consideran como una organización, que si se la analiza en sus alcances, tiene personería jurídica y funciones aún cuando no específicamente un carácter técnico y persiste como organización hasta el advenimiento del Protomedicato.

Las Juntas de Sanidad se establecieron en las capitales de departamento “nombrada por el Prefecto compuesta de doce personas, si es posible eclesiásticos los más caracterizados y celosos por la humanidad doliente y si no hubiese eclesiásticos con esas cualidades se completará con seculares que los tengan”. El presidente de estas Juntas era un vocal del Consejo Municipal, estaban encargados de la supervigilancia y el control de las acciones sanitarias, así como atender los servicios hospitalarios, precautelar la higiene pública y conservar y propagar el fluido de la vacuna.

Las ordenanzas relacionadas con la salud del pueblo, emitidas en decretos y otras disposiciones legales por el Libertador Simón Bolívar y el Mariscal Antonio José de Sucre, estaban dirigidas a lograr “aquellas condiciones de salubridad de los bolivianos” a las que indirectamente se refería la Constitución.

Simón Bolívar en uno de los considerandos en el Decreto del 11 de Diciembre de 1825, cuando decía: “que la salud de una república depende de la moral que por educación adquieren los ciudadanos desde su infancia”, en su pensamiento liberal de ver a la persona jurídica (la república) como la unidad de las personas naturales (los ciudadanos) señalaba que la salud es un fin que se consigue, sobre todo con la educación.

En la concreción de estos grandes propósitos las disposiciones referidas a la salubridad permitieron la realización de las primeras acciones colectivas entre gobernados y

gobernantes en los asuntos relacionados con el tamaño de la población, la prevención de las enfermedades, la educación médica, la reglamentación de los hospitales y la organización de instituciones encargadas de la conducción de las nacientes acciones sanitarias que garanticen la salud del pueblo, que para la época se consideraban de la mayor utilidad y beneficio.

El Decreto firmado el 9 de Febrero de 1826 por el Mariscal Antonio José de Sucre, puso en vigencia el Primer Reglamento de Hospitales en Bolivia, y en él estaban contenidas las disposiciones normativas de la administración de hospitales, referidas al objeto, su disponibilidad, la admisión, la infraestructura física, el personal, las funciones, sueldos, cobros y el gobierno, que fisonomiza el tipo de hospital con que se contaba al iniciarse la República.

Las Constituciones de 1831 y de 1834 del Gobierno del Mariscal Andrés de Santa Cruz mantienen el mismo concepto constitucional y la posición contemplativa hacia lo referente a la salud.

La Constitución de 1839 de José Miguel de Velasco, al señalar las atribuciones de los Consejos Municipales hace referencia a los factores indirectos que influyen en la prevención y conservación de la salud.

EL PROTOMEDICATO.- Para el Dr. Ezequiel Osorio el Protomedicato “ha sido la primera de las instituciones directoras de la organización médica y encargada de intervenir en la vigilancia de la salubridad boliviana”.¹³

¹³ Osorio Ezequiel. Historia de la Sanidad en Bolivia. Boletín de la OPS 1928. De la Revista del Instituto Médico Sucre Enero Febrero 1928.

El protomedicato se puso en vigencia en la República con el Decreto del 6 de Abril de 1830, firmado por Andrés de Santa Cruz y su Ministro del Interior Mariano Enrique Calvo, que en sus consideraciones sustentaba:

“1.- Que la salud y la vida de los ciudadanos nos han llamado siempre e imperiosamente la atención de un gobierno ilustrado.

2.- Que ellos estaban confiados a los profesores de medicina, cirugía y farmacia, cuya instrucción y moralidad deberá ser probada”. Para cuyo efecto se erigía un Tribunal de Protomedicato con residencia en La Paz.

Los Tribunales Médicos representaron una iniciativa de la Descentralización de la Administración Pública. En su Historia de la sanidad en Bolivia nos dice Osorio “Fruto de la tendencia descentralizadora en la administración pública fue la creación de los tribunales médicos en los departamentos sin una cabeza dirigente. La Ley del 4 de Diciembre de 1893 les dio consistencia su objeto y fines eran entender con todo lo que se refiere al ejercicio de la medicina y la farmacia en todos sus ramos”.¹⁴

LA SALUBRIDAD PÚBLICA Y LAS ENFERMEDADES DOMINANTES.- Entre las atribuciones de los Tribunales Médicos se habían acumulado a lo largo de los tiempos, las acciones de conservación y propagación del fluido vacuno y el cuidado de los hospitales de las juntas de sanidad, la conservación de la higiene pública y el control de endemias y epidemias de los Protomedicatos conformando la función de la “ Salubridad Pública”, textualmente a sí nominada en el Decreto de su creación y con perfiles ya definidos.

En este período se tiene mayor conocimiento sobre las enfermedades dominantes, aunque los indicadores no están debidamente determinados. La profilaxis, especialmente por la preservación y disfunción del fluido vacuno que se institucionaliza con la creación del Instituto Médico Sucre, adquiere relevancia dentro de la Salubridad Pública. La

¹⁴ Osorio Ezequiel. Servicio Nacional de Salud. Revista del Instituto Médico Sucre. Edit. OPS/OMS. 1928.

atención médica, ahora no solo hospitalaria, sino también ambulatoria, está en pleno desarrollo en la que sobresalen notables profesionales e instituciones especializadas; la sanidad militar tanto en la guerra federal como en la guerra del acre, con sus acciones de las ambulancias en campaña ha de contribuir no solo a la organización de los hospitales, sino también, al avance del concepto de prevención con la aplicación de normas de higiene dadas sobre todo por médicos militares.

2.4. SEGUNDO PERIODO: LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: (1900- 1958).- El período de la Dirección General de Sanidad se sitúa en la historia político administrativa de la república en el escenario de los gobiernos liberales y republicanos y el conflicto de la Guerra del Chaco (1906 A 1938).

La Sanidad Militar estuvo organizada desde 1912, siendo que en 1915 se aprobó el Reglamento Interno del Hospital Militar. Durante la guerra del Chaco la Sanidad Militar se desempeño en coordinación con las Direcciones Departamentales de Sanidad del Sur.

Después de la guerra, bajo el Gobierno de David Toro, surgió la determinación de perfeccionar el ordenamiento sanitario de ahí que el Decreto Supremo del 15 de Julio de 1936 hacia referencia a que “es propósito del Gobierno organizar la sanidad nacional mediante una entidad única, que comprenda todos los servicios de este género sean ellos nacionales, departamentales o municipales”. Así, se creaba el “Departamento Nacional de Higiene y Salubridad”, entidad técnica dentro del Ministerio de Trabajo, mientras se eleve el rango de Ministerio de Higiene y Salud Pública.

MEDICINA DEL TRABAJO Y LEGISLACIÓN LABORAL.- En relación a accidentes de trabajo y su atención médica (medicina laboral, medicina del trabajo) no se había alcanzado ninguna expresión concreta después de que el Presidente Ismael Montes diera curso a una resolución del 24 de Agosto de 1914 la que se circunscribía a señalar que las empresas de explotación minera debían comunicarse de inmediato, en relación a los

accidentes de los obreros y proveer de curación y cuidado a los heridos. Diez años después en 1924 Bautista Saavedra en un decreto, determinaba que “debe indemnizarse en virtud de demandas ante el juez instructor de la jurisdicción jurídica, mientras se organice el Departamento Nacional de Trabajo. En 1928 se especificaron las enfermedades llamadas profesionales contraídas en fábricas, talleres y fundamentalmente en las minas y centros mineros. El Decreto Supremo del 11 de Junio del mismo año especificaba 17 enfermedades profesionales, se reglamentó el trabajo de mujeres y los niños en fábricas e industrias y se reglamentaron los turnos y horarios. En 1932 se creó la Caja de Pensiones, jubilaciones y montepíos para los empleados de telégrafos y correos del Estado.

El Decreto Supremo del 23 de Mayo de 1935 creaba la Caja de Seguro y Ahorro Obrero, con una sección correspondiente a la indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, aunque la administración de este capítulo era fundamentalmente patronal. Este es el antecedente que originó la seguridad social en Bolivia.

BASES PARA LA ORGANIZACIÓN SANITARIA EN BOLIVIA.- El Dr. Nemecio Torres Muñoz, se dedicó como médico funcionario a buscar los apropiados mecanismos del mejoramiento de la administración sanitaria. Define su época por el dominio de dos disciplinas, la economía política y la Higiene. Las clases sociales que él identifica en el país son salvajes, indios, obreros, mineros, artesanos e intelectuales.

En la oportunidad de la primera Conferencia Sanitaria Boliviana, publicó su trabajo “Bases para la Organización Sanitaria en Bolivia”. Los principales planteamientos de este trabajo se podrían sintetizar en los siguientes términos: “Nuestra suma pobreza nos impone ver lo indispensable, lo que es urgente realizar, de ahí la necesidad de planificar primero de acuerdo a la realidad para aplicar la sanidad como función social”.

Lo que en resumen necesitamos para organizar la sanidad es:

- a) Un programa eje y un plan de desarrollo y la legislación sanitaria es fundamental.
- b) Preparación de técnicos higienistas, envío de becados al exterior, reforma de estudios médicos.
- c) Recursos suficientes y bien controlados aplicados a lo urgente, presupuestos nacionales, departamentales, municipales, entradas especiales, donativos particulares.
- d) Educación higiénica del escolar por medios activos, reforma de los métodos educativos.

La organización sanitaria es muy importante ya que esta base nos permite estructurar una serie de proyectos y programas y planes referentes a la salud de la población para que se tenga los resultados esperados de acuerdo a lo proyectado en el inicio.

En la estructura orgánica que propone determina funciones dentro de un sistema escalonado y regionalizado a partir del Ministerio, hasta la sanidad local y definiendo unidades normativas para la atención de los problemas de salud dominantes.

El axioma de centralización normativa y descentralización ejecutiva que a tenido vigencia hasta ahora entre nosotros le pertenece. En el proceso de planificar que propone como paso obligado para definir prioridades, determinar las estructuras organizativas.

EL CODIGO SANITARIO INTERNACIONAL.-Este documento fue suscrito en La Habana (Cuba) el 14 de Noviembre de 1924. El Gobierno de Bolivia por Ley del 22 de Marzo de 1929 autorizó su adhesión y el cumplimiento de las normas internacionales establecidas.

El Código para su tiempo, es una legislación sanitaria completa y esencial para la prevención de la difusión de enfermedades entre países. De su lectura se resumen los principales acuerdos: “ prevenir la propagación de la enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos; estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los gobiernos signatarios o procedentes de los mismos; uniformar la producción de3 datos estadísticos relativos a la morbilidad y mortalidad en los países de los gobiernos signatarios, estimular el intercambio de informes que pueden ser valiosos para mejorar la Sanidad Pública y combatir las enfermedades propias del hombre; uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada, para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra aquellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesario para el comercio y la comunicación internacional”.

Nuestro país cuenta con diferentes convenios con otros países de Latinoamérica para la capacitación de nuestros profesionales en diferentes temáticas y más específicamente en lo que se refiere a la salud, los profesionales capacitados en el exterior regresan a nuestro país para poner en acción los conocimientos adquiridos en su área para solucionar los problemas de salud que tiene la sociedad civil de nuestro país.

LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE 1938.- Promulgada por German Busch y aprobada por el Congreso, siendo su Presidente el Dr. Renato Riverin, Director General de Sanidad, según el jurista Rufo Oropeza rompe la tradición libre cambista de la política económica e inicia un nuevo período constitucional: el del socio – constitucionalismo. Determina la exigencia de la función social de la propiedad privada, la protección del trabajo, la salud, la familia y otros aspectos que permiten cambiar la orientación del estado gendarme hacia una posición más humana: el Estado orientador planificador y ejecutor de las necesidades de la población para alcanzar su bienestar. Se establecen los denominados Regimenes especiales, orientados a regular y coordinar la labor del estado en el sector económico, financiero, social, familiar, cultural y campesino.

Es esta Constitución los Derechos y Garantías se evidencian en las secciones correspondientes al Régimen Social y la Familia, en las atribuciones que se confiere al Estado en la regulación del Seguro Obligatorio de toda la fuerza de trabajo, la protección de la salud y la vida de los trabajadores, la defensa de la salud física mental y moral en la familia y de la constitución de los organismos técnicos adecuados

EL MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD.- Ezequiel Osorio decía en 1928, después de describir las condiciones deplorables en que se encontraba el país en relación a la organización sanitaria: “Hace poco he presentado al ejecutivo a las Cámaras un proyecto para la creación del Ministerio de Higiene y Salud Pública o departamento de estos ramos. Todavía no ha sido resuelta la proposición”. La proposición se materializó 10 años después.

Anteriormente en 1935 el cuerpo médico nacional había presentado un alegato al Presidente José Luís Tejada Sorzano y en 1938 esta iniciativa fue enviada a la Convención Nacional presidida por “inesperada coincidencia por Renato A. Riverin Director General de Sanidad, Presidente del Departamento de Higiene y uno de los más entusiastas partidarios de la creación del citado portafolio”.

LAS ACCIONES DE PREVISION SOCIAL.- En materia de Previsión Social una serie de decretos y resoluciones se ocupan del trabajador en su ambiente de trabajo y de la protección a la familia, dándose los primeros pasos para la institucionalización del Seguro Social, que se ha de producir más adelante. En el Gobierno del General Peñaranda, durante el período de Arturo Pinto Escalier se da el primer Decreto Supremo el 6 de Enero de 1943, que señala las localidades donde deben concentrarse los menores huérfanos de guerra. El Decreto del 15 de Enero de 1943 el Dr. Víctor Andrade en el Gobierno de Gualberto Villarroel, determina que la administración de la Caja de Seguro y Ahorro Obrero creada en 1924, será ejercida por un Consejo Directivo, estableciendo su composición con

representantes del gobierno, de los empresarios, mineros, grandes, medianos y pequeños representantes de los empresarios fabriles y representantes obreros.

EL CODIGO DE SEGURIDAD SOCIAL.- En la gestión de Hernán Siles Zuazo los intentos y propuestas en relación a los derechos del trabajador y su protección y seguridad social y laboral, se cristaliza en la preparación de un Código elaborado por una comisión a cargo del Ministerio de Trabajo.

En materia de seguridad social se habían llevado a cabo determinadas disposiciones provenientes de los diferentes gobiernos, como de los mismos trabajadores estas disposiciones jurídicas son las siguientes: Ley del 11 de Diciembre de 1921 que establece un régimen de retiro de los trabajadores de la enseñanza en este mismo año se crea la Caja de jubilación, pensiones y montepíos para el ramo judicial. Ley del 24 de Enero de 1924 que crea el Ahorro Obrero Obligatorio. Ley de jubilaciones bancarias del 7 de Diciembre de 1926. Ley General del Trabajo del 8 de Diciembre de 1942 que establece el Seguro Social Obligatorio contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El 14 de Diciembre de 1956 se promulgó el Código de Seguridad Social y el 30 de Septiembre de 1959 mediante Decreto Supremo No. 5315 fue reglamentado. Esta Ley de la República está basada en los principios fundamentales de las instituciones de Seguridad Social, solidaridad social, universalidad, unidad de gestión, economía y oportunidad.

EL SERVICIO COOPERATIVO INTERAMERICANO DE SALUD PÚBLICA.- Las primeras acciones del servicio cooperativo interamericano de salud pública se iniciaron en las poblaciones orientales en las que no se habían establecido servicios básicos de salud.

Los objetivos centrales del servicio cooperativo interamericano de salud pública fueron:

- a) Promover y organizar servicios de salud de carácter preventivo.
- b) Adiestrar y capacitar personal boliviano para los diferentes campos de la salud pública.
- c) Logrados los puntos anteriores, integrar progresivamente todos los servicios del servicio cooperativo interamericano de salud pública al Ministerio de Higiene y Salubridad.

La estructura organizativa del servicio cooperativo interamericano de salud pública estaba conformada por 4 divisiones:

- a) La División Médica.
- b) División de Planificación y Evaluación de Programas.
- c) División de Ingeniería.
- d) División Administrativa.

2.5. TERCER PERIODO BASES DOCTRINARIAS Y LOS FUNDAMENTOS LEGALES EN SALUD PÚBLICA. (1958 – 1970).

LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE 1961.- La Constitución revisada por el Honorable Congreso Nacional Extraordinario en fecha 4 de Agosto de 1961 por primera vez en relación con las revisiones anteriores desde la Constitución de 1938 establece el Derecho la Salud.

LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE 1967.- Promulgada por Rene Barrientos Ortuño, Presidente Constitucional de la República, en relación a la anterior Constitución de 1961 del ex presidente Dr. Víctor Paz Estensoro en la primera parte de Derechos y Deberes fundamentales de la persona, en el artículo 7 extiende sus alcances:

En el artículo 7 dice “toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio:

- a. A la vida, la salud y la seguridad.
- b. A la Seguridad Social en la forma determinada por esta Constitución y las leyes.

Los demás alcances de protección del Estado contenido en el régimen social y régimen familiar son los siguientes:

“Título Segundo Régimen Social. Artículo 158. El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y la rehabilitación de las personas inutilizadas, propenderá así mismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar. Los Regímenes de Seguridad Social se inspiraron en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión económica, oportunidad y eficiencia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgo profesional, invalidez, vejez y muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social”.

Nuestra Constitución había progresado en cuanto al reconocimiento por el Estado del Derecho a la Salud individual y colectiva, la protección social y especialmente la atención especial a la niñez considerada como inversión hacia el futuro, dando lugar a la formulación del Código del Menor. Por la constitución se permitía al Estado mediante los organismos competentes del sector salud la formulación de políticas adecuadas a la realidad nacional.

CODIGO SANITARIO DE LA REPUBLICA.- El Código Sanitario Promulgado el 24 de Julio de 1958 Decreto Supremo No. 5006 en el Gobierno de Hernán Siles Zuazo estuvo vigente hasta la promulgación del actual Código de Salud aprobado el 18 de Julio de 1978. El Decreto Supremo que da su aprobación a este instrumento legal con el nombre de Código Sanitario de la República de Bolivia realiza las siguientes consideraciones: “ es primordial responsabilidad del Estado de velar por la Salud Pública mediante la adopción

de medidas sanitarias y sociales adecuadas a que la República de Bolivia es miembro de la Organización Mundial de la Salud, cuya finalidad es alcanzar para todos los pueblos el más alto grado de Salud que de acuerdo a las normas internacionales de convivencia y seguridad es necesario coordinar la legislación sanitaria con las disposiciones del Reglamento Sanitario de la República con las de Reglamento Sanitario Internacional de la Organización Mundial de la Salud y el Código Panamericano”.¹⁵

BASES DOCTRINARIAS DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.- El Decreto Supremo No. 5650 del 2 de Diciembre de 1960 en el período ministerial de Guillermo Jáuregui G. en relación al cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario dispuso que el “Ministerio de Salud Pública, mediante el Servicio Nacional de Salud, dirigirá coordinara y orientará todas las actividades de Salud Pública ejecutadas por los organismos estatales autárquicas y autónomos.”

El Servicio Nacional de Salud Pública en el rol que se le había asignado, entro en funciones sobre la base de aspectos doctrinarios, técnicos, administrativos y normativos que fueron aprobados en el Consejo Técnico. El documento constituye un hito en este sentido en la evolución de la Salud Pública boliviana y sus alcances han llegado, hasta estos tiempos.

El documento se inicia con esta declaración: “la planificación del Servicio Nacional de Salud, tiene como base doctrinaria las pautas contenidas en el Código Sanitario vigente cuya doctrina consiste en esencia en la integración formal y funcional de las acciones y servicios destinados al fomentó, protección y reparación de la salud”.

LA OBRA DEL SERVICIO DE COOPERACION INTERAMERICANO DE SALUD PÚBLICA Y LA FINALIZACION DE SUS LABORES.- Antes de la era del servicio de cooperación interamericana de salud pública la atención de la salud pública en el país,

¹⁵ República Bolivia Decreto Supremo No. 5006 del 24 de Julio de 1958. Gaceta Oficial 1958. La Paz.

estaba concentrada en la medicina asistencial y en la preocupación de organizarla y hacer que se convirtiera de individual en colectiva, con muy pocas prácticas de medicina preventiva entre los que se podían contar la de la vacunación antivariolosa sobre la que todos los gobiernos desde su fundación de la república habían insistido en su cumplimiento y otras medidas de Higiene Pública.

Este servicio también se inicia y consolida una de las ramas fundamentales en nuestro medio la de Ingeniería Sanitaria, dentro de la estructura inicial de la institución. Sin embargo, uno de los logros más importantes de esta institución fue la formación, la capacitación y el adiestramiento del personal boliviano en el campo de la salud pública.

De esta manera se realizó un enfoque de lo que fue la salud pública en Bolivia en sus diversas fases, para continuar con un análisis histórico de la política de salud pública de los años 1994 hasta 1997 que es muy interesante y que lo desglosaremos de la siguiente forma:

3.- PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN ACELERADA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL. (1994 – 1997).

1.- SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD DE LA MUJER.- Hay un conocimiento insuficiente de la situación de salud de la mujer en Bolivia. Una de las razones es el acopio y procesamiento de los datos al margen de consideraciones de género; otra, la utilización insuficiente y poca oportuna de las estadísticas disponibles. Por supuesto que no pasa desapercibido el desinterés por la situación que tiene que ver con la postergación social de la mujer.

El maltrato, los condicionamientos económicos antes de dar la atención, el rechazo y la poca consideración por los valores culturales, son aspectos que desestimulan la demanda de atención sanitaria por la población.

La responsabilidad social por el problema ha estado ausente, como si la mortalidad materna y perinatal fuera competencia exclusiva del sector salud.

Por lo anterior, las intervenciones sociales como medidas extensivas han estado ausentes de las políticas globales en tanto que tareas más concretas como el transporte de embarazas en peligro de muerte, no ha merecido el apoyo de instituciones que disponen de medios de comunicación y de transporte vehicular.

Lo anterior determina que muchos bolivianos constituyen grupos humanos desprotegidos en los que la calidad de vida y privación de servicios de salud y educación provocan inequidades que se traducen por ejemplo en elevada mortalidad materna y perinatal.

El gobierno de Bolivia reconoce que el recurso humano es fundamental para el desarrollo del país. Por tanto el Plan nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Perinatal es una propuesta para solucionar el problema desde el ámbito de los servicios de salud, la participación popular y la responsabilidad social de todos los sectores e instituciones que están en condiciones de participar.

2.- POLITICA DE SALUD.- La política de salud está orientada a transformación del sector para la construcción de un sistema nacional de salud descentralizado, que articule funcionalmente los sub. Sectores: público, de seguro social y privado incluyendo las organizaciones no gubernamentales.

De esta manera se pretende desarrollar sistemas locales de salud sostenibles y sustentables. La transformación esta basada entre otras en la participación popular como motor de cambio y en el desarrollo de la solidaridad nacional de salud. La primera permite incorporar a la sociedad civil al proceso de gestión en salud a nivel local, donde la participación individual y organizada es fundamental. La segunda garantiza el acceso de los

hombres y mujeres a la atención de salud como forma de iniciar el desarrollo social y humano. En este punto la salud de la mujer eterna victima de desigualdades, carencias, marginación y pobreza, constituye una prioridad.

El Plan constituye la política explicita del Gobierno Nacional en materia de mortalidad materna y perinatal cuya gravedad queda así reconocida y a la vez priorizada. Como una mediación entre la crítica realidad social y los problemas de salud de la mujer, se plantea el desarrollo de sistemas locales de cuidado materno integral, funcionando a base de planes estratégicos participativos en los que se deberá prever la realización de lo esencial pero sin renunciar a lo ideal.

Debido a las implicaciones del parto en la Mortalidad Materna Perinatal, el elemento ético del Plan es el parto solidario, como una forma de que las mujeres ejerzan su derecho a la salud y se recupere el reconocimiento social a la maternidad.

La política del Plan es permitir el acceso sin restricciones a los servicios de atención materna, planificación familiar y detección del cáncer cérvico uterino a todas las mujeres que lo necesiten. La responsabilidad social con la que diversos actores concurren a los talleres de planificación estratégica local, permitirá identificar además de estrategias y actividades sanitarias otras en el orden social, comunal y educacional que contribuyan al desarrollo de la mujer.

Estas políticas de salud son implementadas por el gobierno nacional a través de su órgano que es el Ministerio de Salud para su ejecución pero estas políticas son nacionales ya que cada departamento no posee su propia política de salud regional sino se adecuan a la política nacional de salud.

3.- ESTRATEGIA DEL PLAN.- Contiene 4 grandes estrategias, en cuyo interior es posible identificar otras menores o complementarias:

- a) Focalización de acciones en medidas efectivas de rápido impacto.
- b) Desarrollo de la responsabilidad social, la solidaridad y la participación popular.
- c) Fortalecimiento y desarrollo de sistemas locales de salud.
- d) Desarrollo progresivo y flexibilidad funcional.

4.- ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN.- Se considera que el logro de las metas será posible en la medida que el nivel regional y local elaboren sus propias propuestas estratégicas para enfrentar el problema de la mortalidad materna y perinatal. Por tanto el Plan Nacional sirvió de documento marco que define las grandes áreas de intervención, estrategias y actividades y además se constituye en la política explícita del Gobierno en relación a la mortalidad materna.

La metodología propuesta para elaborar cada plan estratégico regional, local o institucional se basa en talleres de planificación estratégica. Esta metodología contribuye a la coparticipación en la elaboración del plan de distintas personas o sectores por lo que el producto es un plan común en el que están identificadas tareas con sus respectivos responsables de ejecutarlas.

Lo principal de esta metodología es que el Plan Estratégico a aplicar no es el realizado por un grupo de expertos en el terreno, sino que es confeccionado por todos, aprovechando el conocimiento y experiencia de cada uno, disponiendo al final de un plan estratégico que pertenece a todos y por tanto el grado de compromiso que se asume con él es total.

La población del nivel local a la que el modelo de atención propuesto prestará servicios, deberá contar con 50.000 a 100.000 habitantes en el área rural y hasta 500.000 en las ciudades. Las unidades de coordinación tendrán a los municipios como sus principales protagonistas bajo la responsabilidad técnica del personal de los hospitales de referencia.

Con el reconocimiento de la necesidad de una amplia movilización y participación popular se deberá concretar las siguientes actividades:

- a) Reorganizar los servicios de salud, destinada a detectar administrar y mejorar el tratamiento de la emergencia obstétrica.
- b) Definir las estrategias y los medios de comunicación social y educación popular a emplear.
- c) Definir las estrategias y actividades precisas a realizar y apoyar mediante la participación popular.
- d) Definir las habilidades y destrezas que es necesario desarrollar en el personal.
- e) Desarrollar procesos de autodiagnóstico, planificación conjunta, evaluación participativa y para las actividades de capacitación.
- f) Definir criterios, seleccionar estrategias e implementar acciones concretas destinadas a mejorar la calidad de atención en los servicios públicos.
- g) Analizar y definir los procedimientos para evaluación, monitoria y supervisión.

5.- ORGANIZACIÓN GENERAL.- Se considera un nivel político de conducción, presidido por el Secretario Nacional de Salud un nivel de cooperación en calidad de Comité interagencial un nivel de equipo técnico del plan a nivel central equipos político técnicos de conducción a nivel de las regiones; Comités de coordinación intersectorial a nivel local.

También se prevé el funcionamiento de una Comisión Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Perinatal, algunos de cuyos miembros constituirán el comité nacional de análisis de la mortalidad materna y perinatal.

6.- SUSTENTABILIDAD ORGANIZATIVA Y FINANCIERA.- El Plan es una oportunidad para iniciar acciones globales a nivel de los sistemas locales de salud, a base de las condiciones planteadas por la Ley No. 1551 emitida el 20 de Abril de 1994

(Participación Popular). Si los modelos propuestos funcionan pueden ser incorporados al proceso de desarrollo y fortalecimiento de servicios. Adicionalmente la experiencia puede servir para integrar la atención primaria y secundaria para otro tipo de atención a la salud, situación muy beneficiosa para la propia red de servicios de la Secretaría Nacional de Salud y de la Seguridad Social.

También la concepción y organización del plan permite que cualquier institución u organización nacional o externa pueda asumir la responsabilidad financiera, técnica o de implementación de una parte o de todo el plan en un área geográfica determinada. Por tanto el plan constituye una propuesta para trabajar de manera intersectorial, reconociendo responsabilidades mutuas en los problemas de salud y asumiendo compromisos.

Otro plan importante dentro de la política de salud pública que merece ser analizado es el siguiente por sus características que van en relación con el presente trabajo ya que nos da pautas para lo que pretendemos en nuestra hipótesis siempre tomando en cuenta como un análisis histórico de lo que fueron las políticas nacionales de salud de nuestro país.

4.- POLITICA NACIONAL DE SALUD 1997 – 2002.

1.- MARCO CONCEPTUAL.- Es necesario constatar que las concepciones de salud vigentes en este plan sufren cambios, ya que es necesario conceptualizar otras definiciones sobre el proceso de salud enfermedad.

Para ello es necesario articular un modelo que paulatinamente logre confluir las actuales formas de prestación de servicios de salud en un solo gran sistema incorporando los sub. Sectores públicos de la seguridad social, que son los Policlínicos, los Consultorios Médicos, las Organizaciones no gubernamentales, el privado se refiere al consultorio privado en general y la medicina tradicional existentes en la actualidad.

En cualquier análisis histórico, todo proceso tiene su correlato en el tiempo así por ejemplo la revolución liberal de principios del siglo, al estructurar un modelo de acumulación económica, desarrollo un tipo de estado caracterizado por la ausencia de una política estatal de salud. Solo en su fase de agotamiento se creó el Ministerio de Higiene y Salubridad (1938), Ministerio que arrastrando las concepciones respecto a la salud – enfermedad de la época, baso su estructura en los conceptos del paradigma etiopatogenico, estigmatizando la enfermedad y la causalidad de su enfoque.

En el ciclo de acumulación económica, que se inició con la Revolución Nacional de 1952 se incorporó la visión multicausal de salud – enfermedad, dando paso al concepto de riesgo en el campo de la salud, concepción que permite el surgimiento de la Seguridad Social, a través de la promulgación del Código de Seguridad Social (1956).

También es necesario incorporar en la interpretación del proceso salud- enfermedad, la multinacionalidad étnica y cultural que caracteriza a Bolivia de modo que las culturas quechua, aymará, tupí guaraní y otros donde cada una de ellas tiene su propia concepción de la enfermedad. En este sentido es que intentamos un nuevo diseño con fundamentos de una propuesta de transformación, que lleve al sector salud a ser parte fundamental en la construcción del nuevo estado nacional, descentralizado, multiregional y democrático, incorporándose al proceso de modernización y democratización

Es así que el marco operativo de la política de salud, comienza a concretarse en la implementación de una red distrital de servicios de salud como agente logístico conducente al funcionamiento de los mismos así como al mejor desarrollo de programas logrando de esta manera una red esencial de servicios de salud que cubra las necesidades del país en toda su extensión y geografía que asegure la cantidad, calidad y permanencia suficiente de recursos humanos que garantice su pleno funcionamiento y produzca impacto en la población.

2.- MODELO SANITARIO.- Desde su creación en 1938 el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública se expreso como una instancia desarticulada con ínfimo presupuesto y sin un proyecto definido en el que hacer nacional que se tradujo en la falta de credibilidad de la población hacia el sistema, más recientemente se convirtió en una institución sin capacidad de gobernabilidad, errático en sus políticas y paradójicamente, agobiado por el peso de la cooperación internacional tampoco tuvo mecanismos de coordinación intersectorial sin perfil epidemiológico, encontrándose feudalizado y carente de una propuesta global.

El modelo sanitario del actual sistema nacional de salud responde al proceso de desarrollo económico y social del país establece reglas que caracterizan las relaciones entre este y la población usuaria de los servicios sanitarios. Para la implantación del modelo es necesario el desarrollo de subsistemas como instrumentos dinamizadores e imprescindibles para el seguimiento. Ellos son el subsistema de administración financiera, de información y vigilancia de control de mantenimiento de suministros e insumos de referencia y resolución.

2.1.- BASES CONCEPTUALES DEL MODELO SANITARIO.- El modelo de atención caracteriza la administración, planificación, organización, dirección y control de la prestación de servicios de salud. Se nutre de las políticas globales del país y las del sector, dentro de este marco el país a definido como prioridades nacionales la descentralización administrativa como parte del proceso de modernización del Estado y el plan nacional de supervivencia.

Con esto comprende que el modelo de atención en su conjunto no puede concebirse al margen de la estructura del Estado y menos fuera de la realidad económico social de la nación.

2.2.- PRINCIPIOS QUE CARACTERIZAN EL MODELO DE ATENCIÓN.- Entre los cuales tenemos los siguientes:

- 1) **UNIVERSALIDAD.-** Entendida como el derecho ciudadano a la accesibilidad de los servicios de salud.
- 2) **CONTINUIDAD.-** En la prestación de servicios de salud asegurando al individuo y su familia una asistencia en todas las etapas de su desarrollo bio social y una vida sana y económicamente productiva.
- 3) **SISTEMATIZACIÓN.-** Fundamentada en la articulación ordenada y gradual de los servicios dentro de un todo.
- 4) **UNIDAD.-** En las prestaciones de servicio fundamentado en la obligatoriedad de la aplicación efectiva del rol rector del Ministerio de Salud Previsión Social y Salud Pública.
- 5) **OPORTUNIDAD.-** En la prestación de servicios donde la comunidad así lo requiera y en condiciones de accesibilidad.
- 6) **DISTRIBUCIÓN LOGICA.-** De los establecimientos de servicios que evite la duplicación de esfuerzos y objetivos en una misma población.
- 7) **NORMATIZACIÓN.-** El establecimiento de normas y procedimientos que aseguren la prestación de servicios en términos de eficiencia, es decir en el menor tiempo y al menor costo posible.
- 8) **INTEGRALIDAD.-** Dentro de la integración multisectorial, la oferta de servicios generadores de salud en la población y dentro de un marco reparativo, rehabilitador, promocional y preventivo.

2.3.- CAMPO DE APLICACIÓN DEL MODELO SANITARIO.- El sistema Nacional de Salud Integrado y Descentralizado, deberá contar con un paradigma que responda a dichos propósitos la integración de los elementos del sistema.

El modelo sanitario obedece a criterios del proceso de regionalización como poblacional, accesibilidad, división político administrativa, recursos físicos en salud capacidad instalada y otros relacionados con el perfil epidemiológico.

En este sentido “La regionalización es un mecanismo técnico administrativo, que busca mejorar las condiciones de salud comprende un espacio geográfico, una población definida y niveles de atención de complejidad creciente”.¹⁶

2.4.- MODELOS Y NIVELES DE ATENCIÓN.- El modelo de atención identifica tres niveles administrativos con objetivos y estrategias propias: El Nacional, lo Regional y el Distrito, entendiéndose como Distrito la unidad administrativa mínima, formada por un conjunto de áreas de salud.

Los niveles de atención y de servicios establecidos en el sistema de salud son de Primer, Segundo y Tercer Nivel. En el primer nivel, los establecimientos tienen relación con el ámbito de un área de salud, cuya referencia es el centro de salud en el área urbana y el puesto de salud de sector en el área rural. El segundo y tercer nivel guardan relación principalmente con el ámbito de un hospital, pero con una concepción territorial socio – espacial, donde el hospital constituye parte de una red de servicios necesariamente vinculada al primer nivel.

2.5.- IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO.- La prestación de servicios de salud es el resultado de la interacción organizada de los diversos recursos en cada uno de los organismos del sistema.

¹⁶ Plan Global de Salud de 1993

En la operacionalización del modelo, el desarrollo de los subsistemas cobra valor trascendente en la medida que estos hacen posible el accionar sincrónico de los recursos y más aún hacen posible la interrelación de los niveles administrativos y facilitan la interconexión de la red de servicios dándole a la misma la suficiente capacidad resolutive.

La información de la implementación del modelo es importante, pues constituye el insumo impulsor de todo el sistema. El éxito de un buen desarrollo del modelo radica en el manejo de información suficiente, oportuno y preciso. Junto a la información se deberá prever una apropiada toma de decisiones, la que suele ser mejor cuando la misma tiene un buen grado participativo. Enmarcan la operatividad del modelo, las políticas de salud, las normas jurídicas reglamentarias vigentes así como las disposiciones locales de orden procedimental que se emiten en el marco de la realidad local.

3.- REGIONALIZACIÓN.- La regionalización es un mecanismo técnico administrativo que comprende un espacio geográfico, una población definida, y niveles de atención de complejidad creciente. Es un proceso administrativo que en un contexto geográfico poblacional y en base a la organización de servicios, pretende mejorar las condiciones de salud a través de un incremento de cobertura y mejoramiento de la calidad de atención.

La estructura del sistema regionalizado tiene dos niveles el de gestión y el de servicios, los que no son independientes ni paralelos, sino parte sistemática de un proceso representado por el modelo de atención.

4.- LINEAS DE FUERZA ESTRATEGIAS DE LA POLITICA NACIONAL DE SALUD.- La política nacional de salud define 2 líneas de fuerza estratégicas para lograr una operativización efectiva y eficiente.

- GESTIÓN SOCIAL.

- DESCENTRALIZACIÓN.

4.1.- GESTIÓN SOCIAL.- En el criterio de superar la imagen de un estado de expresión lejana que tiene su origen en la aptitud del poder político que en el pasado, pocas veces pudo identificarse con la población y ante la fragilidad creciente del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, se fueron dando formas de interpretación distorsionada de la participación comunitaria en salud en las cuales los ciudadanos establecían estructuras sustitutivas del rol estatal, como si los unos debieran conquistar algo de los otros o el reclamo de un derecho negado o como si la participación consistiera en una lucha permanente de intereses diferentes, mediatizando el concepto de nación por concepto de clases.

4.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA.- Es un proceso político, social y administrativo de articulación del estado con la sociedad civil que busca a través de la participación de los diferentes actores sociales potenciar las acciones dirigidas al mejoramiento de las condiciones de vida, optimizando los recursos en función de metas y objetivos comunes para el logro de un desarrollo social armónico e integral en cada instancia geográfica y político – administrativa del país.

La gestión social en salud permite la democratización y la socialización del conocimiento, además de la participación protagónica de la comunidad organizada en la identificación y priorización de los problemas de salud, la ejecución y evaluación de los planes del sector.

4.1.2. ESTRATEGIAS DE LA GESTIÓN SOCIAL.- La implementación de la gestión social, requiere de estrategias que rescaten la conceptualización y los principios sobre los que se sustenta. En este contexto se identifican las siguientes estrategias:

a) Estrategia Política.

- La Concertación Social.

b) Estrategias Operativas.

- La Intersectorialidad.

- La Participación Comunitaria.

4.1.2.1. ESTRATEGIA POLITICA: La concertación Social.

Es un instrumento político estratégico que tiende a posibilitar una acción conjunta entre todos los actores sociales.

La concertación se materializa a través de mecanismos de participación, ya sean estructurales o funcionales en instancias especiales de articulación del estado con la sociedad civil.

4.1.2.2. ESTRATEGIAS OPERATIVAS:

a) **ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL.-** Es el mecanismo que posibilita que todos los sectores involucrados en el desarrollo económico y social del país, se articulen en torno a un plan de desarrollo social que tiene a la salud como uno de sus componentes más importantes.

b) **ARTICULACIÓN INTRASECTORIAL.-** Constituye un medio para lograr que los diferentes sectores, instituciones privadas organizaciones no gubernamentales del sector, aúnen acciones y recursos en función de un sistema integrado y descentralizado.

- c) **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.-** Es concebida como un proceso democrático de intervención de la población organizada a través de la deliberación, en la toma de decisiones y de responsabilidades, en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de las acciones en salud para la consecución de mejores niveles de salud y de calidad de vida.

4.2. DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD.- Bolivia a través de su evolución histórica y social tuvo diferentes características políticas, técnicas y administrativas en función de su geografía, distribución de la población y los recursos disponibles. Como resultado, el sistema nacional de salud alcanzó una excesiva centralización que llevo a la ineficiencia de los servicios, burocratización desconocimiento de las necesidades reales de la comunidad y una respuesta pasiva de la población ante servicios paternalistas y sin participación comunitaria.

Ante ese panorama se conceptualizó la descentralización en salud como parte de la descentralización administrativa del país en el marco de una profunda reforma estatal que busca un sistema operativo que sea equitativo, eficiente y con calidad de atención.

5. LOS SUBSISTEMAS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD.- Los subsistemas son instrumentos de apoyo administrativo normados y estandarizados por el Ministerio de Planeamiento y Coordinación sirven para asegurar la gestión y dar las características globales a toda la administración pública.

La ausencia de los subsistemas en el Ministerio de Salud y Deportes, a lo largo de su historia, muestra el descuido técnico administrativo en el que todavía se debate.

La descentralización administrativa y la modernización del Estado significan un cambio profundo en el desarrollo de los subsistemas estas transformaciones no solo contemplan los cambios en el modelo de gestión, sino también implican aspectos de

seguridad nacional pues en la medida en que el estado se articule como un sistema único se habrá asegurado el desarrollo armónico y equitativo del país en su conjunto, superándose de esta manera el estado centralista que vivimos.

Los objetivos de la Política Nacional de Salud buscan el fortalecimiento del Ministerio de Salud y Deportes como cabeza de sector, dando paso al sistema nacional de salud integrado y descentralizado.

Los subsistemas constituyen el sustento del sistema nacional de salud y en su desarrollo descansa el futuro mismo de la descentralización, especialmente si pensamos en la necesidad de hacer más eficiente al estado en beneficio de una población cada vez mayor y más necesitada.

6.- SEGURIDAD SOCIAL.- Ante la crisis y fracaso del sistema de la seguridad social, casi desde el inicio de su creación en 1956, el Estado ha propuesto una perspectiva de cambio dentro del seno mismo de su estructura.

La integración de la seguridad social con la salud pública, se lograra así mismo, por medio de la inclusión dentro de las políticas del sistema de seguridad social, de actividades de los programas específicos del Ministerio de Salud y Deportes, orientados a dar mayor cobertura al plan de supervivencia, en la que se pondrán en ejecución de subsistemas integrados, como el mantenimiento, información y otros orientados a la articulación del sistema nacional de salud, integrado y descentralizado, objetivo estratégico de la Política Nacional de Salud.

La ampliación de cobertura a diferencia del denominado aseguramiento voluntario, ofrece al trabajador independiente, la posibilidad de ser protegido por el sistema mediante un sistema no complicado y de fácil accesibilidad. Se supera la tesis laboral que requiere de una relación obrero patronal poniendo en vigencia la tesis nacional.

De esta manera dimos a conocer y desarrollar este plan nacional de salud para nuestro país que nos permitirá enfocarnos en nuestra propuesta y confirmar nuestra hipótesis sobre lo que es la salud pública descentralizada

CAPITULO III

DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD Y SU RELACIÓN CON LA SEGURIDAD SOCIAL

1.- PRINCIPIO DE UNIDAD.- Este fundamento lo planteamos desde dos ángulos: su contenido u objeto y su gestión, manifestados ambos en una unidad legislativa. La unidad de contenido nos plantea la unidad de riesgos y la unidad de prestaciones.

Por su parte, la unidad de gestión está expresada en unidades de cotizaciones y de administración esta última participando de una unidad jurisdiccional. Todas estas manifestaciones, en una unidad legislativa.

1.1. Unidad de Contenido.- Desde el plano de su contenido, esta ligado estrechamente con el principio de integridad. Como señalamos la persona asegurada que es la primera y última referencia de la Seguridad Social, debe recibir la protección integral por todos y cada uno de los riesgos” socio biológicos” que sufre en el transcurso de su ciclo vital.

1.2.Unidad de Gestión.-

- a) **Unidad de Aportaciones.-** La unidad de gestión importa la unidad en las cotizaciones o aportaciones y en la administración. Las aportaciones en el régimen de los seguros sociales están caracterizadas por el sistema de las cuotas imputables a cada seguro, lo que resulta lógico, desde el momento en que éste obedece a su nacimiento.

La uniformidad de estas puede lograrse por dos medios: fijando un porcentaje sobre los sueldos y salarios para financiar todas las prestaciones inherentes a los riesgos.

El otro medio de lograr la unidad en las cotizaciones consiste en establecer el pago de un impuesto.

La seguridad social comienza a desarrollar como un derecho no de un determinado sector, a la protección sino a determinados riesgos de toda persona y contra todos los riesgos y no en base a una cotización o aporte sino como una obligación del Estado a proporcionar dicha protección integral como parte de su desarrollo económico y social como distribución de su renta nacional.

Los sistemas más conocidos de esta concepción moderna de la seguridad social son los de los tratadistas Lord Beveridge en Inglaterra y Pierre Laroque en Francia.

Beveridge fue quién planteó la necesidad de esta forma de financiamiento de la Seguridad Social y que tiene la particularidad de gravar por igual a uno y otro, patrones y trabajadores o mejor a toda persona, fijándole un porcentaje sobre sus ganancias, que varían en relación a la edad, sexo, etc. Este sistema ha adoptado todas aquellas legislaciones de criterio nacional, en el campo de aplicación.¹⁷

b) La Unidad de Administración.- En efecto, el Derecho de Seguridad Social ha podido ser plasmado en una política de Seguridad Social integral o absoluta, si se quiere científica, puesto que a asimilado todos los principios fundamentales.

Esta administración en su planteamiento doctrinal y realizaciones legislativas tiene 3 modalidades que son las siguientes:

¹⁷ Alfredo Bocangel Peñaranda. "Derecho de la Seguridad Social" Edit. Zegada La Paz Bolivia 1993.

Sistema Estatal.- Esta caracterizado porque el Estado es quien, por medio de sus instrumentos ejecutivos, asume toda responsabilidad en la conducción de la política de Seguridad Social.

En la práctica el Estado a nivel gubernamental por lo general, encarga a dos ministerios o uno exprofesamente creado y que suelen ser el de “Seguridad Social” y el de “Salud Pública”, como acontece en Inglaterra, Rusia, Nueva Zelanda por la naturaleza de sus funciones y por la división material de las prestaciones y además porque en estos sistemas es toda la población la protegida. El procedimiento se justifica plenamente porque las legislaciones citadas consideran la política de Seguridad Social como un servicio público, dirigido por los órganos del Estado.

Sistema Sindical.- El sistema sindical en su expresión original, estaba desplazado a la órbita de la Unión Soviética y las repúblicas que se encontraban bajo su control. La experiencia de Cuba en América Latina, a partir de 1970, se inscribe en este sistema que otorga a la organización sindical la responsabilidad en el manejo técnico administrativo de las prestaciones.

Sistema de Órgano Autónomo.- El Estado por las múltiples preocupaciones y funciones que tiene y debe cumplir, delega la administración a un órgano independiente de sus instrumentos ejecutivos, otorgándole calidad de institución de Derecho Público como proyección de aquella delegación, autonomía en su desenvolvimiento y reservándose la facultad de planificar y fiscalizar sus actividades.

Este sistema en líneas generales ha sido de preferente adopción en Latinoamérica, por acomodarse mejor a su estructura política, social y económica.

El artículo 45 de nuestra Constitución Política del Estado (2009).I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.

II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad solidaridad, unidad de gestión, economía oportunidad interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.

Si por unidad de gestión se debe entender el funcionamiento de un solo ente gestor que conduzca y administre la seguridad social, el precepto constitucional no ha tendido vigencia, puesto que el propio Código de Seguridad Social y las disposiciones legales posteriores admitieron la creación de varias entidades gestoras.

El común denominador que debe caracterizar a cualquiera de estos sistemas es la unidad pues si la administración se divide en varios organismos va en perjuicio de los intereses de todos los sectores involucrados.

Exigencias políticas, intereses de grupos económicos y actitudes demagógicas, debe ceder en bien de la comunidad y en función de una política de seguridad social que plasme íntegramente el derecho.

Estos sistemas salen de la doctrina, las experiencias y necesidades cotidianas, para tener una política de la seguridad social que brinde atención a las personas.

- c) **Unidad en la Jurisdicción.-** La concebimos como un conjunto de jerarquías administrativas y tribunales especializados, facultados para conocer y resolver todas las controversias promovidas con motivo de las actividades realizadas en la gestión de la Seguridad Social (afiliación, cotización y prestaciones).

En conclusión podemos señalar que el principio de unidad de la seguridad social, en su manifestación integral, debe fundarse, en primer lugar en la unidad de los seguros sociales y la consideración de los riesgos por sus efectos (falta de capacidad de ganancia e imposibilidad de disponer de recursos para subsistir). En segundo lugar, debe establecerse una política amplia y completa de asistencia, en permanente coordinación, adquiriendo desde luego algunos matices, de acuerdo a los sistemas de gestión que se hubieran adoptado, pero que en nada puedan alterar su naturaleza intrínseca. Los seguros sociales y la asistencia pública se convertirán en los pilares esenciales de la política de Seguridad Social.

2. GESTIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL.- La gestión de la Seguridad Social Boliviana se efectiviza en 3 niveles:

- El Nivel Político Gubernamental a cargo del Ministerio de Salud y Deportes que ejerce la tuición que con frecuencia, fue confundida con intervención partidaria política a las entidades gestoras.
- El de Planificación, Dirección y Fiscalización Técnica a cargo del Instituto Boliviano de Seguridad Social.
- El nivel operativo ejecutivo a cargo de las Cajas Nacionales.

3. GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA.- Se refiere principalmente al conjunto de procesos, normas y procedimientos que regulan el funcionamiento del sector público a través de la planificación, la organización, la ejecución y el control, con el objetivo de asignar y utilizar eficaz y eficientemente los recursos públicos, para garantizar el logro y ajuste oportuno de políticas, programas y proyectos, buscando responder a las demandas de la sociedad, con resultado que satisfagan sus necesidades, la búsqueda del bienestar social.

Dentro de esta gestión en Salud Pública podemos mencionar lo más relevante que a continuación se desarrollará:

- a) **Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud.-** Esta política permitirá el acceso a los servicios de salud del 100% de la población boliviana bajo el sistema único, intercultural y comunitario, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural con la aplicación de un modelo de salud familiar, intercultural y comunitario.¹⁸
- b) **Rectoría.-** Esta política recupera la soberanía y la rectoría del sistema, liderizando la intersectorialidad para la salud, con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del sector para proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida de trabajo y de su relación con el ambiente.
- c) **Movilización Social.-** Esta política plantea promover la ciudadanía activa, participativa y responsable de su salud (gestión movilización y control social, creando consejos de salud a nivel nacional, departamental y municipal).
- d) **Promoción de la Salud.-** Propone la recuperación de la responsabilidad del estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida.
- e) **Solidaridad.-** Esta política desarrollara una alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y la violencia y la inclusión de los grupos más desprotegidos, que vive en extrema pobreza orientada a eliminar la exclusión social en salud más intolerable y la inserción de esos grupos a mejores niveles de vida.

¹⁸ Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010. Bolivia 2006.

En cuanto se refiere a los seguros sociales su carácter hacia la población es la atención asistencial, en las Cajas de Salud pero se limita a la población asegurada y no a toda la población, su carácter es previsionista.

En el sistema de la salud pública su atención es más importante ya que realizan tareas como la de promoción, prevención y previsión y lo que es el carácter asistencialista ya que su población es más conglomerada y aglutina a toda clase de ciudadanos en sus establecimientos de salud para su debida atención ya sean estos asegurados o no.

La promoción en salud se refiere a las prestaciones que brindan los establecimientos de salud en sus distintas áreas.

La prevención en los Centros de Salud establece una preparación a los ciudadanos educando sobre determinados programas de salud para prevenir las causas de enfermedades, que puedan acarrear la mortalidad o morbilidad en la comunidad.

La previsión se refiere cuando la ciudadanía no adquiere conciencia de su salud como tal ya que le puede ocasionar problemas en su entorno familiar y en lo laboral, ya que no prevé su bienestar psicosocial.

En el nivel asistencialista en el sistema de salud pública se atiende sin exclusiones de ninguna clase ya sean estos asegurados o no en los diferentes establecimientos de salud a la población en su conjunto.

4. LA POBLACIÓN PROTEGIDA.- En el Sistema de Seguridad Social solo una parte de la población esta protegida, estos son los asegurados, pero excepcionalmente por convenios realizados con el Ministerio de Salud y Deportes y los gobiernos municipales, estos atienden lo que es el Seguro Universal Materno Infantil, pero

específicamente prestan su atención a la población afiliada a sus seguros y cajas respectivamente, pero no cubre a toda la población.

Es entonces que el Servicio Público cubre a la mayor parte de la población por grupos etareos desde su nacimiento hasta 60 años y más con el Seguro de Salud para el Adulto Mayor amparada en la Ley No. 3323 emitida el 16 de Enero de 2006, y la Ley No. 2426 Seguro Universal Materno Infantil promulgada el 21 de Noviembre de 2002 en el sistema público se atiende a la mayor población ya sea esta asegurada o no, con pocos recursos todo articulado con los establecimientos de salud, el Gobierno Municipal el Ministerio de Salud y Deportes por las redes de servicio, quienes son los entes gestores para esta atención, pero lo más importante en el presente trabajo tiene esa finalidad de realizar políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud, para la mayor cobertura a la comunidad y su atención en los establecimientos de salud.

También es importante hacer conocer que dentro de nuestro campo de estudio esta la Red De Salud No. 2 Noroeste, esta red tiene 12 centros de salud con una atención de primer nivel eso se refiere a una consulta ambulatoria, pero realiza las atenciones de promoción, prevención y asistencial hacia esa población protegida.

5. EFECTO DIFERIDO.- Según el autor Guillermo Cabanellas en su diccionario jurídico menciona que estos 2 significados son los siguientes:¹⁹

EFECTO.- Consecuencia Resultado.

DIFERIDO.- Califica distintas instituciones en que las prestaciones o la ejecución se sujetan a cierto lapso.

¹⁹ Guillermo Cabanellas “Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual” Editorial Heliasta Año 1994 Tomo III y VII Argentina.

Es así que tomando estas definiciones podemos mencionar que el efecto diferido en el área de salud se refiere a que las instituciones que prestan servicios a la sociedad civil tienen una planificación adecuada para determinados proyectos, pero esto esperando ciertas consecuencias o resultados esperados al cabo de cierto lapso de tiempo, para su realización.

Lo que se pretende realizar en el área rural es hacer un proyecto que tenga ciertos resultados como son la construcción de infraestructura hospitalaria de Primer y Segundo Nivel de atención, para brindar más prestaciones a la comunidad rural de nuestro país.

6. MODELOS DE GESTIÓN.- El autor Vicente Ortún Rubio distingue e niveles de gestión en el sector salud que son los siguientes:

Macro Gestión o Gestión Pública.- Que involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado y mejorar el bienestar social a través de la modificación de los estilos de vida y la regulación del medio ambiente, tecnología, recursos humanos y servicios sanitarios.²⁰

Meso Gestión o Gestión Institucional.- Que involucra a los centros, hospitales, mayoristas, aseguradoras y otros establecimientos de salud. Estas instituciones asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar dichos objetivos.

Micro Gestión o Gestión Clínica.- Donde la mayor responsabilidad cabe a los profesionales una particularidad del sector de la salud es que el médico responsable de la asignación del 70% de los recursos a través de millares de decisiones diagnosticas y terapéuticas tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre y para ello gestiona, coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo.

²⁰ Ortun Rubio Vicente. Innovación en Sanidad, Políticas y Gestión Sanitaria: la agenda explicita, Barcelona: Asociación de Economía de la Salud 1996.

7. DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD.-²¹

La centralización en el país, si bien es cierto coadyuvó a mantener la integridad nacional, no es menos cierto que en el decurso del tiempo, consolidó la inequidad e injusticia, pues no otra cosa significa la existencia de concentraciones políticas, económicas y aún de participación en el que hacer nacional, más desarrolladas en ciertos centros que a la postre no solo son hegemónicas dentro de la vida nacional, sino que incluso han significado la existencia de poder y mecanismos de presión que les ha permitido un desarrollo relativo mayor aún dejando postergadas regiones importantes de la nacionalidad.

La centralización en sí misma, trajo aparejada la concentración tanto pública como privada de capitales, industrias, comercio, finanzas, asimismo en aspectos sociales, en ciertas zonas y la postergación de las necesidades básicas de otras más deprimidas del país.

En el caso de Salud, es más grave aún puesto que ha permitido incluso la confusión y trastoqué de los roles y funciones, caso de la unidad sanitaria de la sede de gobierno, que es preferida en el momento de la acción, con sustitución de sus funciones por el nivel central, la pérdida paulatina de autoridad que a su vez es transferida a las representaciones regionales, retardos en las decisiones y asignación y capacitación de personal y peor aún es la propia estabilidad funcionaria del escaso elemento capacitado, todo ello coadyuvado a la repetición de prestaciones y acentuación de la incoherencia del accionar entre los subsectores de salud y de estos a su vez con la cooperación existente en materia de salud.

Entonces la descentralización como una de las respuestas dirigidas a la modernización del Estado Nacional debe darse tanto en los campos político, económico y social, para asegurar una mayor participación democrática, una mejor distribución de la actividad económica y productiva que permita una mejor utilización de los recursos

²¹ Dabdoub A. Carlos. Hacia un Sistema de Salud Descentralizado. ILDIS. 1992. Edit. OPS.OMS

naturales como una más equitativa distribución de la riqueza generada dentro de las prioridades que deben estar definidas en un plan de desarrollo.

La descentralización como proceso continuo, en procura de trasladar la toma de decisiones del manejo de la cosa pública desde los órganos nacionales asentados en la sede de gobierno, hacia aquellos pertinentes de las regiones, sin pérdida de la tutela central, que los vincula y da coherencia Nación – Región, busca asimismo una distribución equilibrada de acciones tanto públicas como privadas, en todos los ordenes de la actividad nacional y una mayor y mejor participación de la periferia en el que hacer del país.

Se desprende por tanto, que bajos los principios de equilibrio y participación y dentro de un contexto político general, en el sub. sector salud los propósitos específicos en dicho proceso, debería buscar:

- a) Una reforma apropiada y eficiente del sistema sanitario existente.
- b) Dar respuestas más oportunas, sin quebranto de la norma general, a la problemática sanitaria regional, dadas sus características propias y respetando las costumbres imperantes, con el propósito ultimo de elevar la calidad de vida y nivel de salud de esas poblaciones, mejorar rendimientos de la capacidad instalada, concertación de recursos y esfuerzos intra e intersectoriales y la participación de las representaciones sociales más idóneas del lugar.

Las finalidades señaladas, permitirían el desarrollo de acciones dirigidas a:

- a) Una integración de servicios en forma paulatina, conducente a alcanzar en el menor tiempo posible, un mejor nivel de vida y salud.
- b) Integración programática con otros órganos prestatarios de salud.
- c) Evitar la duplicación de esfuerzos y recursos.
- d) Evitar la desatención a la comunidad en su conjunto.

- e) Disminuir la desigualdad de cobertura y accesibilidad.
- f) Buscar una mayor igualdad y justicia en la distribución de recursos sean financieros, económicos.
- g) Operativización de los distintos niveles de atención.
- h) Planificación y administración racional de la capacidad instalada y por crearse.
- i) Decisión y respuesta oportuna a los problemas coyunturales.
- j) Una mayor y mejor participación social en la administración de la salud.

8. LINEAS MAESTRAS Y ESTRATEGIAS QUE DEBERIAN TENERSE EN CUENTA EN UN PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN.-

Es de esperar que en condiciones más o menos normales y con una decisión y voluntad política expresadamente establecida se pudiera ir desarrollando acciones a corto, mediano y largo plazo, en el marco de la descentralización, en las siguientes áreas:

- 1) **Área Jurídica.-** Disposición Jurídica Global de descentralización de la vida nacional y marcos específicos en el campo de la salud, desarrollo de normas y reglamentos en cuanto al ámbito del Ministerio de Salud y Deportes.
- 2) **Área Financiera.-** Definición con los organismos responsables del Estado, del tipo y grado, montos de las asignaciones y aspectos de supervisión y control en materia financiera.
- 3) **Área Administrativa.-** Definición de procedimientos y grado de libertad en aspectos administrativos, presupuestos por programas y prioridades.
- 4) **Área Técnica.-** Definición de aquellos programas y aspectos técnicos, metodológicos y de procedimientos, a encarar en forma progresiva.
- 5) **Área de Concertación.-** Búsqueda de mecanismos de concertación con agrupaciones de trabajadores en salud, colegios de profesionales, órganos representativos de la colectividad, organismos de cooperación tanto internacionales

como nacionales, gubernamentales o no y las propias universidades que viabilicen las acciones de descentralización.

6) Área Médica.- Es la estructura más importante dentro del programa de atención descentralizado que se pueda efectuar y tener un ámbito resolutivo a las demandas y necesidades de la población.

En el área jurídica será necesario definir la estructura y organización, realizando un plan de descentralización y de los programas y sus prioridades, formas de ejecución, objetivos, política de investigación, supervisión y evaluación dentro de un novedoso y eficiente Código de Salud que se enfoque en las necesidades y demandas de la sociedad civil.

En el área técnica, será necesario establecer normas y procedimientos, metodologías, infraestructura, regionalización, equipos e instrumentación tanto como técnicas procedimentales, evaluación, rendimientos, jurisdicciones, información y otros afines.

En el área administrativa, una vez establecidos los presupuestos, la asignación según prioridades y bajo el principio de equidad distributiva, deberá concretarse techos, modalidades de ejecución, programación financiera, seguimiento controles, responsabilidades, deberá igualmente definirse con toda claridad, tipo y áreas de cooperación internacional, en las áreas que se definan tanto nacional como departamentales prioritarias para el sector, de igual modo, áreas en lo espacial, como en lo programático, que ameriten cooperación de las entidades no gubernamentales y otros sectores del estado. De ser necesario, deberán establecerse convenios específicos, sobre todo en el aspecto de inversiones.

Prioritariamente debe buscarse la concertación con los colegios de profesionales y sindicatos, sobre todo en cuanto a relaciones contractuales, así como

los órganos representativos de la comunidad, desarrollar programas de sensibilización y capacitación a todo nivel, sobre el proceso descentralizados, que incorpore al sistema de la universidad nacional y escuelas de salud, tanto en el PRE Grado, Post Grado, como en la educación continua.

Es de vital importancia establecer una política tecnológica y de investigaciones que partiendo de la realidad nacional, busque soluciones tanto a su dependencia tecnológica, como a la búsqueda de soluciones de los problemas de salud, respetando las diferencias regionales.

Un proceso de descentralización, de hecho, al conllevar una delegación de responsabilidades del centro a la periferia amerita del nivel central la tarea delicada y ardua de reasumir el rol de liderazgo, tanto dentro como fuera del sector, que le permita desarrollar sus acciones con la suficiente flexibilidad, sin perder coherencia ni autoridad que son requeridos para evitar que el proceso se pierda en su propio desarrollo.

Para asegurar una efectiva descentralización, se hará necesario encarar una etapa de sensibilización de las partes interesadas de los recursos humanos sectoriales e intersectoriales involucrados y sobre todo desarrollar un programa de capacitación del personal a todo nivel en términos de Centralización – Descentralización y un programa previo, que permita estimar las necesidades de recursos físicos, humanos, instrumentales de infraestructura, financiamiento y de capacitación, requerida por el propio sector.

Bolivia desde su nacimiento como república, el 6 de Agosto de 1825 en su evolución histórica y social tuvo diferentes características políticas. Técnicas y administrativas en función de su geografía, distribución de la población y los recursos disponibles, como resultado el sistema nacional de salud alcanzó una

excesiva centralización que llevó a la ineficiencia de los servicios, burocratización desconocimiento de las necesidades reales de la comunicación y una respuesta pasiva de la población ante los servicios paternalistas y sin participación comunitaria.

Ante ese panorama, se conceptualizó la descentralización en salud como parte de la descentralización administrativa del país, en el marco de una profunda reforma estatal que busca un sistema operativo que sea equitativo, eficiente y con calidad de atención.

La equidad se entiende como el proceso de lograr accesibilidad de toda la población a los recursos de salud necesarios para prevenir y mejorar la salud, curar sus enfermedades y rehabilitar adecuadamente a todas las personas que así lo necesiten tratando de incorporar de manera prioritaria a las poblaciones más desprotegidas y grupos vulnerables, resolver de esta manera sus problemas de salud y enfermedad en un marco de desarrollo de la ética y solidaridad social y comunitaria.

La eficiencia de la descentralización está relacionada al mejor uso posible de los recursos, maximizando los mismos para lograr los resultados esperados en cada gestión administrativa de salud a partir de la gestión social y el apoyo de la administración local de los servicios de salud.

La calidad de atención está ligada a la prestación de servicios antes que su oferta y acceso. Se basa en el criterio de mejor atención con tecnología apropiada y excelente relación humana.

Por los conceptos anteriores la descentralización en salud tiene que ser gradual, concertada e integral, para respaldar el fortalecimiento de la unidad nacional

en torno al Estado. La estrategia de atención primaria en salud y la táctica de los sistemas locales de salud, interpretan su máxima expresión para responder a los requerimientos de la desconcentración y descentralización del aparato estatal, en busca de una mayor democratización y eficiencia de los mismos.

Los Sistemas Locales de Salud se identifican en el país con los distritos sanitarios, los que tienen un espacio territorial y población definidos y donde se pretende optimizar el uso de los recursos locales para la salud y el desarrollo social a partir de la plena gestión social, sin quebrantar la unidad nacional.

La descentralización busca que los distritos de salud sean parte sustancial del sistema nacional de salud, fuertemente articulada y con mayor capacidad de operación y resolución de los problemas de salud locales.

En la década presente, hay aspectos que parecen ser requisitos comunes a cualquier estrategia nacional, entre ellos se destaca el de la descentralización. En efecto la experiencia universal señala a la excesiva centralización y falta de coordinación como factores fundamentales para el inadecuado funcionamiento de los servicios de salud.

El Ministerio de Salud y Deportes al avanzar en la descentralización se constituyó en el líder de este proceso habiendo priorizado de inicio dos áreas principales dentro de la estrategia nacional:

A).- El área de la decisión política donde es necesario que existan acciones claras con intenciones de evitar el centralismo e impulsar la descentralización como alternativa de desarrollo para la reactivación de los procesos democráticos.

B).-El área del marco jurídico que son los mandatos constitucionales, disposiciones legales y reglamentarias, convenios, declaraciones políticas que deben hacer cambios y ajustes necesarios.

La estructura heterogénea del aparato del Estado acentúa aún más la tendencia de falta de relación entre la Inter. e intrasectorial a nivel nacional, regional, local e institucional. La persistencia de mecanismos y elementos de participación y ejecución centralizada, son poco favorables para la programación local y la articulación intersectorial en los distritos.

El desarrollo de la conciencia a ese nivel a través de proyectos específicos, facilita la participación comunitaria en la toma de decisiones ligadas a la problemática de desarrollo regional. La potencialidad que plantea el concepto de distrito trata de elevar la productividad, obtener una cobertura efectiva de servicios, desarrollar eficaz y eficientemente los programas sectoriales facilitar la participación comunitaria en la toma de decisiones y elevar la satisfacción de la población con respecto a los servicios de salud.

En el país se identifica a los distritos de salud como una unidad administrativa del sistema con transferencia de poder político, recursos humanos, económicos, tecnológicos y la capacidad operativa imperante.

La descentralización es un proceso a largo y mediano plazo que permite institucionalizar la relación entre la oferta a nivel central y la demanda del nivel local de una manera coherente y continua. Por lo expuesto no debe estandarizarse el modelo de abordaje, sino más bien profundizar en este proceso, modelos gerenciales alternativos a nivel local y de la región.

Para fortalecer los distritos sanitarios se necesita mantener un proceso autosostenido, rescatar formas de participación comunitaria existentes regionalmente y la aceptación de que siempre habrá una manera mejor de desarrollar distritos.

La descentralización es un proceso de cambio político administrativo que mediante un mayor equilibrio entre poderes centrales, intermedios y locales y una mayor participación comunitaria, tiene como finalidad mejorar la producción y distribución de los bienes y servicios, en beneficio de la creciente atención de las necesidades de los sectores sociales postergados, además de ser un proceso político administrativo global debe ser integral. También es un proceso de redistribución del poder en beneficio de la equidad social esto no solo es deseable, sino también factible y muy necesario. El proceso incipiente todavía tiene una clara direccionalidad que debe ser potencializada y apoyada por diversas gestiones.

A fin que la descentralización sea viable es indispensable cubrir ciertos requisitos. Entender que la política de descentralización es un proceso fundamental dentro de la reforma global del Estado. Se requiere que haya voluntad política para llevarla adelante no solo del nivel central, sino también del nivel periférico que va asumir nuevas responsabilidades.

Es necesario reforzar la capacidad de gestión estatal aumentando su eficacia, en base a una calificación del recurso humano que pertenece a la burocracia, incentivando una carrera administrativa basada exclusivamente en méritos.

Es importante por eso mismo, la capacitación de recursos humanos en el nivel local, regional para que sean capaces de asumir responsabilidades tomar decisiones y gestionar los recursos que se les entrega. También es necesaria la participación de la sociedad, porque la descentralización no puede ser solo un proceso político administrativo impuesto desde el nivel central.

La desconcentración y descentralización deben enmarcarse dentro de un concepto de desarrollo diferente, debe existir una firme y sostenida voluntad política donde se destaca la necesidad de contar con proyectos políticos concertados de largo plazo así como con planes globales de desarrollo, desglosados en planes sectoriales y regionales. Se debe avanzar en el desarrollo de la capacidad política y gerencial de los gobiernos intermedios y locales, con mayores grados de representatividad y legitimidad y con crecientes capacidades de convocatoria. Es preciso conseguir la toma de conciencia de los sectores populares sobre sus derechos sociales, económicos y políticos que los induzca a organizarse para participar como protagonistas del desarrollo local y distrital.

Debemos concretar la desconcentración y la coparticipación financiera de las fuentes de financiamiento, que permitan superar la insuficiencia de recursos reales de todo tipo este es uno de los agentes movilizados más destacados del proceso. Se debe consolidar la propuesta de acercar la sociedad civil al Estado en el contexto de la profundización de la democracia política y social.

Finalmente en todo proceso de descentralización y desconcentración será necesario considerar también a la centralización y concentración como formas armónicas de gestión que no se excluyen sino que se complementan. Todas ellas conforman un modelo dinámico, interrelacionado y continuo que ocurre en cada uno de los niveles de organización.

Dentro de este proceso no existe en consecuencia, un solo nivel que defina normas, estrategias y prioritarias y otro que las ejecute, sino que cada uno de los niveles de la organización asume estas responsabilidades dentro de una línea de acción común.

Por lo tanto, la descentralización o desconcentración no implica el fraccionamiento y la atomización de los sistemas de salud ni debe ser confundida con su disolución anárquica sino que por el contrario su adecuado desarrollo fortalece toda la estructura del sistema a lograr que sus partes constitutivas logren su mayor capacidad de operación. Tanto la descentralización como la desconcentración representan modelos de gestión vinculados con la eficacia y eficiencia de las organizaciones y no deben concebirse como conflictivas o excluyentes.

9. DESCENTRALIZACIÓN.- La hostilidad con las formas centralizadas de gobierno se acentúa por el progreso de la democracia en la América Latina y el Caribe. La centralización pasó a ser asociada con autoritarismo, corrupción, atraso social y económico. Así en una región en que el poder local históricamente se acostumbró a la sumisión y a la dependencia, nada más natural que asociar descentralización con desarrollo democrático.

La descentralización pasó a significar el rompimiento con los lazos tradicionales de poder, la agregación, más efectiva de intereses comunitarios y la posibilidad de una gestión pública más eficiente y concordante con las necesidades locales.

La descentralización es vista como una forma de cambio y modernización a través de la descentralización se espera la restitución de las relaciones políticas, sociales y económicas por medio de la transferencia de poder y recursos del centro a las entidades locales.

La descentralización pasó a ser vista con las más diversas connotaciones y como una respuesta a casi todos los males del sector público. En verdad la descentralización es un concepto amplio que adquiere variaciones, conforme a la perspectiva que se utilice para definirla.

En el sentido jurídico institucional, la descentralización es vista como una forma de estructuración del poder estatal. Descentralizar significa atribuir funciones específicas, antes ejercidas por el poder central a órganos del gobierno regional y local que gozan de autonomía política en la gestión de sus intereses. En esa perspectiva la transferencia de poder y responsabilidades, dentro de una misma esfera es vista como una desconcentración del poder central y no como descentralización. La visión jurídica institucional enfatiza la descentralización en contraposición a la centralización y normalmente como una forma de repartición de competencias del poder tributario.

En la práctica moderna, la descentralización tiende a ser vista bajo una perspectiva más global esto es, trata de responder a las necesidades de redistribución de poder político y económico, como garantía y predominio de intereses locales en la decisión pública. Se enfatiza la perspectiva administrativa moderna, porque en ella la descentralización es algo dinámico que incorpora las otras perspectivas es una visión conceptual global e integrada. La descentralización solo se realiza con autonomía local sobre recursos y con nuevas practicas democráticas. En este entendido, las formas participantes, asumen gran importancia para viabilizar la descentralización en la decisión pública.

La descentralización asociada a una mayor participación comunitaria, significa una ruptura con las estructuras gubernamentales vigentes, como tal, no solamente provoca resistencias, sino que exige un gran esfuerzo para reconstruir la capacidad gerencial de asumir responsabilidades y de actuar localmente.

En las naciones de América Latina, existen obstáculos profundos que se interponen para la realización de una perspectiva más descentralizada y participativa de la gestión pública. Dentro de estos obstáculos se resaltan, no solamente las políticas provenientes del centralismo autoritario histórico, sino también los aspectos culturales y los conceptos sobre organización y poder público.

La organización descentralizada de servicios públicos con base en el interés y la participación de la comunidad local, procede de las sociedades anglosajonas. En esas sociedades, la democracia del sistema político es consecuencia natural de la organización comunitaria. Se acepta la pluralidad de intereses y la negociación de base para solucionar conflictos políticos. Descentralización y participación se reflejan en el ordenamiento jurídico, para inhibir influencias superiores en los asuntos de interés local.

En América Latina, participación y descentralización son nuevas referencias jurídicas y culturales. En esta región el poder se mantiene centralizado con la visión de tutela y fiscalización sobre las comunidades locales. El poder central impone formas de organización como medio de relacionamiento entre factores locales y regionales. A pesar de los recientes cambios de gran significado, el ordenamiento jurídico de la región favorece intensamente la descentralización.

En América Latina, además de la pasividad sumisión y alineación impuestas por el paternalismo autoritario, existen los remanentes tradicionales sobre el origen de la riqueza y de la pobreza. La riqueza es vista como algo naturalmente concedido como también la pobreza. Esta es una consecuencia normal de interferencias sobrenaturales y no es fácilmente removible por la acción del hombre. Las personas más pobres y más excluidas del sistema tienden a verse a sí mismas como diferentes de las más ricas y tienen pocas ilusiones sobre la posibilidad real de cambio.

En las sociedades anglosajonas, que inspiran los modelos de gestión pública más descentralizada y participativa, las personas se ven como iguales superiores y subordinados clase dirigente, trabajadores, ricos y pobres.

Se acepta fácilmente cuestionar la autoridad y cambiar el poder significa principalmente, redistribuirlo. Así este puede ser repartido a través de la confianza en las relaciones administrativas, cuando se desarrollan modelos participativos de gestión.

En la región latinoamericana, la introducción de formas descentralizadas y democráticas de gestión exige más que nuevos modelos administrativos es necesario un cambio cultural, lento y progresivo que incluya la aceptación de nuevos valores de ciudadanía y formas de expresión política que generen nuevas relaciones del estado con la sociedad.

Gran parte de las facilidades recientes de los procesos de descentralización no son el fruto de conquistas democráticas auténticas por parte de comunidades locales. La descentralización ocurrió por el debilitamiento del poder central y de sus entidades administrativas. Aparece como un remedio para resolver insatisfacciones diversas con relación al estado autoritario, al déficit en los servicios públicos, a las dificultades financieras y a ineficiencias administrativas.

La descentralización se proclama como una oposición al centralismo autoritario que perduro por largos años se acepta la descentralización como valor democrático es ese sentido la descentralización es vista como una forma de reordenar las relaciones político – sociales. Se cree que la transferencia de poder del centro a la periferia produce un nuevo equilibrio social, donde nuevos intereses y recursos estarán disponibles.

Muchas decisiones locales necesitan su compatibilización e integración con esferas centrales de gobierno, que también exigen respeto, autonomía y tolerancia de las sociedades sobre los objetivos, normas y métodos locales. Las diversas fuerzas sociales generan tensiones y conflictos que debe ser constantemente administrado buscando soluciones sin favorecer la reactivación del poder normativo central.

10. INJERENCIA DE LA LEY No. 031 DE 19 DE JULIO DE 2010. (Ley Marco de Autonomías y Descentralización) en las Políticas de Salud Pública por Redes de Salud.- En este punto me parece hacer lo siguiente en cuanto a esta Ley referente a la salud en el siguiente artículo:

Artículo 81. (SALUD).

I De acuerdo a la competencia del Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 y la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tendrá las siguientes competencias:

1. Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.
2. Alinear y armonizar el accionar de la cooperación internacional a la política sectorial.
3. Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.

II. De acuerdo a la competencia compartida del Numeral 3 del Parágrafo II del Artículo 304 de la Constitución Política del Estado se desarrollan las competencias de la siguiente manera:

1. Nivel central del Estado:

- a) Establecer la norma básica sobre la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígena originario campesinos, sobre prácticas, conocimientos y

productos de la medicina tradicional para el registro y protección, con validez internacional.

- b) Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud.

2. Gobiernos indígena originario campesinos:

- a) Resguardar y registrar la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de la comunidad sobre los conocimientos y productos de la medicina tradicional, en sujeción a la legislación básica del nivel central del Estado.
- b) Desarrollar institutos para la investigación y difusión del conocimiento y práctica de la medicina tradicional y la gestión de los recursos biológicos con estos fines.

III. De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera:

1. Gobiernos departamentales autónomos:

- a) Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
- b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.
- c) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.
- d) Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
- e) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar comunitaria intercultural.

- f) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.

2. Gobiernos Municipales Autónomos:

- a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
- b) Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural
- c) Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.
- d) Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
- e) Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.

3. Gobiernos indígena originario campesinos autónomos:

- a) Formular y aprobar planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y riesgos, en el marco de la Constitución Política del Estado y la Política Nacional de Salud.
- b) Promover la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la Salud Familiar Comunitario Intercultural.

En este título que es el relevante en el presente trabajo el cual en el cual se observo la injerencia de la Ley 031 de 19 de Julio de 2010 (Ley Marco de Autonomías y Descentralización) en las políticas de salud públicas por redes de salud, pero esta ley no le

da a los gobiernos departamentales autónomos facultades legislativas para realizar políticas de salud públicas departamentales para sus regiones, sino más bien lo limita y lo conmina a adecuarse a la política nacional de salud, por lo tanto no existe una autonomía plena ni una descentralización propiamente dicha.

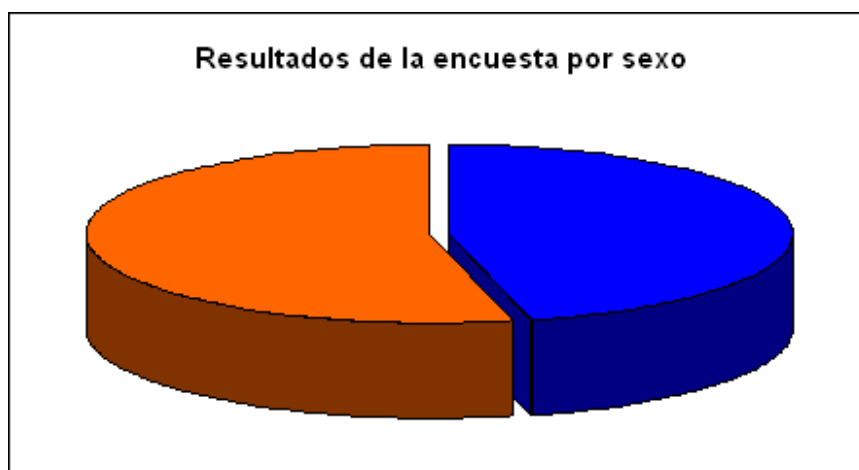
En lo que se refiere a la infraestructura y los bienes que tienen serán de dominio del gobierno departamental autónomo en lo que respecta a los hospitales de tercer nivel, en cuanto a los centros de salud y hospitales de primer y segundo nivel de atención la dotación de insumos y mantenimiento de estos entes de salud será encargada a los gobiernos municipales autónomos.

11. Análisis de los Instrumentos Utilizados en la presente investigación.-

En este punto se realizó un trabajo empírico de encuestas con una determinada muestra de población para contrastar nuestra hipótesis con la realidad de nuestra sociedad es así que a continuación tenemos el siguiente trabajo de encuestas y resultados.

Tabla No 1
Resultado de encuesta por edad y
sexo

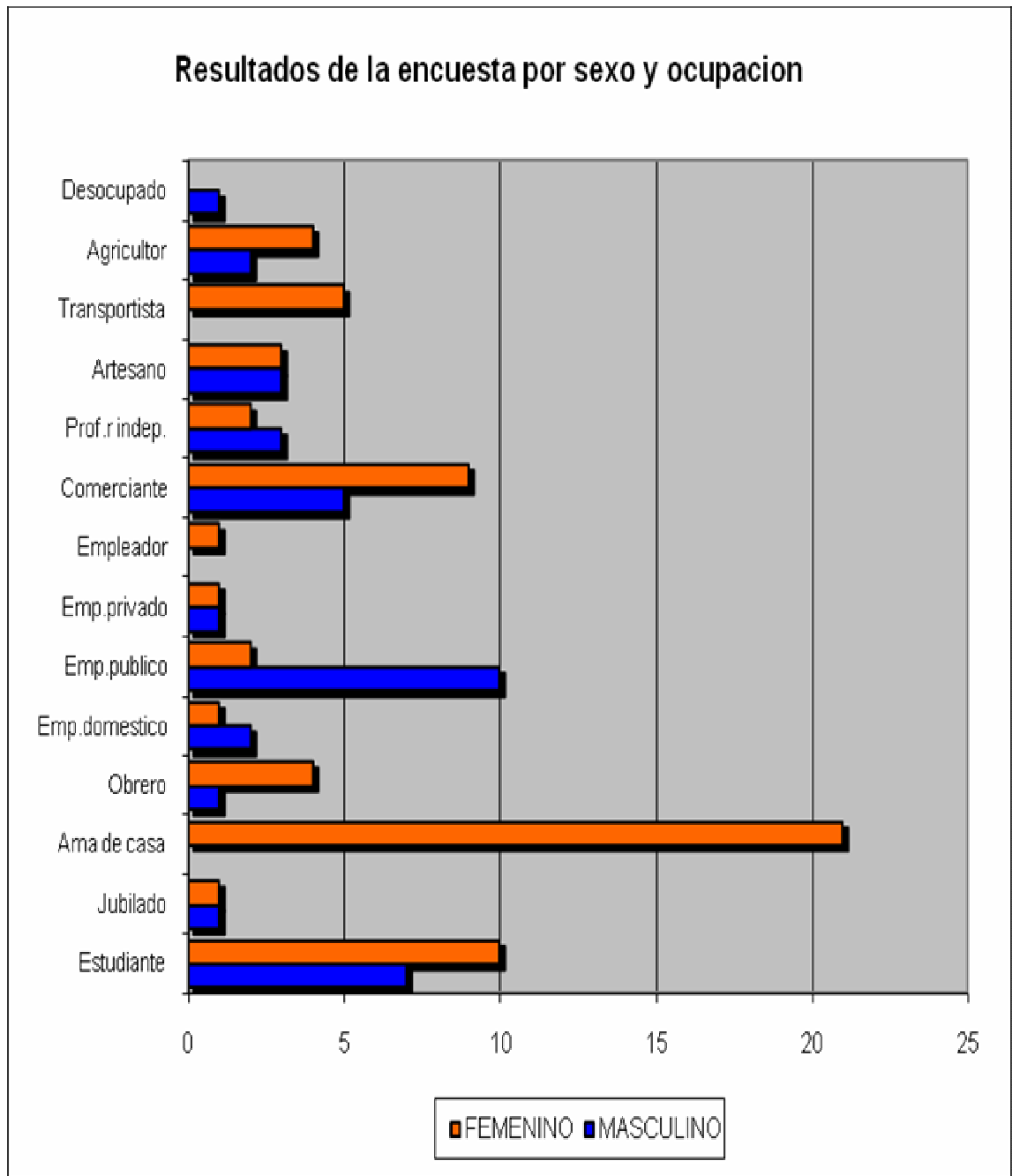
Grupos de edad	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menor a 20 A	1	5	6
20 A 30 AÑOS	17	21	38
31 A 40 AÑOS	15	9	24
41 y Mas	13	19	32
TOTAL	46	54	100



De los cien encuestados para el trabajo propuesto se observa que el grupo de edad de 20 a 30 años tiene mayor numero de encuestas y en el mismo grupo de edad el sexo femenino, seguido por el grupo de edad de 41 años y mas Si bien se observa que los que dieron respuesta a la encuesta por sexo corresponde al femenino esto es 4 puntos en relación al sexo masculino, no teniendo mayor trascendencia el sexo en las respuestas siguientes.

Tabla No 2
Resultado de encuesta por Ocupación y
sexo

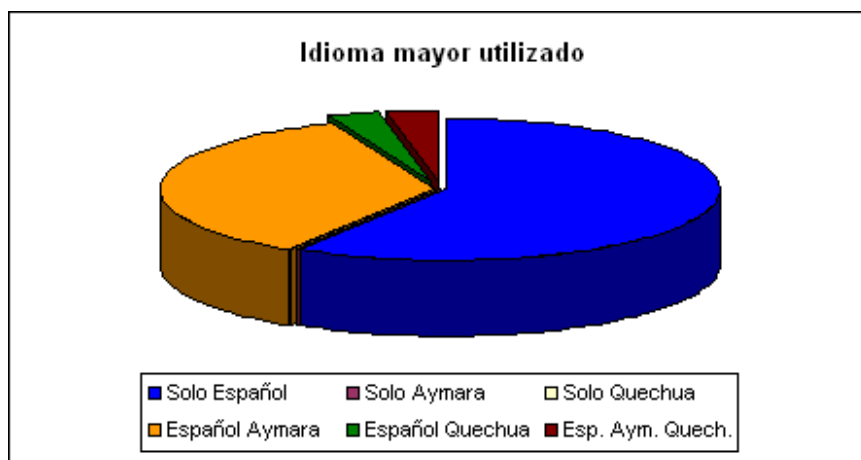
Ocupación	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Estudiante	7	10	17
Jubilado	1	1	2
Ama de casa	0	21	21
Obrero	1	4	5
Emp.domestico	2	1	3
Emp.publico	10	2	12
Emp.privado	1	1	2
Empleador	0	1	1
Comerciante	5	9	14
Prof. indep.	3	2	5
Artesano	3	3	6
Transportista	0	5	5
Agricultor	2	4	6
Desocupado	1	0	1
TOTAL	36	64	100



En esta variable de ocupación, las amas de casa responden mas veces a la pregunta que los otros grupos de los 100 encuestados, esto de alguna manera nos muestra que las madres de familia conocen relevantemente el problema de la salud pública en nuestro país ya que estas personas son las que acuden con mayor frecuencia a los centros de salud

Tabla No 3
Resultado de encuesta por
Idioma

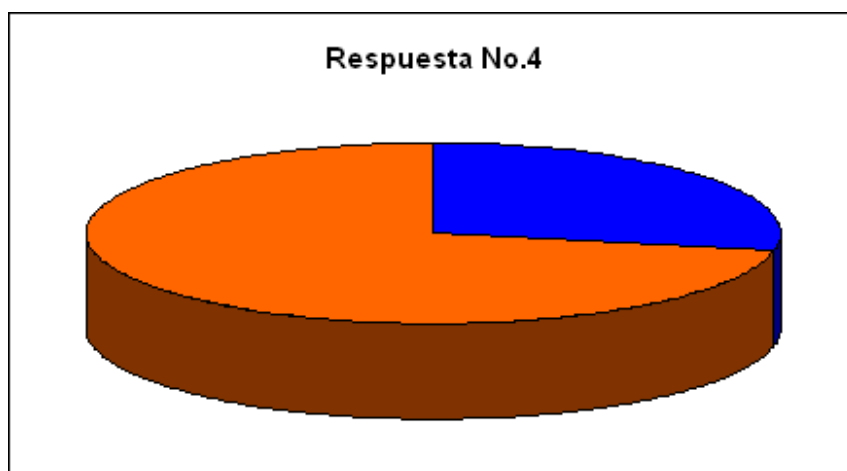
Idioma	Numero
Solo Español	59
Solo Aymará	0
Solo Quechua	0
Español Aymará	35
Español Quechua	3
Esp. Aym. Quech.	3
Total	100



El idioma mayor utilizado por los que responden a la encuesta es el español, seguido por el español y aymara y español quechua.

**Tabla No 4
Resultado de encuesta.**

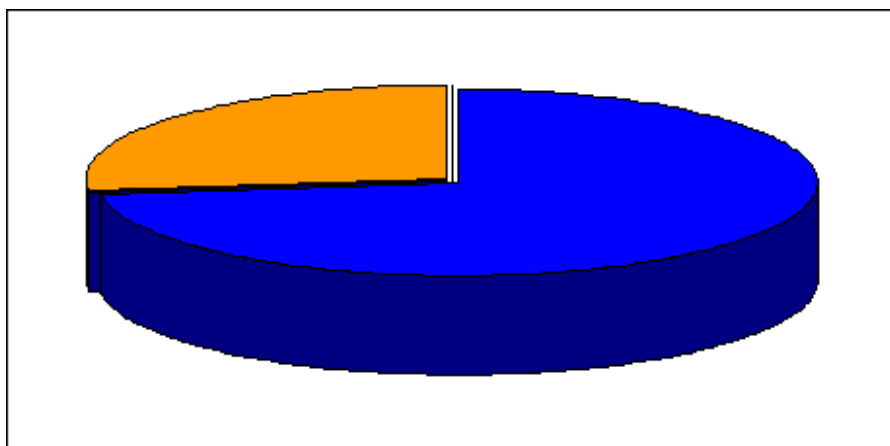
Pregunta	si		no		Total
	masculino	femenino	masculino	femenino	
Cree Usted que este modelo actual centralizado y nacional (burocrático) sea el mas adecuado para enfrentar estos problemas de salud de carácter nacional	14	14	30	42	100
Total	28		72		



Como se puede observar el 72 % no cree que el modelo actual centralizado y burocrático sea el mas adecuado para enfrentar y resolver los problemas actuales de salud, y la respuesta por sexo, el femenino con un 42 % es el que no cree en este modelo, es porque las mujeres están mas en contacto con los servicios de salud por que son las responsables de la salud familiar,

Tabla No 5
Resultado de
encuesta.

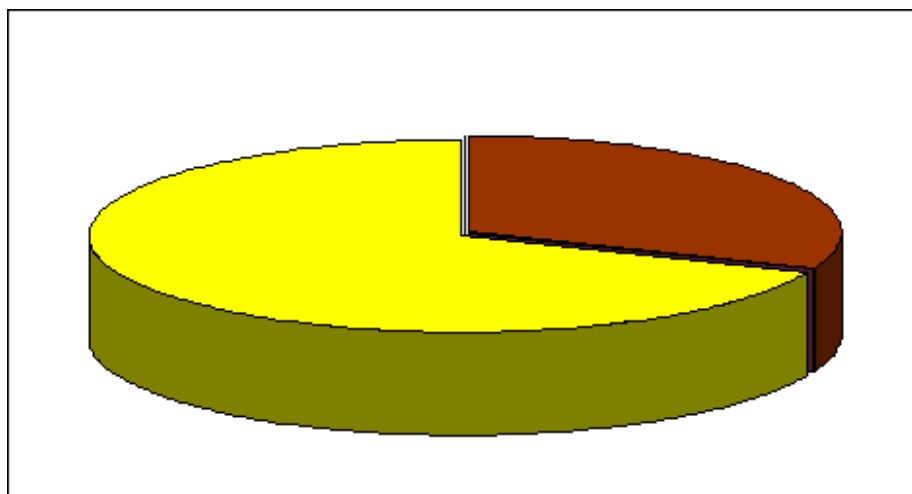
Pregunta	si		no		TOTAL
	masculino	femenino	masculino	femenino	
Cree Usted que un modelo descentralizado por Redes de Salud generaría mas credibilidad y resolvería los problemas de salud	32	41	15	12	100
Total	73		27		



En esta pregunta el 73 % cree que un modelo descentralizado por Redes de Salud resolvería los problemas de salud y se generaría credibilidad sobre la mejor forma de encarar la salud de la población.

**Tabla No 6
Resultado de
encuesta.**

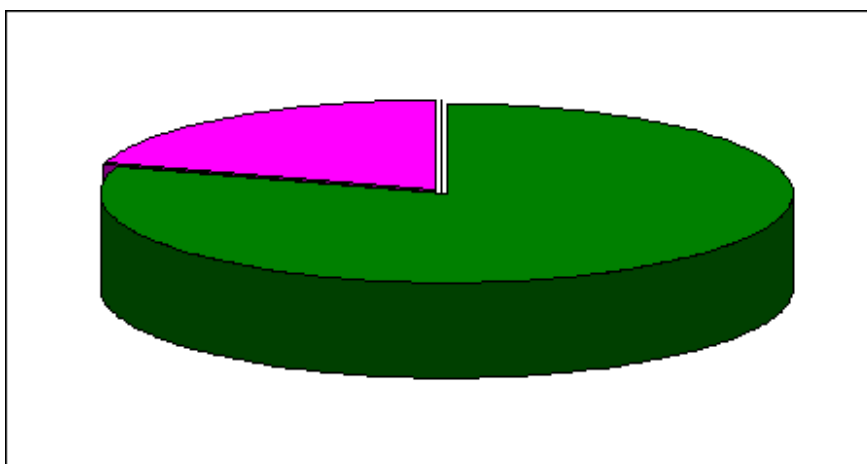
Pregunta	si		no		TOTAL
	masculino	femenino	masculino	femenino	
Usted Cree que las actuales políticas de salud publica centralizadas se adecuan a la realidad nacional	13	18	31	38	100
Total	31		69		



De las respuestas obtenidas para esta pregunta el 69 % no cree que la actuales políticas de salud publica centralizada se adecuen a la realidad nacional, pero por el contrario el 31 % si creen que las políticas de salud publica centralizada es la mejor forma de enfrentar la salud de la población.

**Tabla No 7
Resultado de
encuesta.**

Pregunta	si		no		TOTAL
	masculino	femenino	masculino	femenino	
Usted Cree que debería descentralizarse las políticas de salud a nivel regional y/o por redes de salud	33	39	11	17	100
Total	72		18		



El 72 % cree que la mejor forma de encarar la salud pública es descentralizar las políticas de salud a nivel regional o por Redes departamentales, con la finalidad de tener mayor estructuración de los niveles de atención y promoción de la salud.

Tabla No 8
Resultado de encuesta.

Pregunta	Centralizado		Descentralizado		TOTAL
	masculino	femenino	masculino	femenino	
En su opinión de estos dos modelos centralizado y descentralizado cual cree que pudiera brindar mejor servicio	13	18	31	38	100
Total	31		69		

En esta pregunta un 69% de personas entre hombres y mujeres consideran que el modelo descentralizado es el que le brindaría mejor atención, y un 31% de sujetos encuestados de ambos sexos dan la respuesta que el modelo centralizado les da mayor y mejor atención

Tabla No 9
Resultado de encuesta.

Pregunta	si		no		TOTAL
	masculino	femenino	masculino	femenino	
Cree Usted que implementar un seguro universal resolvería el problema de salud en nuestro país	32	34	12	22	100
Total	66		34		

En la respuesta obtenida sobre esta pregunta un 66% asegura que un seguro universal de salud resolverá los problemas de salud de nuestro país, y un 34% de personas de ambos sexos menciona que no solucionara las demandas y necesidad en cuanto a la salud de la población.

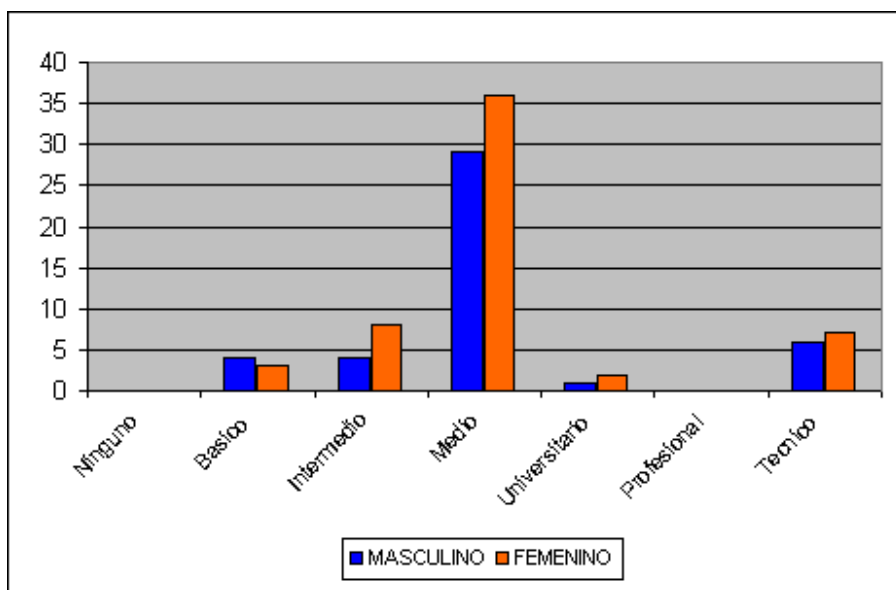
Tabla No. 10
Resultado de
Encuesta

Pregunta	si		no		TOTAL
	masculino	femenino	masculino	femenino	
En su opinión la salud será una prioridad para el gobierno	24	29	20	27	100
Total		53		47	

Un 53% de personas encuestadas refiere que la salud de la población es una prioridad para el gobierno nacional, y un 47% considera que el problema de la salud y su credibilidad no es prioridad para el gobierno de turno.

Tabla 11
Resultado de encuesta por grado
de instrucción

Instrucción	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Ninguno	0	0	0
Básico	4	3	7
Intermedio	4	8	12
Medio	29	36	65
Universitario	1	2	3
Profesional	0	0	0
Técnico	6	7	13
Total	44	56	100



El grado de instrucción del ciclo medio es el numero mayor de encuestados

CAPITULO IV

LEGISLACIÓN COMPARADA DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

1.- EL CONTEXTO LATINOAMERICANO.- Los países de América Latina en general, experimentan en la actualidad importantes procesos de reforma del Estado, tendientes a modificar su estructura en el plano político, económico, social y cultural, entre otros aspectos, con el objeto de superar la crisis que se registra en cada uno de ellos desde la década de los 70 que si bien tuvo en su mayoría un origen económico, se proyectó al plano político e impacto en todos los ordenes sociales.

Hay que considerar al respecto, que durante un largo período el Estado de bienestar implantado en algunos de los países de la región, fundamentado en un modelo desarrollista, permitió la formulación y ejecución de un conjunto de políticas sociales para satisfacer las demandas de la población, pero en la década de los 70 y los 80 los problemas generados por la inflación, la deuda externa y las políticas económicas desacertadas de un lado además de aquellos causados por la inadecuada administración, la corrupción y el despilfarro del otro conllevaron a un contexto general caracterizado por una crisis económica que se tradujo a su vez en crisis de legitimidad de los sistemas políticos y de la propia democracia.

En América Latina se sufrió durante el decenio de los 80 un retroceso económico que acentuó el endeudamiento externo, elevó los procesos inflacionarios y agudizó las desigualdades sociales.²²

²² Bustelo, Eduardo 1992. "La Creación del Estado de malestar: políticas de ajuste y políticas sociales en América Latina". En Salud Internacional, OPS. Washington, D.C.E.V.A.

Así, al iniciarse la década de los 90, las economías de América Latina conservaban sus tres características básicas: son las de más alta inflación; las de más alto endeudamiento externo y las de más desigual distribución del ingreso en el mundo.²³

La década de los años 80 ha sido calificada como década perdida para destacar los atrasos no solo económicos sino sociales que se dieron en la región latinoamericana. Más es importante realizar reflexiones en torno a tal concepto si bien se observó una “recuperación moderada” de indicadores económicos a principios de los años 80, no puede dejar de señalarse que respondieron a una serie impositiva de políticas neoliberales de alto costo social como señalan Petras Veltmeyer.²⁴

La profunda crisis económica la recuperación de indicadores macroeconómicos en el comienzo de los años 90 como respuesta al marco de políticas neoliberales implantadas en la región significó una serie de pérdidas en relación a la calidad de vida, debido en gran parte a la instauración de cambios estructurales en el orden la relación capital trabajo en el papel del estado y en la estructura interna del capital.

Algunas de las principales consecuencias de esos cambios estructurales, las cuales se agudizan hasta hoy, son el creciente nivel de desempleo, el debilitamiento y hasta destrucción de las organizaciones laborales, la depresión de los salarios y el aumento consecuente de la pobreza.

Aunando a ello, los diferentes países latinoamericanos han tenido que adaptarse al entorno que ha venido perfilando la globalización económica se hizo necesario entonces y a la vez inevitable emprender procesos de reforma tales como la modernización del aparato público y la descentralización político administrativa para enfrentar las manifestaciones de

²³ Guerra, Carbyle 1992. “Los grandes desafíos de la década del 90 y su impacto sobre la salud internacional”. En Salud Internacional. Un debate norte sur. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 95. OPS. Washington, D.C.E.V.A.

²⁴ Petras J. Veltmeyer. H. 1995. La recuperación económica de América Latina. El Mito y la Realidad. Nueva Sociedad 137. 164. 179.

la crisis en Latinoamérica como el derrumbe de las economías la pérdida de legitimidad de los sistemas políticos, el desempleo, la corrupción, la pobreza, latina. Más allá de la existencia de un contexto global de reformas, se presentan importantes peculiaridades latinoamericanas, ya que ante el escenario económico que prevaleció durante los 70 y 80, la primera generación de reformas priorizó la dimensión financiera de la crisis del Estado.

Es entonces en la segunda generación de reformas, donde se plantea el fortalecimiento del papel del Estado como formulador financiador de las políticas públicas, mediante el desarrollo de su capacidad para incorporar al proceso a la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales buscando en conjunto la consolidación de la democracia, el crecimiento económico y la reducción de la desigualdad social.

Sin embargo, los cambios constitucionales y las modificaciones profundas requeridas en el sistema administrativo se ven profundamente obstaculizadas por la resistencia al cambio y otros vicios que muestran muchos de los actores involucrados en el funcionamiento del sistema político en los países de la región. “El hecho es que la política latinoamericana todavía está marcada por una mezcla de partidos débiles, clientelismo, corporativismo y liderazgos personalistas”. A pesar de todo se registra la transformación de las instituciones gubernamentales, que apunta hacia la descentralización político administrativa.

En este contexto, se observa la constitución y funcionamiento de los sistemas de salud de algunos países de la región. Se parte del hecho de que si bien cada país Latinoamericano ha experimentado un proceso particular, en la actualidad la mayoría de ellos experimenta una profunda crisis con características similares.

2.- SISTEMAS DE SALUD.- Se puede considerar que en varios países de Latinoamérica, la aplicación de las políticas sociales en general y las de salud en particular,

se a caracterizado por una falta de continuidad administrativa; una ausencia de evaluación de los programas y una falta de precisión de los grupos beneficiarios. La gestión pública de salud en muchos de los países latinoamericanos, a funcionando bajo un sistema de administración, caracterizado por procesos de planificación, organización, dirección y control, donde se pone de manifiesto que existe una inadecuada gerencia de salud, afectada por la resistencia ofrecida por las diferentes fuerzas políticas y sociales que generan conexiones de poder, que hacen imposible que el sistema de salud actúe eficazmente.

Al respecto, se puede afirmar que el sector salud experimenta, en la actualidad, una profunda crisis que se proyecta en todos los ámbitos y niveles que él involucra y se evidencia en el desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura de los servicios médico asistenciales donde se destaca la disminución del acceso a los servicios de atención médica, por parte de las comunidades más necesitadas, dada la carencia de los materiales médico quirúrgicos y el suministro oportuno y regular de los mismos; la recurrente paralización de las actividades y las propias condiciones inadecuadas de la red de servicios, que han ocasionado que muchos de ellos hallan tenido que dejar de funcionar, lo cual va en detrimento de la salud de la población.

Por otra parte, esta crisis está relacionada con la forma y manera como se han formulado e implantado las políticas y programas asistenciales centralizados que en la generalidad de los casos no han tomado en cuenta las necesidades particulares de cada territorio en materia de salud, saneamiento ambiental y control de los factores de riesgo asociados con los procesos de intensificación de la urbanización y de la industrialización.

3.- DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA

LATINA.- Con respecto a la descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica, se tiene que tanto en los aspectos de proceso político, como jurídico, administrativo y técnico de transferencia, en cuanto al uso y distribución del poder, se introduce una variante de primer orden vinculada al comportamiento político de los actores

dentro de las instituciones del Estado, relacionada con el cambio de actitud mental que involucra el hecho de compartir la toma de decisiones, requisito necesario para el avance de la gestión de salud. Queda entendido que la descentralización requiere de una fuerte voluntad política para llevarla hasta el nivel local.

En este contexto, la descentralización emerge no sólo como una condición para profundizar la democratización y como parte de una estrategia para enfrentar la crisis económica, sino como la forma de organización más adecuada para implantar y desarrollar un nuevo paradigma que se apoye en la complementariedad entre los sectores sociales, público y privado.

Se considera que el proceso descentralizador contribuirá a elevar la eficiencia, eficacia y efectividad de la administración pública de salud y a minimizar las profundas disparidades existentes debidas, entre otras razones, al aumento de la pobreza, la inadecuada administración de los recursos y a la ingobernabilidad de los sistemas de salud latinoamericanos. En este sentido, los postulados de la reforma del sector salud en los diferentes países de la región se construyen con el fin de dar racionalidad económica al funcionamiento de los sistemas sanitarios, es decir se orientan hacia la eficiencia como principio fundamental para el desarrollo de los mismos.

En lo que se refiere al funcionamiento de los sistemas de salud latinoamericanos, se puede observar una doble tendencia: por un lado a unificar los servicios públicos y colectivos dentro de un mismo sistema y por otro, a transferir competencias a las autonomías subnacionales. Los casos más antiguos de unificación del sistema de salud serían Chile y Costa Rica, luego lo hizo Brasil (coincidentalmente con la Constitución de 1988) y actualmente avanzan en una dirección similar Colombia y Argentina.

Tales procesos de reforma se implantaron con muchas dificultades en algunos países de la región, como por ejemplo en México donde si bien el Acuerdo Nacional para la

Descentralización de los Servicios de Salud se firmó en agosto de 1996, no fue hasta 1998 que se registro en estricto sentido el primer año de la descentralización de los servicios de salud, como una estrategia adecuada y consistente para fortalecer el federalismo, para acercar los servicios a la población directamente afectada para lograr una mayor eficiencia en la prestación de los mismos para promover mayor equidad en el ámbito nacional. Vale destacar al respecto que en el marco de la Ley General de Salud, el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta y los Convenios de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud, se concluyó, en diciembre de 1997, la creación de 32 organismos públicos descentralizados, uno en cada una de las entidades federativas.

Sin embargo, en esos primeros años prevalecieron los criterios técnicos administrativos de la descentralización sobre la necesidad de reducir los desequilibrios regionales, por lo que la evaluación de esta primera etapa en México evidencia una creciente desigualdad, siendo las áreas de menores recursos las peor atendidas con carencia de infraestructura, materiales, suministros y personal capacitado.

Similar comienzo se observa en Perú, pues si bien para 1995 se retoma la necesidad de sistematizar y formalizar las nuevas políticas de salud, los documentos de carácter jurídico de la reforma recién aparecieron en 1997 un año y medio después, teniendo dos ejes fundamentales su contenido: la modernización del Sub. Sector Público y el establecimiento de un nuevo sistema de seguridad social.

En el caso de Brasil, con la democratización en los años 80, por primera vez fue posible discutir la introducción de transformaciones en el sector salud, diseñando una reforma sanitaria consustanciada con su Sistema Único de Salud (SUS), cuyas características de heterogeneidad, desarticulación e inequidad serían muy difíciles de superar.

Según Rocha da Costa la década del 90 fue marcada por el debate en torno a la reforma del Estado en Brasil, teniendo como plano de fondo el contexto de la globalización financiera de la economía y una profunda crisis fiscal, y el caso del sector de salud pública fue un factor relevante para la agenda de reforma por el legado institucional dejado por la Constitución Federal de 1988, que determinó la institución del Sistema Único de Salud.

De acuerdo al autor en referencia, las políticas orientadas para la descentralización en el área de salud en Brasil comprenden tres fases distintas: la primera iniciativa que acontece al final del régimen militar en un contexto marcado por la recesión de la economía la segunda que se remonta a la nueva República, durante el período de funcionamiento del Congreso Constituyente y la tercera fase de políticas orientadas para la descentralización definida en los artículos 196 a 200 de la Constitución, que establecen la creación del Sistema Único de Salud.

En el caso de Chile, las reformas iniciadas a finales de los 70 y comienzos de los 80 cambiaron la estructura y funcionamiento del sector salud chileno, con la creación del Fondo Nacional de Salud, el Sistema Nacional de Servicios de Salud y las instituciones de salud provisional; además de la descentralización y municipalización de la atención primaria.

Sin embargo la neodemocracia encontró un sistema de salud totalmente descoordinado, con el sector público incapacitado para dar abasto a la demanda y con un sector privado poco importante pero muy poderoso y bastante desregulado.

La actual estructura del sector salud tiende a producir inequidades en el acceso y calidad de los servicios así como problemas de eficiencia y gestión de los recursos tanto a nivel público como privado. En este sentido, uno de los principales desafíos del sistema chileno es el de transformar la mezcla pública privada vigente. Para ello deben

reestructurarse tanto los esquemas de financiamiento como de provisión de servicios de salud.

Paraguay en cambio presenta una situación más alentadora, ya que desde la presentación del anteproyecto de la Ley 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud, las gobernaciones y municipalidades, han conformado Consejos Regionales y Locales de Salud, que constituyen la primera expresión formal de participación social en la administración de la atención a la salud pública y uno de los paradigmas en la historia nacional en términos de la promoción de la democracia y fortalecimiento de los niveles locales.

Al respecto, la reforma Colombiana busca lograr la cobertura universal de la prestación de servicios, unificando el régimen de beneficios y obligaciones en salud. En un marco de descentralización del gasto, se a implantado una competencia regulada entre aseguradores y prestadores en un sistema de seguridad social solidario.

En 1993 Colombia introdujo una reforma radical al existente sistema de seguridad social en salud con la sanción de la Ley 100 mediante la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las metas principales de esta reforma fueron la cobertura universal y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y con el fin de lograrse los objetivos se diseñaron tres estrategias: introducir la competencia entre aseguradores para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos; introducir la competencia entre prestadores de los servicios y regular la competencia.

En Argentina, por otra parte, se impulsa la autogestión hospitalaria mediante Decreto 578- 93 para elevar la eficiencia, con importantes retos dados por un contexto de sobredimensionamiento de las estructuras hospitalarias, de existencia de subsidios cruzados hacia las obras sociales de sistemas de referencia y contrarreferencia inadecuados y de arraigadas prácticas tradicionales de gestión.

Al respecto, se plantea que el sector público esta privatizado de hecho hay una captura prestacional que debería ser neutralizada por una política que estatices lo público y haga estrictamente privado al sector privado el sector público debe ser redimensionado. Ajustarse a la restricción presupuestaria, cerrar áreas que no tienen razón de ser, explicitar los subsidios que merece y en definitiva actuar con una lógica que no es la comercial.

Por tanto, el estudio de la situación actual de los Sistemas de Salud Latinoamericanos permite evidenciar que se experimentan significativas transformaciones, pero el alcance o no de los objetivos no se cristalizará en el corto plazo ya que las estrategias implantadas requieren de muchos recursos, voluntad política y tiempo para ser asimiladas y consolidadas en beneficio de la salud de la población latinoamericana.

Todo lo expuesto, nos permite afirmar que se han registrado en América Latina, importantes y trascendentales procesos y experiencias dirigidas a elevar la eficacia, eficiencia y efectividad de los Sistemas Públicos de Salud en la región. Se evidencian al respecto avances positivos en cuanto a la descentralización pues en muchos países la estrategia ha logrado implantar y actualmente se registran cambios significativos en cuanto a la administración y gerencia de los servicios de salud.

Tales reformas enfrentan muchos obstáculos de diversa índole para su puesta en marcha y desarrollo, pues no hay que olvidar que la descentralización en tanto proceso político, inevitablemente genera el aumento de los conflictos y de la resistencia al cambio por parte de muchos actores presentes en el sector salud, lo que complejiza aún más el proceso de reforma y transformación que tanto requieren los Sistemas de Salud de América Latina.

En este contexto, el mejoramiento del funcionamiento de tales sistemas debe ser observado con atención pues el éxito o fracaso de los esfuerzos orientados en esta dirección

sólo se podrá reconocer a mediano y largo plazo, si las estrategias implantadas logran profundizarse y consolidarse de manera definitiva.

Cada país Latinoamericano deberá buscar la solución a sus problemas en el estado y en la sociedad civil que se están perfilando, impactados ambos por toda una serie de reformas y transformaciones que si bien afectan el funcionamiento de la sociedad en general, se expresan y evidencian con crudeza en un sector tan importante y vulnerable como lo es el de la salud. Habrá que esperar y confiar en que se registre un verdadero proceso de transformación del Estado para elevar su capacidad de acción y una genuina y adecuada intervención de la sociedad civil que garantice el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población.

4.- APORTES DE LA DESCENTRALIZACIÓN A LA EFICACIA DEL DERECHO A LA SALUD.- El objetivo de esta presentación es revisar los distintos ámbitos en que se desarrolla la descentralización y el impacto de los mismos sobre la equidad en salud y por ende en la efectividad del derecho a la salud. En primer lugar como el tema de la descentralización está inserto en los procesos de reforma sectorial, preguntarnos cuál es la función de la estrategia de la descentralización dentro de los componentes de este proceso. En relación con esto, existe coincidencia en que la descentralización tiene como finalidad mejorar el acceso y la equidad a través de: 1) facilitar la adecuación a las necesidades locales de salud; 2) posibilitar la participación y facilitar el logro y la sustentabilidad de las metas de salud; 3) favorecer la coordinación multi e intersectorial y suprasectorial, y promover la solidaridad entre regiones

Es importante realizar esta primera apreciación, si bien ya muy conocida por todos, porque es de ella donde de alguna manera u otra, surge la correlación entre descentralización y derecho a la salud a través del concepto de ciudadanía.

Se une a la idea anterior, la necesidad de considerar que el ámbito de la descentralización se ha ido ampliando en los escenarios contemporáneos de la salud donde aumentan e interactúan actores, transacciones y espacios de concertación. En un primer momento la descentralización se consideraba exclusivamente como una estrategia de relacionamiento entre niveles de gobierno es decir como la transferencia de funciones del nivel central a niveles descentralizados, con la consiguiente necesidad de capacidad de resolución y asignación y administración del presupuesto. En su versión contemporánea la descentralización va más allá para incorporar otros componentes, como el traspaso de funciones al sector privado y la creación de mecanismos que faciliten la participación de la sociedad civil. Esta nueva modalidad produce necesidades de regulación, control y solución de controversias, que generan a su vez otros procesos de descentralización que lleguen a convertirse en espacios donde se puedan balancear los intereses públicos, privado y de los individuos en su carácter de consumidores o usuarios.

En atención a lo anterior la presentación propone los siguientes temas: 1) reflexiones sobre los parámetros internacionales que influyen el proceso de descentralización de salud; 2) referencia al marco regulatorio constitucional del cual surge la descentralización y las características que esta adopta, principalmente en términos administrativos de traspaso de funciones a entes no gubernamentales y la configuración de espacios para el fortalecimiento de derechos; 3) nuevas modalidades de la descentralización y 4) reflexiones en torno al derecho a la salud.

4.1. PRECISIONES EN TORNO A LA EQUIDAD Y DESCENTRALIZACIÓN.- Antes de comenzar con el tema es importante realizar una serie de precisiones conceptuales. En primer lugar que debemos entender en la exposición por equidad y descentralización. La equidad consiste en eliminar diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al derecho al bienestar es un concepto que tiene una relación intrínseca con el derecho a la salud.

La descentralización se ve en su concepto más amplio es decir no solo como la distribución de responsabilidades, atribuciones y recursos entre niveles de gobierno, sino también a otras instancias y actores privados y sociales cuya inserción en el proceso de salud se hace cada vez más notoria como consecuencia de los distintos espacios y relaciones que se van configurando en torno a agentes y procesos.

4.2. MARCO CONSTITUCIONAL DE LA DESCENTRALIZACIÓN ENFOQUE Y CONTENIDO DECLARACIONES Y CARTAS INTERNACIONALES.- Antes de comenzar con las reflexiones sobre el ámbito constitucional es conveniente analizar cuáles son los parámetros internacionales que influyen la descentralización de la salud. Esto aparece de manera indirecta al promoverse el fortalecimiento de la participación comunitario, cuyo espacio tradicional es el nivel local.

El primero de los mencionados instrumentos es la **Declaración de Alma – Ata de 12 de Septiembre de 1978.**

Alma Ata comienza reafirmando que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades; es un derecho fundamental y la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos. Además del sector sanitario. Agrega que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

Alma Ata consagra la atención primaria de salud como el eje para conseguir un nivel de salud que permita llevar a cabo una vida social y económicamente productiva. Para ello la atención primaria de salud requiere y promueve el auto desarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización,

desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo uso más completo de los recursos locales nacionales y de otros recursos disponibles y para finalizar, desarrolla a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

Alma Ata sirvió de base a una serie de instrumentos que con posterioridad plantearon la necesidad de la participación comunitaria en la toma de decisiones de salud si bien ponen énfasis en la promoción de la salud. Así se pueden mencionar:

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, producida en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en la ciudad homónima el 21 de Noviembre de 1986 y dirigida a la consecución del objetivo de Salud para todos en el año 2000. La Carta de Ottawa pone énfasis en la promoción de la salud, a la cual define como el proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud. Este no puede por si mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y lo que es más la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados los gobiernos los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Con tal fin, las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos. Para la elaboración de una política sana, la salud debe formar parte del orden del día de los responsables en la elaboración de los programas políticos en todos los sectores y todos los niveles con el objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.

De acuerdo con la Carta de Ottawa, la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de

decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. La responsabilidad de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios de los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

La Declaración de Santafé de Bogotá emitida durante la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de 1992 determina que en el orden político existen barreras que listan el ejercicio de la democracia y la participación ciudadana en la toma de decisiones.

Entre los compromisos que asumen los países se encuentran reducir, entre otros, la profusión de burocracias excesivamente centralizadas y fortalecer las capacidades de la población para participar en las decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludables.

La Plataforma de Québec emitida durante el Tercer Congreso de Salud realizado en Marzo de 2002 en la ciudad homónima impulsa a todos los países del continente a continuar con el debate sobre la descentralización efectiva del sector salud garantizando las prerrogativas de poder para las comunidades locales para que su derecho a la salud sea respetado.

La Declaración de Rosario emitida durante el Cuarto Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas de Noviembre de 2002 establece que la descentralización es impulsora de los procesos democráticos participativos de empoderamiento de los ciudadanos y sus comunidades desde la perspectiva de la salud como proceso y producto social que posibilite, además de la atención de salud, la calidad de vida. El gobierno local como un espacio privilegiado de desarrollo de un nuevo contrato

Estado ciudadanos, desburocratizado, democrático, con efectiva participación social y que articulé los diversos sectores que contribuyen al mejoramiento de la salud y la calidad de vida.

4.3. LAS CONSTITUCIONES.- El marco constitucional de la descentralización abarca diversas modalidades. Es posible realizar una secuencia comparativa con base a los siguientes elementos:

- 1) administración descentralizada del Estado.
- 2) descentralización específica de la salud.
- 3) participación en salud.
- 4) inserción del sector privado en salud.
- 5) creación de entidades autónomas o descentralizadas.

Con el propósito de organizar la presentación es conveniente hacer también una diferenciación entre las Constituciones previas a la segunda mitad de los 1980 y las que surgen con posterioridad a esta fecha. Estas últimas parecen ser más taxativas en relación con los términos de la descentralización.

La administración descentralizada. Ingresa en la mayoría de las Constituciones emitidas en la segunda mitad de los años 1980. Algunas Constituciones se refieren a la descentralización de manera más generalizada. Por ejemplo, La Constitución De Argentina se refiere también al tema al establecer que la Nación Argentina adopta para su gobierno la forma representativa republicana federal y que cada provincia dictará para si una Constitución que asegure, entre otros, su régimen municipal. En la Constitución de México que es previa a la segunda mitad de los años 1980 se dispone que los Estados adoptaran para su régimen interior, la forma de gobierno republicano, representativo, popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa, el Municipio Libre.

Las diversas constituciones de parte de América Latina se refieren a la descentralización de una manera muy general en sus respectivas constituciones, la nuestra no queda atrás lo que se pretende hacer en el presente trabajo es dar mayor amplitud a la descentralización pero que esta se efectivice en redes sociales con el traspaso de ciertas competencias dentro de su jurisdicción territorial, para que la comunidad tenga una participación más efectiva en la toma de decisiones que le interesa a la comunidad en su conjunto.

Otras Constituciones se refieren al tema con mayor especificidad:

BRASIL: Artículo 18.- La organización político – administrativa de la República Federal del Brasil comprende la Unión, los Estados, el Distrito Federal y los municipios, todos autónomos.

BOLIVIA: Artículo 1.- Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico, dentro del proceso integrador del país.

CHILE: Artículo 3.- El Estado es unitario, su territorio se divide en regiones y su administración será funcional y territorialmente descentralizada desconcentrada en su caso, en conformidad con la ley.

COLOMBIA: Artículo 1.- Colombia es un Estado social de derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

ECUADOR: Artículo 1.- El Ecuador es un Estado social de derecho soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico. Su gobierno es republicano, presidencial, electivo, representativo responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada.

4.4. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD.- La descentralización de la salud se encuentra mencionada principalmente en las Constituciones del segundo grupo:

BRASIL: Artículo 196.- La salud es competencia común entre La Unión, los Estados, el Distrito Federal y los municipios. Esta Constitución también hace referencia a los recursos al mencionar que el Sistema Único de Salud será financiado con recursos del presupuesto de la seguridad social, la Unión y los Estados, el Distrito Federal y los municipios.

COLOMBIA: Artículo 49.- Los servicios de salud se organizan en forma descentralizada por niveles de atención y participación comunitaria.

ECUADOR: Artículo 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrara con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

4.5. LA PARTICIPACIÓN EN SALUD.- La creación de canales de participación asociada a la descentralización aparece en las Constituciones del primer grupo y en las posteriores a esta fecha. En Cuba por ejemplo se establece que en el ejercicio de sus funciones la Asamblea del Poder Popular apoyarán a los Consejos Populares promoviendo la amplia participación de la población y actuando en estrecha colaboración con las organizaciones de masa y sociales con el fin de lograr la mayor participación de la comunidad en las iniciativas locales para la resolución de problemas.

Otras Constituciones abordan el tema de la siguiente forma:

BRASIL: Artículo 198.- Las acciones y servicios de salud integran una red regionalizada y jerárquica que constituye el Sistema Único de Salud organizado con base a una serie de principios entre los cuales se encuentran la descentralización.

ECUADOR: Artículo 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrara con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

4.6. LA INSERCIÓN DEL SECTOR PRIVADO.- La inserción de este sector en salud comienza con la Constitución Chilena. Todas las Constituciones del segundo período hacen referencia a la participación privada en salud:

BRASIL: Artículo 199.- La asistencia de salud está abierta a la iniciativa privada y que las instituciones privadas podrán participar en forma complementaria del Sistema Único de Salud.

COLOMBIA: Artículo 49.- El Estado establecerá las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercerá su vigilancia y control.

ECUADOR: Artículo 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrara con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

CUADRO COMPARATIVO DE CONSTITUCIONES DE
ADMINISTRACIÓN DESCENTRALIZADA –
DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD – PARTICIPACIÓN EN SALUD
– LA INSERCIÓN DEL SECTOR PRIVADO EN SALUD.

País	Artículo	Administración Descentralizada	Descentralización en Salud	Participación en Salud	La Inserción del Sector Privado en Salud
Brasil	18	*****			
	196		*****		
	198			*****	
	199				*****

País	Artículo	Adm.- Des.	Des. - Salud	Part. Salud	La Ins.Priv.
Colombia	1	*****			
	49		*****		
	49				*****

Ecuador	1	*****			
	45		*****		
	45			*****	
	45				*****

5.- NUEVOS MODELOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN.-

Dentro del ámbito de las nuevas modalidades de descentralización se encuentran la descentralización institucional, es decir, la que implica el traslado de funciones regulatorias y de control a instancias que, si bien funcionan bajo la rectoría del Ministerio de Salud, adquieren una independencia y constituyen un ente autónomo donde convergen diversos tipos de intereses. Tal es el caso de las agencias regulatorias que pueden dividirse en dos grandes grupos:

5.1. AGENCIAS REGULADORAS DE BIENES Y PRODUCTOS DE SALUD.- Son aquellas dedicadas a la regulación de bienes y productos de salud en tal sentido se han creado agencias regulatorias en Argentina, Administración Nacional de Medicamentos y Alimentos; Brasil, Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria; en Colombia el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

Las nuevas instancias regulatorias actúan en un espacio de mayor independencia y ofrecen mecanismos para la participación de los destinatarios de la normativa producida por ellas.

5.2. AGENCIAS REGULADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.- El otro tipo de agencia regulatoria tiene funciones sobre la regulación pública privada en salud en

tal sentido la mayoría de los países con sistemas de aseguramiento mixto regulado han creado instituciones específicas para el control de las entidades privadas que participan del mismo. Estos sistemas cuentan con una importante participación del sector privado que adopta diferentes denominaciones, según se observa en Argentina Prepagas; Colombia, con las empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud que también pueden ser de carácter público; Chile con instituciones de salud provisional; República Dominicana, con administradoras de riesgo de salud y prestadoras de servicios de salud que pueden ser de carácter público, privado o mixto, y Uruguay con las instituciones de asistencia médica colectiva.

En varios países con sistemas segmentados con participación privada también se han creado instituciones especiales para el control: Argentina (Superintendencia de Servicios de Salud); Chile (Superintendencia de Instituciones de Salud Provisional); Colombia (Superintendencia Nacional de Salud); Paraguay (Superintendencia de Salud) y Perú (Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud). Lo mismo sucede en Brasil con la Agencia Nacional de Saúde Suplemental.

Las superintendencias o agencias tienen funciones similares en la mayoría de los países actúan bajo la jurisdicción del Ministerio o Secretaría de Salud, sea como entes descentralizados (Argentina y Perú); autárquicos (Brasil); autónomos (Colombia y República Dominicana); con personalidad jurídica y patrimonio propio (Chile); como persona jurídica de derecho público (Paraguay). En términos generales y con mayor o menor intensidad a estas instituciones les corresponde aprobar las solicitudes de propuestas de ingreso al sistema de las aseguradoras, promover la intervención de las mismas para asegurar la comunidad y normalización de las prestaciones de salud, ejercer el control de calidad y las funciones generales de regulación del sistema.

A las mencionadas funciones se agregan otras de acuerdo con el país. En Chile se suma al rol de superintendente de salud el de árbitro para resolver, en única instancia y

sobre la base de la prudencia y la equidad, las controversias que surjan entre los afiliados y las Instituciones de Salud Provisional. Igual función corresponde en Perú a la Superintendencia a través del Centro de Conciliación. En Colombia el control se extiende al conjunto de personas y entidad pública y privada o mixta cualquiera sea su naturaleza o denominación, que cumplan funciones de aseguramiento, administración o prestación de servicios

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PRESENTE TRABAJO

1.- CONCLUSIONES.- En el presente trabajo se realizaron las siguientes conclusiones que se las mencionara de la siguiente manera:

1.1 CONCLUSIONES DEL OBJETIVO GENERAL.

1.- La falta de la formulación de nuevos lineamientos jurídicos institucionales para diseñar políticas de salud públicas descentralizadas por redes de salud a generado una falta de credibilidad en el sistema de salud por parte de la comunidad y la sociedad civil.

2.- Las Políticas de Salud Pública anteriores no se adecuaban a la realidad de la sociedad civil, y las actuales tampoco no dan respuesta a la sociedad civil en sus problemas de salud, esto genera una falta de credibilidad en los sistemas de salud de nuestro país.

3.- La Falta de concientización y educación sobre el problema de la salud de la población y su apatía en la toma de decisiones sobre este asunto.

4.- La excesiva centralización de los servicios de salud generó problemas a la ciudadanía para el acceso a la atención.

1.2 CONCLUSIONES DE OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.- Se analizaron las políticas de salud pública nacionales anteriores y se evidenció que no estaban con la realidad nacional de nuestro país porque se hace mucho énfasis en el ámbito centralista de la salud y una excesiva burocracia en los servicios.

2.- Con la Ley Marco de Autonomías y Descentralización de alguna manera existe diversas clases de autonomías, en la parte que es relevante y nos interesa existe una injerencia sobre las políticas de salud pública por redes de salud.

3.- En la Ley 031 de 19 de Julio de 2010, los gobiernos departamentales autónomos, gobiernos municipales autónomos, gobiernos indígenas originarios campesinos autónomos, su política de salud pública es adecuada a la política nacional de salud del país.

4.- El avance de la descentralización en salud en América Latina tiene un avance muy significativo, ya que en nuestro país tiene todavía sus deficiencias en su aplicación.

5.- La introducción de la descentralización en las diferentes constituciones de América Latina es un hito muy importante para la salud en su conjunto

6.- Que la sociedad y la participación de la comunidad en los servicios de salud, generan un plan importante para solucionar los diversos problemas de la salud y que estos se relacionen con las instituciones de salud para la toma de decisiones.

1.3 CONCLUSIÓN FINAL.

1.- Se confirmó nuestra hipótesis de trabajo por lo siguiente la falta de la formulación de nuevos lineamientos jurídicos institucionales para diseñar políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud, para solucionar las necesidades y demandas de la sociedad civil en lo que se refiere a la problemática de la salud de la población.

2.- Fortalecer las redes de salud para evitar la mortalidad y morbilidad de nuestra población.

3.- Dar Lineamientos Jurídicos Institucionales para diseñar políticas de salud pública para solucionar la exclusión social de nuestro país en lo que se refiere a la salud de la población.

4.- Se evidenció la falta de responsabilidad que existe dentro de la comunidad en su conjunto sobre las contingencias que tiene el sistema de salud en su generalidad para atender las diferentes prestaciones que se le brinda a la sociedad civil.

5.- Se realizó un trabajo de encuestas para confirmar la problemática del presente trabajo y contrastar nuestra hipótesis con la realidad empírica de nuestro país, para posteriormente dar una propuesta de trabajo de tesis.

2.- RECOMENDACIONES.- Entre las principales recomendaciones tenemos las siguientes para el presente trabajo de tesis:

1.- Creación de una Autoridad o Ente Regulador de la Salud, esta institución se encargará de ser un órgano fiscalizador y tener una capacidad resolutoria para resolver los diversos problemas que tiene el sistema de salud en general.

2.- Concientizar a la sociedad civil sobre la problemática de la salud y su importancia para la comunidad y por ende para el país en general.

3.- Capacitación a la comunidad sobre leyes referentes a la salud y la importancia que tienen estas para la sociedad, y tener el rol articulador entre la ciudadanía y el centro de salud.

4.- Fortalecer la infraestructura de salud, para mejorar la atención a la población en su conjunto.

5.- Tener conocimiento sobre lo que se refiere a la política de salud pública, y su aplicabilidad dentro de las instituciones de salud de parte de la comunidad.

6.- Dar mayor fortalecimiento a la Ley No. 031 de 19 de Julio de 2010 (Ley Marco de Autonomías y Descentralización) en lo que se refiere a la política de salud pública en su generalidad.

7.- Despolitización de la Salud del Gobierno Municipal, en lo que se refiere a la burocracia que esta instancia brinda a los entes de salud, en los instrumentos de trabajo.

8.- Una autonomía y descentralización de gestión de recursos económicos, para el desempeño de funciones de los centros de salud y los hospitales en general, para tener una atención idónea al paciente que acude al centro hospitalario.

9.- Fortalecer unas articulaciones entre las organizaciones sociales, las fuerzas armadas, policía nacional y la sociedad civil sobre los problemas y dificultades que existen sobre la salud.

10.- Que el Estado le brinde todas las condiciones adecuadas, y priorice en la Constitución Política del Estado, la salud de la población como obligación de su parte para resguardar su capital humano.

11.- Creación de un Sistema Estructural Único de Salud para la sociedad civil en su conjunto.

12.- Continuidad de las políticas de salud pública por parte de los gobiernos de turno ya que se vio que cada gobierno tiene su propia política de salud pública y de esta manera no existe una continuidad de una política determinada para el sector.

13.- Tener a la salud pública y la seguridad social como políticas de estado para el país en general para tener una verdadera visión de lo que es la problemática de la salud en la sociedad civil y la comunidad en su conjunto.

CAPITULO VI

PROPUESTA DE TRABAJO

BASES DE LA POLITICA DE SALUD PÚBLICA

1.- CONTROL Y GESTIÓN SOCIAL.- El Propósito inicial será de incorporar en los planes estratégicos sectoriales de Educación, Servicios y Obras Públicas, Agricultura, Asuntos Campesinos y Agropecuarios, Desarrollo Sostenible, Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios.

Una demanda surgida en el Diálogo Nacional de Salud ha sido la creación de los Consejos Nacional y Departamentales de salud esta será una tarea que iniciaremos en forma participativa y a fin de establecer mecanismos que puedan ser sostenibles y efectivos.

Se incentivará la participación comunitaria para la salud mediante diálogos comunales con comunidades indígenas para la identificación de necesidades y demandas en salud la planificación, evaluación e intercambio de experiencias el apoyo a proyectos locales de promoción de la salud, ejecutados por organizaciones indígenas, equipos de salud e intersectoriales.

La vigencia del régimen democrático en nuestro país desde 1982, va aparejada con importantes transformaciones de las instituciones del Estado que delimitaron nuevos escenarios participativos. Así las Leyes de Participación Popular y la de Descentralización Administrativa otorgan un rol protagónico a los Gobiernos Municipales asignándoles nuevas funciones, responsabilidades y competencias sobre la gestión de la infraestructura, equipamiento, servicios y funcionamiento de los establecimientos en salud. Asimismo define los recursos de la participación popular o de la coparticipación tributaria

provenientes de las rentas nacionales en relación con el número de habitantes de cada jurisdicción municipal.

Dentro del contexto municipal, la gestión en salud obliga a concertaciones con autoridades municipales y representantes de la comunidad con objeto de asegurar la continuidad y mejoramiento de los servicios de salud, aspecto que ha quedado plasmado en la denominada Ley No. 2426 de 21 de Noviembre de 2002 (Seguro Universal Materno Infantil) mediante la cual se crean los Directores Locales de Salud, como máxima autoridad en el ámbito municipal.

Este conjunto de Leyes y sus correspondientes reglamentaciones marcan una nueva visión en el campo sectorial de la salud generando nuevas competencias, obligaciones y responsabilidades a cuatro actores fundamentales que son el Ministerio de Salud y Deportes, el Gobierno Departamental Autónomo, Secretaría Departamental de Salud de La Paz, Gobiernos Municipales Autónomos y principalmente la Sociedad Civil generando una corresponsabilidad en la gestión de provisión de los servicios.

El fortalecimiento de la gestión municipal en salud acercará la toma de decisiones al lugar donde se encuentran los problemas que impiden la salud y el desarrollo y será acompañado por un ajuste de los mecanismos de transferencia, control y rendición de cuentas, en cuya ausencia se frenan muchas intervenciones.

2.- LA SALUD NO TIENE CAUSAS SOLO DETERMINANTES.- Centrarse en el concepto de las determinantes socio – económicas en salud, significa reconocer que lo que más incide en las condiciones de salud, no es el acceso a los servicios de atención sino la calidad del ambiente social en el que se desarrollan las personas (alimentación, vivienda, vestimenta, recreación, accesibilidad a servicios de educación, agua segura, energía limpia, saneamiento básico, recreación,

trabajo, otros.) desde el desarrollo infantil temprano hasta la incorporación de las personas de todas las edades y condiciones a la vida productiva.

El enfoque de los determinantes sociales se diferencia del concepto tradicional de atención médico – curativo en dos aspectos:

- 1) aborda un amplio rango de determinantes y no sólo en los riesgos y condicionantes de la enfermedad y la clínica.
- 2) Llegan a toda la población y no solo a los enfermos. Este enfoque contribuye además en tres áreas principales: mayor calidad de vida bienestar, menores gastos en salud y estabilidad social general.

Las estrategias que influyen en la situación de salud de la población abordan de forma integral una amplia gama de categorías adoptadas por los gobiernos departamentales y municipales para mejorar la salud de la población:

Ambiente socioeconómico que toma en cuenta el ingreso, el empleo, las redes de apoyo social, la alimentación, la calidad de vivienda, la accesibilidad a servicios básicos de agua, energía y saneamiento, el nivel de educación, recreación. Estas variables dependen, en última instancia, de la ubicación de las personas en uno u otro grupo social en que se divide la formación social boliviana y son de la mayor importancia para la salud, puesto que a mayor desarrollo económico social de un país y a una distribución más equitativa de la riqueza se tiene poblaciones más sanas y con mejores indicadores de salud, independientemente de lo que gastan en atención curativa.

Asumimos que las desigualdades en salud no son, sino el reflejo de las desigualdades sociales generadas por el sistema económico capitalista y agudizadas por la globalización y los 20 años de política económica neoliberal aplicadas en el país.

Entorno físico se refiere a la calidad de la vivienda, del entorno laboral, escolar y de todos los espacios públicos existentes en la comunidad, los riesgos y las lesiones que se generan son determinantes significativas en los problemas de salud. La organización y solidaridad de las familias, organizaciones y comunidades van asociadas a un mejor estado de salud.

Los servicios para promover, mantener y restablecer la salud de las personas con calidad, equidad e interculturalidad constituyen condicionantes importantes para la salud de la población. El Sistema sanitario que es la respuesta del estado a los problemas de salud de la población, reflejada asimismo el grado de desarrollo de una formulación social determinada.

Introducir y fortalecer el entendimiento y participación de la sociedad civil y del sector sobre los determinantes de salud, para reducir las inequidades y la exclusión social con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios y el nivel de salud de la población boliviana.

2.1. LA SALUD Y LA VIDA DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES Y FUNCIÓN DEL ESTADO EL

PROTEGERLOS.- Toda actividad se fundamental en la vida y en su protección la conservación de la vida es la aspiración natural del ser humano y de la sociedad en la que esta inmerso. Es por eso un derecho y un deber actuar por su conservación en todas sus formas, lo que finalmente significa garantizar condiciones necesarias para que la vida sea digna del ser humano. Por lo tanto no es suficiente poseer la vida en subsistencia, es imprescindible un contexto social que genere las condiciones para el desarrollo pleno, como persona y ciudadano y las posibilidades para de realizarse plenamente como ser humano con dignidad.

2.2. DETERMINANTES DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA.- Por una parte, la calidad de vida esta relacionada con la adquisición de suficiente poder democrático como para incidir en la producción y asegurar niveles óptimos en cantidad y calidad de los bienes para la satisfacción de las necesidades básicas(alimento, vestido, vivienda), así como las necesidades de educación, movilización y organización de los grupos sociales en el espacio de consumo, utilización productiva complementaria del tiempo libre, recreación y salud de toda la población.

Por otra parte, particular importancia tienen los dominios de la vida individual y colectiva, como espacios de disfrute que tienen su independencia relativa y constituyen base para la determinación de la vida humana.

Es la epidemiología crítica la que establece las relaciones objetivas y subjetivas de la calidad de vida de los grupos sociales mediante:

- 1) el proceso de conversión de los productos en bienes de consumo y disfrute por los miembros de la sociedad.
- 2) Mediante el análisis dialéctico entre los procesos protectores y destructores en el momento de consumo y en los espacios predominantemente asociados al consumo (el dominio singular, familiar y colectivo), sin perder de vista el hecho de la pertenencia de estos en el ciclo global de la reproducción social.

2.3. ELIMINAR LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD.- Mediante la construcción de políticas públicas sociales que garanticen la protección en salud y el acceso a los servicios a través del seguro universal.

Se buscará aumentar la protección contra las enfermedades y riesgos a la salud mediante el **FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE SALUD REDES DE SERVICIO DE SALUD Y REDES SOCIALES** en el marco de la Medicina Tradicional y Salud Familiar y Comunitaria, para aumentar su capacidad resolutive de enfermedades consideradas prioritarias desde el punto de vista de salud pública y la rehabilitación de las personas con discapacidades.

Se plantea **PROMOVER UNA CIUDADANÍA ACTIVA PARTICIPATIVA Y RESPONSABLE DE SALUD (Gestión Social, Movilización Social y Control Social)** mediante alianzas con movimientos sociales y una amplia convocatoria social, con el fin de elaborar el consenso nacional en torno a las alternativas de solución a los problemas políticos y estructurales del sector salud, las prioridades en salud, a las metas a corto y mediano plazo y a las acciones de promoción y prevención a desarrollar.

De este modo, se lograra una verdadera política del Estado en salud, que mediante el consenso y coordinación popular e intersectorial, permita la sustentabilidad en el tiempo y una respuesta eficiente a los problemas en salud de la población.

Se promoverá la creación del Consejo Nacional de Salud y de los Consejos Departamentales y municipales de Salud, a fin de garantizar que las políticas de salud tengan continuidad como políticas del Estado Boliviano y no como políticas de gobierno, como ha venido sucediendo hasta la fecha.

De esta manera, se podrá construir, participativamente en el espacio intersectorial y con la sociedad civil la matriz de problemas nacionales y regionales de salud y su priorización.

3.- LINEAMIENTOS JURÍDICOS E INSTITUCIONALES PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA DESCENTRALIZADAS POR REDES DE SALUD.-

En lo que se refiere a este punto tenemos lo siguiente:

Lineamientos Jurídicos.- Consideramos importante en lo que se refiere a este punto el siguiente punto:

Fortalecimiento de la Ley No 031 de 19 de Julio de 2010 (Ley Marco de Autonomías y Descentralización), especialmente en lo que concierne a la problemática del sector salud en general, para que la sociedad civil se encuentre más satisfecha en cuanto a las necesidades y demandas que tiene sobre la salud pública en su conjunto.

Para lo cual se realiza un proyecto de ley que se refiere a los Comités Populares de Salud y su relación con la ley No. 031 de 19 de Julio de 2010 (Ley Marco de Autonomías y Descentralización)

Lineamientos Institucionales.- Tenemos las que siguen a continuación:

Lineamientos Participación Comunitaria.- Se plantea promover una ciudadanía activa, participativa, Comités Populares de Salud, Responsables Populares de Salud y Sociedad civil (Gestión Social, Movilización Social y Control Social) mediante alianzas con movimientos sociales y una amplia convocatoria social, con el fin de elaborar el

consenso nacional en torno a las alternativas de solución a los problemas políticos y estructurales del sector salud, las prioridades en salud, a las metas a corto y mediano plazo y a las acciones de promoción y prevención a desarrollar.

Se promoverá la creación de instituciones como el **Consejo Nacional de Salud y de los Consejos Departamentales y Municipales de Salud y una Autoridad reguladora y fiscalizadora de Salud**, a fin de garantizar que las políticas de salud tengan continuidad como políticas del Estado Boliviano y no como políticas de gobierno, como ha venido sucediendo hasta la fecha.

De esta manera, se podrá construir, participativamente en el espacio intersectorial y con la sociedad civil la matriz de problemas sociales nacionales y regionales de salud y su priorización.

Promoción de la Salud.- En lo que se refiere a este punto podemos mencionar que tanto el Ministerio de Salud y Deportes, Gobiernos Departamentales Autónomos, los Gobiernos Municipales Autónomos y la Seguridad Social están realizando las acciones pertinentes para efectuar la promoción como tal en las atenciones que brindan los servicios de salud.

Estas instituciones ya mencionadas tienen un rol protagónico en lo que concierne a la promoción de la salud en general, para que la ciudadanía tenga conocimiento de donde debe acudir a recibir una atención a su problema de salud, tanto ya sea en el sector público o en la seguridad social.

Medicina Tradicional, Salud Familiar y Comunitaria.- La estructura del sistema nacional de salud no se ha desarrollado bajo el principio de redes de salud ni el enfoque intercultural y por ello se verifica una dispersión de recursos sin relación con las necesidades locales y la sobre oferta de servicios de poca calidad y resolutivez en algunos

lugares, sin intervención de las autoridades sanitarias para su mejoramiento o sanción correspondientes.

Las redes de servicios permiten un trabajo integrado de equipos de diferente capacidad resolutive y costos de operación que pueden permitir un sistema sostenible, equitativo y con calidad en los servicios.

Además permite a la población aumentar su confianza en el sistema de salud por la incorporación de usos y costumbres en la atención y acerca los establecimientos a las comunidades y sus necesidades.

Fortalecimiento de la rectoría en salud.- El Ministerio de Salud y Deportes en la actualidad carece de un fortalecimiento en la dirección de la salud esto dio lugar a que el sistema de salud este segmentado y fragmentado con problemas para dar soluciones efectivas y reales a los problemas de la salud y también tenga conflictos con los sectores principales que son los diversos Colegios de Profesionales del Sector Salud y por ende con los Trabajadores de Salud que son el eje articulador entre la salud como tal y la población en su conjunto, para solucionar las demandas que tienen estos actores fundamentales.

Con estos Lineamientos Jurídicos e Institucionales, se pretende validar la visión sectorial, los objetivos, estratégicos sectoriales y la parte más crítica y crucial en la elaboración del Plan de Desarrollo Sectorial, el diseñar las políticas sectoriales que implica la elección de determinados cursos de acción que expresen el consenso de los actores involucrados, su factibilidad económica, social; además de recoger las políticas nacionales, transversales e intersectoriales que permitan velar por la correspondencia entre las políticas nacionales, departamentales y municipales.

CAPITULO VII

LEY DE LOS COMITES POPULARES DE SALUD

Exposición de Motivos.-

Se considera importante tomar en cuenta que la salud pública desde el inicio de la república, no fue importante para los gobiernos de turno de nuestro país como se evidencia en el análisis del presente trabajo de tesis, ya que las políticas nacionales de salud pública fueron siempre centralistas causando un descontento en la sociedad civil y la comunidad en su conjunto tanto en los gobiernos departamentales como municipales.

Es necesario también considerar que muchos de los planes nacionales en cuanto a la salud son competencias exclusivas del nivel central de gobierno, es por eso que los gobiernos departamentales autónomos, los gobiernos municipales autónomos, gobiernos indígena originario campesinos autónomos, tienen que adecuarse a la política nacional de salud, ya que estos no tienen la facultad de legislar normas en cuanto se refiere a la salud pública de su región.

Ante la inexistencia de políticas de salud pública descentralizadas departamentales, se ve la necesidad de formular nuevos lineamientos jurídicos institucionales para diseñar políticas de salud pública por redes de salud, lo cual motivo a realizar un proyecto de Ley para los Comités Populares de Salud, ya que con esta norma los nuevos actores que son la sociedad civil, la comunidad tiene una ley que les da facultades para formar parte en la formulación de políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud y el diseño de estas de acuerdo a las necesidades y demandas de su región.

Es así que se ve la necesidad de realizar este proyecto de ley de los Comités Populares de Salud, para fortalecer la Ley No. 031 de 19 de Julio de 2010 (Ley Marco de Autonomías y Descentralización).

LEY DE LOS COMITES POPULARES DE SALUD

PROYECTO

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- (OBJETO).- La presente ley tiene por objeto regular, el régimen de participación de los Comités Populares de Salud ente independiente con personería jurídica, al amparo de los artículos 241 y 242 de la Constitución Política del Estado.

ARTÍCULO 2.- (AMBITO DE APLICACIÓN).- LOS COMITES POPULARES DE SALUD, son órganos de alcance nacional, departamental, municipal e indígena originario, que abarca a toda la sociedad civil en su generalidad.

ARTÍCULO 3.- (ORIENTACIONES Y CONCEPTOS FUNDAMENTALES).- Es de vital relevancia para el gobierno nacional, departamental, municipal y indígena originario, promocióne nuevos lineamientos jurídicos institucionales para diseñar políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud, sobre la base de las siguientes orientaciones y conceptos fundamentales:

- a) Es deber del Estado y Gobierno Nacional, Departamental y Municipal e indígena originario promover las condiciones para la participación de los Comités Populares de Salud, en lo que se refiere a la formulación de nuevos lineamientos jurídicos institucionales para el diseño de políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud.
- b) La Salud es un deber y un derecho, con inclusión, ni discriminación alguna en todas sus formas.
- c) El artículo 18 de la Constitución Política del Estado señala que todas las personas tienen derecho a la salud.

Conceptos Fundamentales.- A los efectos de esta Ley se entiende por:

1.- Descentralización Administrativa.- Es la transferencia de competencias de un órgano público a una institución de la misma administración sobre la que ejerce tuición.

2.- Autonomía.- Es la cualidad gubernativa que adquiere una entidad territorial de acuerdo a las condiciones y procedimientos establecidos en la Constitución Política del Estado y la presente Ley.

3.- Participación y Control Social.- Los órganos del poder público en todos sus niveles garantizarán la participación y facilitarán el control social sobre la gestión pública por parte de la sociedad civil organizada, de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política del Estado, la presente Ley y las normas aplicables.

CAPITULO II

DE LA ESTRUCTURA ORGANICA Y FUNCIONES DE LOS COMITES POPULARES DE SALUD.

ARTÍCULO 4.- (COMPOSICION Y ESTRUCTURA).- Los Comités Populares de Salud es un ente compuesto de la siguiente manera:

- Cuatro representantes del Poder Ejecutivo. Uno del Ministerio de Salud y Deportes y uno del gobierno departamental autónomo, uno del gobierno municipal autónomo y otro del gobierno indígena originario campesino autónomo.
- Dos representantes uno de los Trabajadores de Salud y uno del equipo médico profesional.
- Dos representantes de la Junta de Vecinos.

ARTÍCULO.- 5.- Los Comités Populares de Salud, constara de una Presidencia y una Vicepresidencia y una Secretaria.

ARTÍCULO.- 6.- La Presidencia de los Comités Populares de Salud será rotativa, por el período que fije su reglamento interno.

ARTÍCULO.- 7.- Los componentes de los Comités Populares de Salud tendrán carácter “ad – Honoren”, no recibiendo remuneración de parte del Estado o ente autónomo.

ARTÍCULO.- 8.- (FUNCION).- Los Comités Populares de Salud, funciona bajo la tuición del gobierno departamental autónomo, gobierno municipal autónomo, y del gobierno indígena originario campesino autónomo dependiendo del caso que amerite su competencia.

CAPITULO III

ATRIBUCIONES Y FUNCIONES

ARTÍCULO 9.- Son atribuciones y funciones de los Comités Populares de Salud las siguientes:

- a).- Formular políticas de salud pública descentralizadas por redes de salud, para su aplicación en la comunidad.
- b).- Gestionar la infraestructura y equipamiento con los entes correspondientes, para un mejor funcionamiento.
- c).- Coadyuvar en la capacitación de la sociedad civil en lo que se refiere a los problemas de salud que tiene la comunidad.
- d).- Realizar Proyectos de Salud que benefician a su población en general.
- e).- Emitir recomendaciones y sugerencias a los gobiernos departamentales autónomos, gobiernos municipales autónomos y de los gobiernos indígena originario campesino autónomo, en materia de mejoramiento de condiciones del ambiente de trabajo, seguridad y salud pública.
- f).- Coordinación con la Red de Salud y la Junta de Vecinos, sobre actividades referentes a la política de salud pública.

g).- Realizar campañas y actividades en general destinadas a la divulgación de normas nacionales e internacionales en cuanto a lo que se refiere a la salud pública en general.

CAPITULO IV

REGIMEN INTERNO

ARTÍCULO 10.- (FUNCIONAMIENTO INTERNO).- El funcionamiento interno de los Comités Populares de Salud, se regirá por un reglamento interno, que será elaborado por los propios comités.

ARTÍCULO 11.- (SEDE).- Los Comités Populares de Salud tendrán su sede en su respectiva red vecinal de salud, o junta vecinal que represente.

ARTÍCULO 12.- (DESIGNACIÓN).- La elección y designación de los representantes de los Comités Populares de Salud, se efectuará respetando las normas de los órganos de cada sector. Los representantes del Poder Ejecutivo, serán designados mediante normas vigentes que el caso amerite.

CAPITULO V

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 13.- Los asuntos no establecidos en el presente proyecto de Ley, serán solucionadas por los Comités Populares de Salud, con arreglo a su Estatuto Orgánico y su Reglamento Interno.

ARTÍCULO 14.- Quedan abrogadas y derogadas todas las disposiciones que contravengan el espíritu, los alcances y objetivos de la presente ley.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-** Almaza Pastor José Manuel. “Derecho de la Seguridad Social” Madrid – España 1976.
- 2.-** Aramayo J. Salud y Sociedad “Conceptos de Salud” Ensayo texto Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina UMSA Marzo 1999. La Paz.
- 3.-** Bocangel Peñaranda Alfredo. “Derecho de la Seguridad Social” Edit. Zegada. La Paz Bolivia. 1993.
- 4.-** Bustelo, Eduardo 1992. “La Creación del Estado de malestar: políticas de ajuste y políticas sociales en América Latina”. En Salud Internacional, OPS. Washington, D.C.E.V.A.
- 5.-** Bolis, M. Legislación y control de riesgos de salud en América Latina y el Caribe. Documento de Trabajo. Serie de Documentos de Trabajo No. 461. Documento producido en cooperación entre la OPS/OMS y el BID. Octubre 2001.
- 6.-** Bolis, M. Marco Jurídico para la regulación del financiamiento y aseguramiento del sector de salud.
- 7.-** Cabrero M. Enrique, 1986. Las Políticas Descentralizadoras en el Ámbito Internacional, Cide, México, 1996.
- 8.-** Cabanellas Guillermo. “Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual” Editorial Heliasta. Año 1994. Tomo III y VII. Argentina.

- 9.-** Chacon F. Antecedentes Históricos de Salud Pública. Ensayo Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina UMSA, Enero 1998.
- 10.-** Chaimont Maurice. La Participación Política; A Wilson, Por una Democracia Eficaz, 1965 Pág. No. 88.
- 11.-** Dabdoub A. Carlos. Hacia un Sistema de Salud Descentralizado. ILDIS. 1992.
- 12.-** De la Calancha Fray Antonio. Crónica Moralizadora del Orden de San Agustín en el Perú. Barcelona 1638.
- 13.-** Guerra, Carbyle (1992). “Los grandes desafíos de la década del 90 y su impacto sobre la salud internacional”. En Salud Internacional. Un debate norte sur. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 95. OPS. Washington, D.C.E.V.A.
- 14.-** Guimaraes, L. Modalidades de descentralización del Sector Salud y sus contribuciones a la equidad, elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo, OPS/OMS, 2001.
- 15.-** Garret Ayllón Jorge. Contribución al Estado de los Hospitales Coloniales de Bolivia. 1998.
- 16.-** Estructuralismo y Marxismo. Adam Schaft Enlace – Grijalfo.
- 17.-** Universalidad con Solidaridad, Jens, Holst / Incola Wiebre (Eds) Protección Social y financiamiento en Salud en América Latina. Año 2004.
- 18.-** Mendizábal Lozano Gregorio. Historia de la Salud Pública en Bolivia De las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud. La Paz Bolivia 2002.

19.- Nohem Barona DEI y Colaboradores Sociedad y Salud Editorial Formas Precisas. Febrero 1991.

20.- Oropeza Delgado Rufo. “De las Disposiciones Constitucionales Referentes a la Salud en Bolivia.” El Derecho a la Salud de las Américas. OPS/OMS Publicación Científica. Washington. D.C. 1989.

21.- Ortún Rubio V. Innovación en Sanidad, Política y gestión sanitaria: la agenda explícita, Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 1996.

22.- Osorio Ezequiel. Historia de la Sanidad en Bolivia. Boletín de la OPS 1928. De la Revista del Instituto Médico Sucre Enero Febrero 1928.

23.- Palma Eduardo. Participación Social; ILPES, 1985.

24.- Paredes Borda Carlos Antonio. Medicina Social y Salud Pública, La Paz – Bolivia Año 2002.

25.- Petras. J. Veltmeyer. H. 1995. La Recuperación Económica de América Latina. El Mito y la Realidad. Nueva Sociedad. 137. 164, 179.

26.- Sigenst Henry. Hitos de la Historia de la Salud Pública. 5ta Edición. Siglo XX, editorial México. 1948.

27.- Aprehendiendo La Participación Popular Análisis y Reflexiones sobre el modelo Boliviano de Descentralización. Ministerio de Desarrollo Humano, 1996. Secretaria Nacional de Participación Popular.

28.- UNICEF Políticas Sociales y Ajuste Estructural, 1993, La Paz Bolivia.

29.- OPS/OMS “La Crisis de la Salud Pública” Elementos conceptuales Washington, 1992.

30.- Declaración de Rosario IV Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas, Rosario, Santa Fe, Argentina 2002.

31.- “Políticas de Salud General” Wolfgang Bichman, Susan B. Rifkin y Mathura S. Pág. No. 482.

32.- República Bolivia. Decreto Supremo No. 5006 del 24 de Julio de 1958. Gaceta Oficial 1958. La Paz.

33.- Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010. Bolivia 2006.

ANEXOS
PARA EL PRESENTE TRABAJO DE
INVESTIGACION

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

CARRERA.- DERECHO

TRABAJO DE CAMPO CUESTIONARIOS Y PREGUNTAS CERRADAS

Edad Sexo M F RED DE SALUD

IDIOMA.- Español- Aymara- Quechua – Español, Aymara – Español, Quechua – Español, Aymara, Quechua – Otros.

OCUPACION.- Estudiantes- Jubilados-Amas de Casa-Obreros-Empleadas Domesticas- Empleados Públicos-Empleados Privados-Empleadores- Comerciantes-Profesionales Independientes-Artesanos-Transportistas- Agricultores.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN.- Ninguno- Básico-Intermedio-Medio-Universitario- Profesional-Técnico.

1.- ¿SABE USTED QUE ES UN CENTRO DE SALUD?

.....

.....

2.- ¿QUE ES LO BUENO QUE TIENE UN CENTRO DE SALUD?

.....

.....

3.- ¿QUE ES LO MALO DE UN CENTRO DE SALUD?

.....

.....

LEER CONCEPTO O DEFINICION

ACTUALMENTE LOS CENTROS DE SALUD DEPENDEN DE UNA POLITICA DE SALUD NACIONAL, EN LAS QUE LAS POLITICAS DE SALUD PUBLICA ESTAN CENTRALIZADAS. ES EL CASO POR EJLO.

“De las epidemias como el Dengue y la actual fiebre porcina, que necesariamente para cubrir su atención debe recurrirse a un ente superior de carácter centralizado, como es el Ministerio de Salud y Deportes, ocasionando de esta manera que las mismas no puedan ser atendidas con inmediatez eficiencia y eficacia por su carácter burocrático, puesto que para requerir algunos insumos médicos como ser vacunas y/o diversos

medicamentos, se debe realizar una serie de trámites administrativos, precisamente porque no existe una política de salud pública descentralizada por redes de salud que favorecería la atención a la demanda y necesidad de la población.”

POR TANTO

4. CREE USTED QUE ESTE MODELO ACTUAL CENTRALIZADO NACIONAL Y BUROCRATICO SEA EL MAS ADECUADO PARA ENFRENTAR ESTOS PROBLEMAS DE SALUD DE CARÁCTER NACIONAL.

1. SI 2. NO

5. CREE USTED QUE UN MODELO DESCENTRALIZADO POR REDES DE SALUD GENERARIA MAS CREDIBILIDAD Y RESOLVERIA LOS PROBLEMAS DE SALUD.

1. SI 2. NO

6. CREE USTED QUE LAS ACTUALES POLITICAS DE SALUD PUBLICA CENTRALIZADAS SE ADECUAN A LA REALIDAD NACIONAL.

1. SI 2. NO

7. USTED CREE QUE DEBERIA DESCENTRALIZARSE LAS POLITICAS DE SALUD A NIVEL REGIONAL Y/O POR REDES DE SALUD.

1. SI 2. NO

8. EN SU OPINION DE ESTOS DOS MODELOS CENTRALIZADO Y DESCENTRALIZADO, CUAL CREE QUE PUDIERA BRINDARLE MEJOR SERVICIO.

1. CENTRALIZADO 2. DESCENTRALIZADO

9. CREE USTED QUE IMPLEMENTAR UN SEGURO UNIVERSAL RESOLVERIA LOS PROBLEMAS DE SALUD EN NUESTRO PAÍS.

1. SI 2. NO

10. EN SU OPINION LA SALUD SERA UNA PRIORIDAD PARA EL GOBIERNO.

1. SI 2. NO

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

CARRERA.- DERECHO

HOJA DE RESPUESTAS

Edad.- 26 años Sexo.- Femenino Centro de Salud La Portada

Idioma.- Solo Español. Ocupación.- Labores de Casa. Nivel de Instrucción.- Intermedio.

1.- ¿SABE USTED QUE ES UN CENTRO DE SALUD?

R.- Es donde se atiende a la población.

2.- ¿QUE ES LO BUENO QUE TIENE UN CENTRO DE SALUD?

R.- Los Profesionales que atienden el centro de salud.

3.- ¿QUE ES LO MALO DE UN CENTRO DE SALUD?

R.- La falta de equipamiento para el centro de salud.

4. CREE USTED QUE ESTE MODELO ACTUAL CENTRALIZADO NACIONAL Y BUROCRATICO SEA EL MAS ADECUADO PARA ENFRENTAR ESTOS PROBLEMAS DE SALUD DE CARÁCTER NACIONAL.

1. SI

2. NO

5. CREE USTED QUE UN MODELO DESCENTRALIZADO POR REDES DE SALUD GENERARIA MAS CREDIBILIDAD Y RESOLVERIA LOS PROBLEMAS DE SALUD.

1. SI

2. NO

6. CREE USTED QUE LAS ACTUALES POLITICAS DE SALUD PUBLICA CENTRALIZADAS SE ADECUAN A LA REALIDAD NACIONAL.

1. SI

2. NO

7. USTED CREE QUE DEBERIA DESCENTRALIZARSE LAS POLITICAS DE SALUD A NIVEL REGIONAL Y/O POR REDES DE SALUD.

1. SI

2. NO

8. EN SU OPINION DE ESTOS DOS MODELOS CENTRALIZADO Y DESCENTRALIZADO, CUAL CREE QUE PUDIERA BRINDARLE MEJOR SERVICIO.

1. CENTRALIZADO 2. DESCENTRALIZADO

9. CREE USTED QUE IMPLEMENTAR UN SEGURO UNIVERSAL RESOLVERIA LOS PROBLEMAS DE SALUD EN NUESTRO PAÍS.

1. SI 2. NO

10. EN SU OPINION LA SALUD SERA UNA PRIORIDAD PARA EL GOBIERNO.

1. SI 2. NO

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

CARRERA.- DERECHO

HOJA DE RESPUESTAS

Edad.- 34 Sexo.- Masculino. Centro de Salud Chamoco Chico

Idioma.- Español y Quechua. Ocupación.- Empleado Público. Nivel de Instrucción.- Técnico.

1.- ¿SABE USTED QUE ES UN CENTRO DE SALUD?

R.- Si.

2.- ¿QUE ES LO BUENO QUE TIENE UN CENTRO DE SALUD?

R.- La atención inmediata.

3.- ¿QUE ES LO MALO DE UN CENTRO DE SALUD?

R.- Que no tiene Especialistas.

4. CREE USTED QUE ESTE MODELO ACTUAL CENTRALIZADO NACIONAL Y BUROCRATICO SEA EL MAS ADECUADO PARA ENFRENTAR ESTOS PROBLEMAS DE SALUD DE CARÁCTER NACIONAL.

1. SI

2. NO

5. CREE USTED QUE UN MODELO DESCENTRALIZADO POR REDES DE SALUD GENERARIA MAS CREDIBILIDAD Y RESOLVERIA LOS PROBLEMAS DE SALUD.

1. SI

2. NO

6. CREE USTED QUE LAS ACTUALES POLITICAS DE SALUD PUBLICA CENTRALIZADAS SE ADECUAN A LA REALIDAD NACIONAL.

1. SI

2. NO

7. USTED CREE QUE DEBERIA DESCENTRALIZARSE LAS POLITICAS DE SALUD A NIVEL REGIONAL Y/O POR REDES DE SALUD.

1. SI

2. NO

8. EN SU OPINION DE ESTOS DOS MODELOS CENTRALIZADO Y DESCENTRALIZADO, CUAL CREE QUE PUDIERA BRINDARLE MEJOR SERVICIO.

1. CENTRALIZADO 2. DESCENTRALIZADO

9. CREE USTED QUE IMPLEMENTAR UN SEGURO UNIVERSAL RESOLVERIA LOS PROBLEMAS DE SALUD EN NUESTRO PAÍS.

1. SI 2. NO

10. EN SU OPINION LA SALUD SERA UNA PRIORIDAD PARA EL GOBIERNO.

1. SI 2. NO