

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



ACREDITADA POR RESOLUCIÓN HCU5/0217/1160/2003

MONOGRAFÍA DE GRADO

(PARA OPTAR AL TÍTULO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN DERECHO)

**“ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE
SALUD DE LA PAZ”**

POSTULANTE : ACHO GUTIERREZ NARCISO

TUTOR ACADÉMICO : Dr. MACHICADO ROCHA, EDWIN A.

La Paz – Bolivia
2013

Dedicatoria

Mi dedicación con gratitud a mi familia, por sus consejos y valores inmersos en la Justicia y el Derecho, recibidos en el seno de mi hogar. A mi amada esposa Guadalupe e hijos Álvaro, Fátima y Pamela quienes en mi fortaleza e inspiración por darle un nuevo sentido a mi vida, a mis padres y hermanos por su apoyo, confianza y amor, por ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y estudiante.

Agradecimientos

Gracias a Dios por permitirme terminar la carrera y estar a mi lado en todo momento. A mi Mentoray respetada Facultad de Derecho de la Universidad Mayor de San Andrés, a los distinguidos docentes.

Al haberme inculcado su sabiduría e Inteligencia sus sapiencias para concluirmi carrera,convocación de servicio hacia la nobleprofesión de Abogado, un agradecimiento especial a mí Tutor Dr. Edwin Alejandro Machicado Rocha, por su guía ynoble misióny a las personas que me brindaron su Amistad y Cariño en mi estadía de los años de estudio en esta ínclita Ciudad.

ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD DE LA PAZ

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
INTRODUCCIÓN	vi
TITULO PRIMERO.....	1
DESARROLLO O CUERPO DE LA MONOGRAFÍA	1
EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO DEL TEMA.....	2
A. MARCO INSTITUCIONAL.....	2
B. MARCO TEÓRICO	2
C. MARCO HISTÓRICO	3
D. MARCO CONCEPTUAL.....	8
E. MARCO JURÍDICO POSITIVO VIGENTE.....	11
E.1. Constitución Política del Estado, Ley de 07 de febrero de 2009.	11
E.2. Código de Salud	13
E.3. Ley 1178, Ley SAFCO	14
E.4. Ley 2042 de Administración Presupuestaria.....	17
E.5. Ley 2027 del Estatuto del Funcionario Publico	17
E.6. Ley 2341 de Procedimiento Administrativo	18
E.7. Decreto Supremo N° 23318-A.....	21
E.8. Decreto Supremo 29308.....	22
DIAGNOSTICO DEL TEMA DE MONOGRAFÍA.....	24
A. FUNDAMENTACIÓN O JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	24
B. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	24
C. OBJETIVOS.....	26
C.1. Objetivo General	26
C.2. Objetivos Específicos.....	26

D. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	26
D.1. MÉTODOS UTILIZADOS EN LA MONOGRAFÍA	26
D.2. TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA MONOGRAFÍA.....	27
TITULO SEGUNDO	29
DESARROLLO DEL DIAGNOSTICO DEL TEMA.....	29
CAPÍTULO I.....	30
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SISTEMA DE SALUD	30
1.1. MARCO HISTÓRICO - ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.	
1.1.1. Evolución Histórica de las Políticas de Salud.....	31
1.2. EL MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD.....	32
1.3. EL CÓDIGO DE SALUD DE 1978	33
1.3.1. La Reforma de Salud.....	33
1.4. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO-ACTUAL.....	34
CAPITULO II	37
2. DERECHO ALA SALUD, ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.....	37
2.1. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL	37
2.1.1. Conceptualización	37
2.2. EL DERECHO A LA SALUD.....	39
2.2.1. Fundamento.....	39
2.2.2. Del derecho a la protección de la salud.....	39
2.3. EL FUNDAMENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD:	
TEORÍAS DE LA JUSTICIA Y DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.....	44
2.3.1. Las negaciones de un derecho a la salud: la propuesta “libertaria”.	44
2.3.2. La salud como lotería natural: la propuesta de T. Engelhardt.....	46
2.3.3. El deber de beneficencia: la propuesta de A. Buchanan.	46
2.3.4. Utilitarismo y derecho a la protección de la salud.	47
2.3.5. El cálculo de AVAC.....	48
2.3.6. La “presunción en favor del mercado”.....	48
2.3.7. ¿Un mercado sanitario?.....	49
2.3.8. El derecho a la protección de la salud en el liberalismo igualitario.	49
2.3.9. La importancia de la salud.	53
2.4. ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.	61
2.4.1. Derecho y Economía.	61
2.4.2. Funcionalismo Jurídico.	62
2.4.3. Responsabilidad del Estado.....	63
2.4.4. Responsabilidad del Órgano Rector.....	63

CAPITULO III.....	64
3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL DIAGNOSTICO DE LA ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.....	64
3.1. PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO-SECTOR SALUD.	64
3.1.1. Gastos en Salud del Nivel Central, Departamental y Municipal.....	72
3.2. COOPERACIÓN INTERNACIONAL, ONG'S Y SECTOR PRIVADO.....	79
3.2.1. Organizaciones no gubernamentales (ONG).....	79
3.3. SECTOR PRIVADO.....	80
CAPÍTULO IV	82
4. PROPUESTA DE INCREMENTO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR SALUD	82
CONCLUSIONES Y A MANERA DE RECOMENDACIÓN	87
CONCLUSIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	90
Normas jurídicas consultadas:	91
ANEXOS	92

INTRODUCCIÓN

Situación de gestión en salud, dirigida a describir las condiciones organizativas y de funcionamiento del Sistema de Salud vigente en el país, identificando los principales actores, las políticas y estrategias que se implementan dentro del marco del nuevo Estado Plurinacional de Bolivia.

El Ministerio de Salud y Deportes, ha tenido políticas, estrategias y metas claras, donde resaltan por su alto impacto como es el Sistema Único de Salud, el Programa de Desnutrición Cero y el Bono Juana Azurduy, éstas no han logrado avanzar según lo esperado, debido fundamentalmente a la inestabilidad de los Ministros de Salud, repercutiendo en una alta rotación del personal de niveles operativos; priorización de temas urgentes antes que los importantes.

Los Servicios Departamentales en Salud, dependen técnicamente del MSD, pero administrativamente de las gobernaciones, esta dualidad aún viene generando conflictos en su accionar debido a que no cuentan con recursos financieros. Una gran mayoría de los SEDES tienen limitaciones en la asignación de recursos establecidos en los POAs de la gobernación y cuentan con insuficientes recursos para su accionar operativo. El Ministerio de Salud y Deportes mantiene una actitud centralista, no permite que los SEDES puedan realizar funciones que están dentro de sus competencias. Esto provoca entre otras cosas un retraso en los procesos y una falta de reconocimiento al liderazgo del SEDES en el personal. Las gobernaciones opositoras al gobierno presentan dificultades en las relaciones, las mismas que deberían desarrollarse dentro de un marco técnico.

La Cooperación Internacional en Bolivia está dada por Agencias Bilaterales y Multilaterales. Dentro las Bilaterales están: Bélgica, Francia, Japón y USAID, en lo que respecta a salud su apoyo está relacionado con el fortalecimiento a las Redes de Salud.

Las Agencias Multilaterales como OPS/OMS, UNICEF, UNFPA y PMA mantienen programas de asistencia técnica y/o fortalecimiento de los servicios de salud (especialmente UNICEF). En el caso del PNUD es receptor principal para Malaria y Tuberculosis con el Fondo Mundial.

Las Normas Básicas del Sistema de Presupuesto aprobadas mediante Resolución N°225558, adecuarlas a las características y funciones propias de la entidad, con la

finalidad de regular el proceso de la formulación ejecución, control y evaluación del presupuesto de recursos y gastos del Ministerio de Salud y Deportes.

Para lo cual la presente investigación exige la pertinencia jurídica de contar con una propuesta de Reglamento en el Sistema de Salud Pública, con mayor presupuesto y una distribución con liderazgo en la Economía y Financiamiento de Salud Pública de La Paz, destinado a la transformación de determinantes sociales de la salud, en cumplimiento al Artículo 156 del Código de Salud en vigencia. El cual será para mejorar a las dificultades del Sistema de Salud que se caracterizan por su deficiencia capacidad de gestión presupuestaria, poca información del gasto en los niveles descentralizados, la no existencia de controles en las acciones de las cooperaciones externas y la falta de un enfoque de planificación y asignación presupuestaria, sin tomar en cuenta las determinantes sociales de la salud ni su relación con los indicadores en salud.

TITULO PRIMERO
DESARROLLO O CUERPO DE LA
MONOGRAFÍA

EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO DEL TEMA

A. MARCO INSTITUCIONAL

De acuerdo al artículo 33 del Reglamento del PETAENG de la Universidad Mayor de San Andrés aprobado por el HCU5/0217/1160/2003 y en estricto cumplimiento de la Resolución del H. Concejo Facultativo N° 1995/2013, de fecha 29 de octubre de 2013, de la Carrera de Derecho de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas mediante Memorándum N° 001/2013, se designa como Tutor Académico alDr. Machicado Rocha, Edwin A., para optar a la modalidad de Titulación por PETAENG al Univ. Narciso Acho Gutiérrez.

B. MARCO TEÓRICO

Basado en el Funcionalismo Jurídico, la nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, aprobado en el Referéndum de 25 de enero 2009 y promulgado el 7 de febrero 2009, presenta una serie de transformaciones en la manera de concebir al Estado. Busca revertir las tendencias de desarrollo desigual, consolidar las conquistas sociales y avanzar en la construcción de la justicia, la igualdad de derechos y la equidad social. El derecho a la salud es un derecho humano y social fundamental, individual y colectivo, reconocido en la Constitución Política del Estado (artículo 18), que es entendido como el conjunto de disposiciones legales u otras relacionadas a la salud humana y a su protección. En el marco del principio de integralidad mencionado, el derecho a la salud incluye la reglamentación de los servicios del Sector Salud y también el derecho a tener condiciones de vida, sociales, económicas, culturales y ambientales favorables a la salud. En el marco de vivir bien con acceso a todos los servicios de salud, agua, educación y vivienda para todos. En ese entendido las bolivianas y los bolivianos en general tienen el derecho Constitucional de tener la tutela jurídica del Estado, política fiscal, artículo 321 “la administración económica y financiera del Estado y todas las entidades públicas se rigen

por su presupuesto”. En base a un diagnóstico de la situación y organización del sector salud, se realiza la identificación de las fuentes de financiamiento, una descripción de los agentes financieros y de los prestadores de servicios, en base a lo cual se construye un flujo de recursos que constituye la base de análisis del financiamiento y gasto en el sector salud en Bolivia. También se incluye un análisis del gasto por tipo de servicio y por objeto o destino del gasto.

C. MARCO HISTÓRICO

La historia del derecho a la salud en el siglo XX, logra mucho más que eso: permite reflexionar sobre este derecho desde la perspectiva de la igualdad. Sin dejar de señalar los grandes avances que se han logrado en materia de conocimiento médico y posibilidades técnicas en las últimas décadas, el trabajo de Lema Añón (a) llama la atención sobre la gran brecha, creciente, entre lo posible y lo existente. Esto es, la situación de la salud en el mundo ha mejorado en términos de lo que se "puede" hacer pero, al mismo tiempo, ha empeorado el respeto por el derecho a la salud porque son pocos los que realmente pueden acceder a esos avances.

La ventaja de presentar el derecho a la salud desde una perspectiva histórica es que permite vislumbrar que la salud no siempre fue vista como un derecho. Durante mucho tiempo, la misma idea de derecho a la salud se vinculaba más a las potestades que las autoridades sanitarias tenían para limitar los derechos de las personas -muchas veces, incluso violando derechos humanos- que con la idea de un derecho subjetivo exigible al Estado, porque la salud vista como derecho es un producto de las reivindicaciones sociales que tuvieron lugar en la segunda mitad del siglo XX. Y fueron esas mismas demandas las que promovieron distintos sistemas de salud, ya que los sistemas universales o los de seguro solo pueden entenderse si se los ve como respuestas a situaciones históricas concretas.

Se describen los modelos institucionales clásicos de protección: el modelo alemán y el modelo inglés, sistemas que, con sus diferencias, tienden a la universalización del acceso a

la salud y que han sido un producto histórico de las reivindicaciones del movimiento obrero. Este capítulo ofrece, además de una breve pero muy clara reseña del funcionamiento de ambos modelos, una explicación sobre la constitucionalización del derecho y su desarrollo durante el Estado de bienestar y tras su desmantelamiento. Este último punto merece ser revisitado especialmente, ya que el cambio de rol del Estado como garante de las protecciones sociales, como "reductor del riesgo",¹ invita a pensar sobre todo aquello que el Estado garantizó en materia de salud y de lo cual se fue despojando a medida que el mercado ocupó su lugar.

Así, podemos ver cómo a medida que se van poniendo de manifiesto los límites del Estado liberal para afrontar los problemas sociales se empiezan a desarrollar los sistemas más complejos de salud. De estos sistemas, el modelo inspirado en el informe Beveridge -el sistema inglés- es el más cercano a la idea de Estado social, ya que parte de la universalización del derecho a la asistencia sanitaria, considerando como titulares de esas prestaciones a todos los ciudadanos sin distinción alguna. En otras palabras, la ciudadanía social se extiende a todos los ciudadanos, por lo que se la financia mediante impuestos. El modelo de seguridad social -modelo alemán- en cambio, supedita las prestaciones al trabajo, por lo que vincula las prestaciones con los aportes. Más allá de las distintas formas que adoptó el Estado de bienestar en los países centrales y periféricos, lo cierto es que en todos los casos implicó un papel activo del Estado en la promoción y protección de la salud de la población mediante la extensión de los sistemas públicos de salud y el progresivo reconocimiento de la salud como un derecho.

Sin embargo, sabemos que ese modelo no resistió la evolución de la economía capitalista y la humanidad, paralelamente al desmantelamiento del Estado social, asistió a cambios importantes en la forma de entender y prestar sistemas de salud. El neoliberalismo puso en cuestión la relación entre poder y política de manera tal que se cuestionó la idea misma de redistribución y la posibilidad de brindar prestaciones universales. En el ámbito particular

¹ Lema Añón C. Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: Historia del derecho a la salud en el siglo XX. Madrid: Dykinson; 2012.

de la salud, las reformas neoliberales no implicaron tanto una disminución del gasto en salud como un cambio en la composición del gasto, aliado estratégicamente al capital privado con el Estado. Se privatizaron los beneficios y se socializaron las pérdidas, además de contribuir a mantener la idea de la ineficacia del Estado como productor de bienes y servicios. Todo esto, como sabemos, no redundó en resultados positivos en cuanto a los indicadores de salud o de accesibilidad a los servicios de salud sino que, muy por el contrario, resultó en el deterioro de estos.

Pero antes de pasar al análisis de las tensiones y dificultades planteadas por la globalización y sus consecuencias en materia de igualdad en el acceso a la salud, Lema Añón permite pensar también sobre alternativas a las formas tradicionales de organización de los sistemas de salud. Es por eso que presenta los modelos que encarnan una opción distinta a los clásicos de seguros de salud y universalización, como el sistema norteamericano, el de los países socialistas y los de la periferia. Es de especial interés en esta parte la ponderación que realiza el autor sobre los aportes de la periferia, ya que da cuenta de desarrollos teóricos y prácticos propios de su tradición antiimperialista y anticolonial. En ese sentido, la llamada tradición de la medicina social es uno de los ejemplos que trabaja y que puede ser de especial interés para el contexto argentino y latinoamericano.

Por otra parte, se analiza una cuestión clave del derecho a la salud en el siglo XX: su internacionalización. Es durante el siglo XX que se diseñaron políticas e instituciones para promover la salud pública por fuera de las fronteras nacionales. Así, la creación de la Organización Mundial de la Salud, sus objetivos, evolución y desafíos, junto con la cuestión de la internacionalización del derecho en las declaraciones internacionales son los dos ejes principales de este capítulo.

Y, finalmente, es donde se plantea lo que interpretamos como eje principal del relato de Lema Añón sobre el derecho a la salud: la perspectiva de la igualdad. Allí, el autor retoma el concepto de Giovanni Berlinguer de "salud global", para dar cuenta de una perspectiva que entiende a la salud como la de todo el género humano y que tiene como visión

sencilla cuestión de la equidad. Desde ese punto de partida, es imposible no detenerse en el hecho de que las tendencias globales en materia de salud señalan una inequidad creciente. La mejora en el siglo XX de los indicadores de salud más importantes -progreso espectacular y sin precedentes en la historia de la humanidad- no se condice con el alto número de morbilidad y de mortalidad evitable y las inmensas diferencias en salud que padece la humanidad.

Las cifras hablan por sí solas y demuestran la importancia de los condicionantes sociales de la salud. Son las desigualdades intrasociales los factores más relevantes para la salud, por encima incluso de las carencias materiales. Existen numerosas pruebas de que, en igualdad de condiciones, los países con mayores grados de desigualdad económica tienen mayores desigualdades en los resultados de salud. Este dato merece una especial atención porque demuestra que en el mundo desarrollado no son los países más ricos los que tienen mejor salud sino los más igualitarios.

En otras palabras, lo que enfáticamente resalta este texto es que la desigualdad es mala para la salud. Son los condicionantes sociales los que en definitiva marcan la diferencia en materia de salud, no el nivel de riqueza per cápita que exista en un país. Así, la medicina y los servicios de salud constituyen solo uno de los factores que influyen sobre la salud de la población porque en realidad los factores principales son: la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginación social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada y las brechas y disparidad en los sistemas de seguro social.²

La conclusión a la que llegamos es que los principales obstáculos durante el siglo XX (y aún hoy), para lograr el respeto y la garantía del derecho a la salud, son obstáculos sociales y políticos y no puramente médicos. En efecto, los mayores enemigos del derecho a la

² Castel R. La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: Manantial; 2011.

salud son la pobreza extrema, por un lado, y la desigualdad social, por otro. Y la consecuencia evidente de esta aseveración no es otra que la de entender que así como las principales causas de las enfermedades son de tipo social, también lo son sus remedios. Por eso son muy ciertas cuando sostiene que el interés por reducir las desigualdades socioeconómicas, además de ser bueno desde un punto de vista igualitario, también lo es desde el punto de vista de la salud.

A partir de esta realidad se presentan grandes retos para el derecho a la salud en el siglo XXI. El reto principal es sin duda el de lidiar con el problema de la desigualdad, "acortar la brecha" entre lo posible y lo existente, evitar las "muertes estúpidas", "muertes injustas" que, en definitiva, constituyen violaciones de los derechos humanos. Otro reto es el de la posibilidad de lograr un marco de derecho internacional potente y capaz de formular el derecho a la salud de forma concluyente, logrando también desarrollar garantías judiciales efectivas para alcanzar la exigibilidad del derecho.

Finalmente, estos retos no pueden dejar de lado la dimensión político-espacial de la acción, algo de lo que el texto da cuenta. El desafío ya fue planteado por Nancy Fraser³ quien, para pensar la justicia social en tiempos de globalización, propone ampliar el marco de acción por fuera del modelo westfaliano-keynesiano de Estado. Por lo tanto, trasladado esto a la ciudadanía en salud nos lleva a que toda acción en pos de garantizar el derecho a la salud de nuestras poblaciones tiene que tener una mirada que exceda la del ámbito doméstico de actuación. El poder y la política ya no ocupan el mismo espacio circunscripto al Estado-Nación, por eso la intervención en los mercados no puede provenir exclusivamente del Estado, sino de organizaciones y asociaciones no gubernamentales extraterritoriales y cosmopolitas, capaces de lidiar con esos poderes extra estatales.⁴

³ Fraser N. Reframing justice in a globalizing world. *New Left Review*. 2005;36:69-88.

⁴ Bauman Z. Daños colaterales: Desigualdades sociales en la era global. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2011.

D. MARCO CONCEPTUAL

Conceptos básicos en los que se desarrollara la presente monografía:

- a) **Acto Administrativo.-** (Enciclopedia jurídica) El acto administrativo debe emanar de una Administración Pública. Esta se compone por un conjunto de entes con personalidad jurídica, cuyas competencias son ejercidas por diversos órganos, de los que son titulares personas físicas. Es fundamental determinar que órgano de la Administración es competente, ya que el acto debe emanar del órgano competente dentro de la administración. Por ello debe ser competente por razón del territorio de la materia y de la jerarquía.
- b) **Administración.-** (koontzand O'Donnell) considera la Administración como: “la dirección de un organismo social, y su efectividad en alcanzar sus objetivos, fundada en la habilidad de conducir a sus integrantes”.
- c) **Administración Pública.-**(Omar Guerrero Orozco) es la autoridad común que ejecuta las leyes de interés general que se estatuyen sobre las relaciones necesarias de cada administrado con la sociedad, y de la sociedad con cada uno de ellos; así como sobre las personas, los bienes y las acciones, como interesantes al orden público.
- d) **Código de salud.-** La finalidad es la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población mediante el control del comportamiento humano y de ciertas actividades, a los efectos de obtener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de los habitantes del Estado Boliviano.
- e) **Cuentas de Salud.-** Son un conjunto de cuadros en los que se encuentran organizados los distintos aspectos del gasto en salud de una región, departamento o país.

- f) **Derecho Económico.-** (Juan Emigdio García Cuza) El Derecho Económico en las condiciones actuales del mundo globalizado, está constituido por el conjunto de principios y normas de diversas jerarquías sustancialmente de Derecho Público que inscritas en los ordenamientos público y privado orientan la implementación de las distintas ramas del Derecho, para la dirección y control de la economía de las naciones,
- g) **Eficiencia.-** Sus resultados deben alcanzar las metas previstas en los programas de operación, ajustadas en función a las condiciones imperantes durante la gestión, y en especial al razonable aprovechamiento o neutralización de los efectos externos de importancia o magnitud. (Garantizando los recursos disponibles al mínimo costo y con la máxima calidad).
- h) **Economía.-** Los recursos invertidos en las operaciones deben ser razonables en relación a los resultados globales alcanzados.
- i) **Eficacia.-** La relación entre los recursos invertidos y los resultados obtenidos debe aproximarse a un índice de eficiencia establecido para la entidad o a un indicador externo aplicable. (Grado de consecución e impacto de los resultados).
- j) **Exclusión de la salud.-** La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) define exclusión en salud en el marco de la falta de acceso total o parcial a los servicios de salud. Las estrategias destinadas a eliminar esta exclusión son denominadas “Extensión de la Protección Social en Salud” y son intervenciones de la administración pública orientadas a garantizar el acceso de los ciudadanos a la atención en salud y a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos individuales adversos, como las enfermedades y el desempleo, o generales, como los desastres naturales.
- k) **Función Pública.-** La función pública está constituida por el conjunto de arreglos institucionales mediante los que se articulan y gestionan el empleo público y las personas que integran este, en una realidad nacional determinada. Dichos arreglos comprenden normas, escritas o informales, estructuras, pautas culturales, políticas explícitas o implícitas, procesos, prácticas y actividades diversas cuya finalidad es

garantizar un manejo adecuado de los recursos humanos, en el marco de una administración pública profesional y eficaz, al servicio del interés general.

- l) **Gastos en Salud.-** Abarca todos aquellos gastos cuyo propósito primordial sea la restauración, el mejoramiento y el mantenimiento de la salud para el país y para los individuos durante un periodo definido de tiempo (independientemente del tipo de institución o entidad que provea o que pague por la actividad de salud).
- m) **Intrasectorial.-** Cuando promueve la coordinación de las instituciones del sector salud en los niveles de la estructura estatal de la gestión participativa, e intersectorial cuando coordina el sector salud con los demás sectores sociales, para conseguir un desarrollo integral y armónico de la comunidad.
- n) **Participación Social.-** Es el derecho y el deber que tienen las comunidades urbano, rurales y las organizaciones sociales, de participar de manera directa real y efectiva en la toma de decisiones para la planificación, ejecución, administración seguimiento y control de las acciones de salud, saneamiento y bienestar social, en base a la identificación y priorización de sus necesidades y problemas, mediante su representación legítima y organizada.
- o) **Principio de Justicia y Equidad.-** Los recursos del sector deben ser distribuidos de manera justa y equitativamente suficiente para todos, asignando mayores recursos a las poblaciones con mayores índices de pobreza y menor desarrollo humano, sin perjuicio ni detrimento de las demás.
- p) **Responsabilidad.-** El sector público tiene el deber de desempeñar sus funciones con eficacia, economía, eficiencia, transparencia y licitud. Su incumplimiento genera responsabilidades jurídicas.
- q) **Responsabilidad Administrativa.-** La responsabilidad administrativa emerge de la contravención del ordenamiento jurídico administrativo y de las normas que regulan la conducta del servidor público.
- r) **Responsabilidad por la función pública.-** Debe entenderse el principio como la pretensión de exigibilidad del ejercicio positivo y diligente de las competencias legales atribuidas a las autoridades administrativas cuando su actuación es indispensable para realizar los intereses generales o proteger un bien jurídico que

tutela el derecho y cuya omisión es susceptible de generar riesgos y peligros inminentes que la norma configuradora del derecho ha querido prevenir o evitar.

Las autoridades públicas, sin excepción alguna, tienen el deber-responsabilidad-de procurar por todos los medio el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad boliviana, mediante el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la carta magna del Estado Boliviano.

- s) **Salud.-** La salud debe reconocer como una categoría individual y social, parte integrante del desarrollo dirigido a la creación de condiciones para el bienestar de todos y como resultado de la estrategia y las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que realizan los individuos, los grupos sociales y el conjunto de la sociedad, para mejorar y mantener la integridad y la capacidad de las personas y las poblaciones.
- t) **Servidor público.-** Tiene el deber de desempeñar sus funciones con eficacia, economía, eficiencia, transparencia y licitud. Su incumplimiento genera responsabilidades jurídicas.

E. MARCO JURÍDICO POSITIVO VIGENTE

E.1. Constitución Política del Estado, Ley de 07 de febrero de 2009.

Artículo 18.

- I. Todas las personas tienen derecho a la salud.
- II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 306.

- I. El modelo económico boliviano es plural y está orientado a mejorar la calidad de vida y el vivir bien de todas las bolivianas y los bolivianos.
- II. La economía plural está constituida por las formas de organización económica comunitaria, estatal, privada y social cooperativa.
- III. La economía plural articula las diferentes formas de organización económica sobre los principios de complementariedad, reciprocidad, solidaridad, redistribución, igualdad, seguridad jurídica, sustentabilidad, equilibrio, justicia y transparencia. La economía social y comunitaria complementará el interés individual con el vivir bien colectivo.
- IV. Las formas de organización económica reconocidas en esta Constitución podrán constituir empresas mixtas.
- V. El Estado tiene como máximo valor al ser humano y asegurará el desarrollo mediante la redistribución equitativa de los excedentes económicos en políticas sociales, de salud, educación, cultura, y en la reinversión en desarrollo económico productivo.

Artículo 321.

- I. La administración económica y financiera del Estado y de todas las entidades públicas se rige por su presupuesto.
- II. La determinación del gasto y de la inversión pública tendrá lugar por medio de mecanismos de participación ciudadana y de planificación técnica y ejecutiva estatal. Las asignaciones atenderán especialmente a la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y el desarrollo productivo.
- III. El Órgano Ejecutivo presentará a la Asamblea Legislativa Plurinacional, al menos dos meses antes de la finalización de cada año fiscal, el proyecto de ley del Presupuesto General para la siguiente gestión anual, que incluirá a todas las entidades del sector público.
- IV. Todo proyecto de ley que implique gastos o inversiones para el Estado deberá establecer la fuente de los recursos, la manera de cubrirlos y la forma de su

inversión. Si el proyecto no fue de iniciativa del Órgano Ejecutivo, requerirá de consulta previa a éste.

- V. El Órgano Ejecutivo, a través del Ministerio del ramo, tendrá acceso directo a la información del gasto presupuestado y ejecutado de todo el sector público. El acceso incluirá la información del gasto presupuestado y ejecutado de las Fuerzas Armadas y la Policía Boliviana.

E.2. Código de Salud

Artículo 1º- La finalidad del Código de Salud en la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población mediante el control del comportamiento humano y de ciertas actividades, a los efectos de obtener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de los habitantes de la República de Bolivia.

Artículo 2º- 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 3º- 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 normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas sin excepción alguna.

Artículo 4º- Se establece el derecho a la salud de todo ser humano, que habite el territorio nacional sin distinción de raza, credo político, religión y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado.

Artículo 156º- Las disposiciones sustantivas de valor permanente contenidas en el presente Código en sus diferentes partes de que conste, serán objeto de reglamentación.

E.3. Ley 1178, Ley SAFCO

Artículo 8. El Sistema de Presupuesto preverá, en función de las prioridades de la política gubernamental, los montos y fuentes de los recursos financieros para cada gestión anual y su asignación a los requerimientos monetarios de la Programación de Operaciones y de la Organización Administrativa adoptada. Se sujetará a los siguientes preceptos generales:

- a) Las entidades gubernamentales que cuenten con recursos provenientes de tributación, aportes a la seguridad social y otros aportes, regalías o transferencias de los tesoros del Estado, sujetarán sus gastos totales a la disponibilidad de sus recursos, a las condiciones del financiamiento debidamente contraído y a los límites legales presupuestarios, no pudiendo transferir gastos de inversión a funcionamiento.
- b) Las entidades con autonomía de gestión y de patrimonio cuyos ingresos provengan exclusivamente por venta de bienes o por prestación de servicios, financiarán con tales ingresos sus costos de funcionamiento, el aporte propio del financiamiento para sus inversiones y el servicio de su deuda. Sus presupuestos de gastos son indicativos de sus operaciones de funcionamiento e inversión.
- c) Los presupuestos de gastos del Banco Central y de las entidades públicas de intermediación financiera sometidas al programa monetario del Gobierno y a la vigilancia de la Superintendencia de Bancos, son indicativos de sus operaciones de funcionamiento y de inversión no financiera.
- d) La ejecución de los presupuestos de gastos de las entidades señaladas en los incisos b) y c) de este artículo, está sujeta, según reglamentación, al cumplimiento de las políticas y normas gubernamentales relacionadas con la naturaleza de sus actividades, incluyendo las referidas a las modificaciones, traspasos y transferencias dentro de sus presupuestos, así como a la disponibilidad de sus ingresos efectivos después de atender y proveer el cumplimiento de sus obligaciones, reservas, aumentos de capital, rédito sobre patrimonio neto y otras contribuciones obligatorias. No se permitirá la transferencia de gastos de inversión o excedentes de ingresos presupuestados a gastos de funcionamiento.

Artículo 11. El Sistema de Tesorería y Crédito Público manejará los ingresos, el financiamiento o crédito público y programará los compromisos, obligaciones y pagos para ejecutar el presupuesto de gastos. Aplicará los siguientes preceptos generales:

- a) Toda deuda pública interna o externa con plazo igual o mayor a un año será contraída por la máxima autoridad del Sistema de Tesorería del Estado, por cuenta del Tesoro Nacional o de la entidad beneficiaria que asume la responsabilidad del servicio de la deuda respectiva.

Este inciso fue modificado por la Ley 1834 del 31 de marzo de 1998 (Ley del Mercado de valores), la que en su artículo 125 añade la redacción del inciso a) de la Ley 1178 lo siguiente:

Inciso a) Segundo Párrafo.- “Las disposiciones del párrafo anterior no serán aplicables a las entidades públicas que de acuerdo a Reglamento, contraigan obligaciones a través del mercado de valores nacional o extranjero, siendo dichas instituciones las únicas responsables del cumplimiento de las obligaciones contraídas. Las obligaciones así adquiridas deberán estar consignadas en sus respectivos presupuestos aprobados mediante Ley del Presupuesto General de la Nación”

- b) Las deudas públicas con plazo inferior al año serán contraídas por cada entidad con sujeción a la programación financiera fijada por la máxima autoridad del Sistema de Tesorería del Estado.
- c) Serán de cumplimiento obligatorio por las entidades del Sector Público, las políticas y normas establecidas por la máxima autoridad del Sistema de Tesorería del Estado para el manejo de fondos, valores y endeudamiento.

Artículo 12. El Sistema de Contabilidad Integrada incorporará las transacciones presupuestarias, financieras y patrimoniales en un sistema común, oportuno y confiable, destino y fuente de los datos expresados en términos monetarios. Con base en los datos financieros y no financieros generará información relevante y útil para la toma de decisión por las autoridades que regulan la marcha del Estado y de cada una de sus entidades, asegurando que:

- a) El sistema contable específico para cada entidad o conjunto de entidades similares, responda a la naturaleza de las mismas y a sus requerimientos operativos y gerenciales respetando los principios y normas de aplicación general;
- b) La Contabilidad Integrada identifique, cuando sea relevante, el costo de las acciones del Estado y mida los resultados obtenidos.

Artículo 29. La responsabilidad es administrativa cuando la acción u omisión contraviene el ordenamiento jurídico-administrativo y las normas que regulan la conducta funcionaria del servidor público. Se determinará por proceso interno de cada entidad que tomará en cuenta los resultados de la auditoría si la hubiere. La autoridad competente aplicará, según la gravedad de la falta, las sanciones de: multa hasta un veinte por ciento de la remuneración mensual; suspensión hasta un máximo de treinta días; o destitución.

Artículo 30. La responsabilidad es ejecutiva cuando la autoridad ejecutivo no rinda las cuentas a que se refiere el inciso c) del artículo 1 y el artículo 28 de la presente Ley; cuando incumpla lo previsto en el primer párrafo y los incisos d), e) o f) del artículo 27 de la presente Ley; o cuando se encuentre que las deficiencias o negligencia de la gestión ejecutiva son de tal magnitud que no permiten lograr, dentro de las circunstancias existentes, resultados razonables en términos de eficacia, eficiencia y economía. En estos casos, se aplicará la sanción prevista en el inciso g) del artículo 42 de la presente Ley.

Artículo 31. La responsabilidad es civil cuando la acción u omisión del servidor público o de las personas naturales o jurídicas privadas cause daño al Estado valuable en dinero. Su determinación se sujetará a los siguientes preceptos:

- a) Será civilmente corresponsable el superior jerárquico que hubiere autorizado el uso indebido de bienes, servicios y recursos del Estado o cuando dicho uso fuere posibilitado por las deficiencias de los sistemas de administración y control interno factibles de ser implantados en la entidad.

- b) Incurrirán en responsabilidad civil las personas naturales o jurídicas que no siendo servidores públicos, se beneficiaren indebidamente con recursos públicos o fueren causantes de daño al patrimonio del Estado y de sus entidades.
- c) Cuando varias personas resultaren responsables del mismo acto del mismo hecho que hubiese causado daño al Estado, serán solidariamente responsables.

E.4. Ley 2042 de Administración Presupuestaria

Artículo 4°.-Las asignaciones presupuestarias de gasto aprobadas por la Ley de Presupuesto de cada año, constituyen límites máximos de gasto y su ejecución se sujetará a los procedimientos legales que en cada partida sean aplicables. Toda modificación dentro de estos límites deberá efectuarse según se establece en el reglamento de modificaciones presupuestaria, que será aprobado mediante Decreto Supremo.

Artículo 5°.-Las entidades públicas no podrán comprometer ni ejecutar gasto alguno con cargo a recursos no declarados en sus presupuestos aprobados.

Artículo 6°.-El Poder Ejecutivo puede realizar modificaciones presupuestarias intrainstitucionales e interinstitucionales, de acuerdo al reglamento de modificaciones presupuestarias, siempre y cuando no contravenga lo siguiente:

- a) Aumentar el total del gasto agregado, excepto los gastos descritos en el artículo 148 de la Constitución Política del Estado.
- b) Incrementar el total del grupo de gastos 10000, “Servicios Personales”, salvo las modificaciones resultantes del incremento salarial anual del Sector Público.
- c) Traspasar recursos de apropiaciones presupuestarias destinadas a proyectos de inversión a otros gastos, excepto si éste traspaso está destinado a la transferencia de capital a otra entidad para proyecto de inversión.

E.5. Ley 2027 del Estatuto del Funcionario Público

ARTÍCULO 1º (PRINCIPIOS). El presente Estatuto se rige por los siguientes principios:

- a) Servicio exclusivo a los intereses de la colectividad y no de parcialidad o partido político alguno.
- b) Sometimiento a la Constitución Política del Estado, la Ley y al ordenamiento jurídico.
- c) Reconocimiento del derecho de los ciudadanos a desempeñar cargos públicos.
- d) Reconocimiento al mérito, capacidad e idoneidad funcionaria.
- e) Igualdad de oportunidades, sin discriminación de ninguna naturaleza.
- f) Reconocimiento de la eficacia, competencia y eficiencia en el desempeño de las funciones públicas para la obtención de resultados en la gestión.
- g) Capacitación y perfeccionamiento de los servidores públicos.
- h) Honestidad y ética en el desempeño del servicio público.
- i) Gerencia por resultados.
- j) Responsabilidad por la función pública.

E.6. Ley 2341 de Procedimiento Administrativo

ARTÍCULO 1º.- (OBJETO DE LA LEY). La presente Ley tiene por objeto:

- a) Establecer las normas que regulan la actividad administrativa y el procedimiento administrativo del sector público;
- b) Hacer efectivo el ejercicio del derecho de petición ante la Administración Pública;
- c) Regular la impugnación de actuaciones administrativas que afecten derechos subjetivos o intereses legítimos de los administrados; y,
- d) Regular procedimientos especiales.

ARTÍCULO 2º.- (ÁMBITO DE APLICACIÓN).

- I. La Administración Pública ajustará todas sus actuaciones a las disposiciones de la presente Ley.

A los efectos de esta Ley, la Administración Pública se encuentra conformada por:

- a. El Poder Ejecutivo, que comprende la administración nacional, las administraciones departamentales, las entidades descentralizadas o desconcentradas y los Sistemas de Regulación SIRESE, SIREFI y SIRENARE; y,
 - b. Gobiernos Municipales y Universidades Públicas.
- II. Los Gobiernos Municipales aplicarán las disposiciones contenidas en la presente Ley, en el marco de lo establecido en la Ley de Municipalidades.
 - III. Las Universidades Públicas, aplicarán la presente Ley en el marco de la Autonomía Universitaria.
 - IV. Las entidades que cumplan función administrativa por delegación estatal adecuarán necesariamente sus procedimientos a la presente Ley.

ARTÍCULO 3º.- (EXCLUSIONES Y SALVEDADES).

- I. La presente Ley se aplica a todos los actos de la Administración Pública, salvo excepción contenida en ley expresa.
- II. No están sujetos al ámbito de aplicación de la presente Ley:
 - a. Los actos de Gobierno referidos a las facultades de libre nombramiento y remoción de autoridades;
 - b. La Defensoría del Pueblo;
 - c. El Ministerio Público;
 - d. Los Regímenes agrario, electoral y del sistema de control gubernamental, que se regirán por su propios procedimientos;
 - e. Los Actos de la Administración Pública, que por su naturaleza, se encuentren regulados por normas de derecho privado; y,
 - f. Los procedimientos internos militares y de policía que se exceptúen por ley expresa.

ARTÍCULO 4º.- (PRINCIPIOS GENERALES DE LA ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA). La actividad administrativa se regirá por los siguientes principios:

- a) Principio fundamental: El desempeño de la función pública está destinado exclusivamente a servir los intereses de la colectividad;
- b) Principio de autotutela: La Administración Pública dicta actos que tienen efectos sobre los ciudadanos y podrá ejecutar según corresponda por sí misma sus propios actos, sin perjuicio del control judicial posterior;
- c) Principio de sometimiento pleno a la ley: La Administración Pública regirá sus actos con sometimiento pleno a la ley, asegurando a los administrados el debido proceso;
- d) Principio de verdad material: La Administración Pública investigará la verdad material en oposición a la verdad formal que rige el procedimiento civil;
- e) Principio de buena fe: En la relación de los particulares con la Administración Pública se presume el principio de buena fe. La confianza, la cooperación y la lealtad en la actuación de los servidores públicos y de los ciudadanos, orientarán el procedimiento administrativo;
- f) Principio de imparcialidad: Las autoridades administrativas actuarán en defensa del interés general, evitando todo género de discriminación o diferencia entre los administrados;
- g) Principio de legalidad y presunción de legitimidad: Las actuaciones de la Administración Pública por estar sometidas plenamente a la Ley, se presumen legítimas, salvo expresa declaración judicial en contrario;
- h) Principio de jerarquía normativa: La actividad y actuación administrativa y, particularmente las facultades reglamentarias atribuidas por esta Ley, observarán la jerarquía normativa establecida por la Constitución Política del Estado y las leyes;
- i) Principio de control judicial: El Poder Judicial, controla la actividad de la Administración Pública conforme a la Constitución Política del Estado y las normas legales aplicables;
- j) Principio de eficacia: Todo procedimiento administrativo debe lograr su finalidad, evitando dilaciones indebidas;

- k) Principio de economía, simplicidad y celeridad: Los procedimientos administrativos se desarrollarán con economía, simplicidad y celeridad, evitando la realización de trámites, formalismos o diligencias innecesarias;
- l) Principio de informalismo: La inobservancia de exigencias formales no esenciales por parte del administrado, que puedan ser cumplidas posteriormente, podrán ser excusadas y ello no interrumpirá el procedimiento administrativo;
- m) Principio de publicidad: La actividad y actuación de la Administración es pública, salvo que ésta u otras leyes la limiten;
- n) Principio de impulso de oficio: La Administración Pública está obligada a impulsar el procedimiento en todos los trámites en los que medie el interés público;
- o) Principio de gratuidad: Los particulares sólo estarán obligados a realizar prestaciones personales o patrimoniales en favor de la Administración Pública, cuando la Ley o norma jurídica expresamente lo establezca; y,
- p) Principio de proporcionalidad: La Administración Pública actuará con sometimiento a los fines establecidos en la presente Ley y utilizará los medios adecuados para su cumplimiento.

E.7. Decreto Supremo N° 23318-A

Artículo 3 (Responsabilidad)

- I. El servidor público tiene el deber de desempeñar sus funciones con eficacia, economía, eficiencia, transparencia y licitud. Su incumplimiento genera responsabilidades jurídicas.
- II. Los servidores públicos responderán en el ejercicio de sus funciones:
 - a. Todos ante sus superiores jerárquicos hasta el máximo ejecutivo, por conducto regular;
 - b. Los máximos ejecutivos ante los titulares de las entidades que ejercen tuición, hasta la cabeza de sector, en secuencia jerárquica;
 - c. Los titulares de éstas, según ley, ante el Poder Legislativo, los Concejos Municipales o la máxima representación universitaria;

d. Todos ellos ante la sociedad.

Artículo 6 (Licitud)

Para que un acto operativo o administrativo sea considerado lícito, debe reunir los requisitos de legalidad, ética y transparencia.

Artículo 13 (Naturaleza de la responsabilidad administrativa).- La responsabilidad administrativa emerge de la contravención del ordenamiento jurídico administrativo y de las normas que regulan la conducta del servidor público.

Artículo 51 (Características del dictamen de responsabilidad civil).- El dictamen de responsabilidad civil es una opinión técnica jurídica emitida por el Contralor General de la República. Tiene valor de prueba preconstituida y contendrá la relación de los hechos, actos u omisiones que supuestamente causaron daño económico al Estado, fundamentación legal, cuantificación del posible daño e identificación del presunto o presuntos responsables.

E.8. Decreto Supremo 29308

ARTÍCULO 3°.- (DEFINICIONES). A los fines de la aplicación del presente Decreto Supremo se establecen las siguientes definiciones: - Convenio Específico de Financiamiento. Es el instrumento legal que regula la relación contractual entre el organismo o país donante y el beneficiario final, estableciendo derechos y obligaciones para la dotación del aporte o donación. Los Convenios específicos pueden o no derivar de un Convenio Marco. - Convenio Marco. Es el instrumento legal que regula la relación contractual entre la República de Bolivia y el organismo financiero o el país donante, estableciendo derechos y obligaciones para la donación. - Convenio Subsidiario. Es el instrumento legal por el cual se regula la transferencia de la donación o aporte a la entidad ejecutora. - Documento de Donación. Es el acto por el cual el donante expresa su voluntad de aportar o transferir dinero, bienes, servicios y/o asistencia técnica sin contraprestación alguna. - Donación. Es todo aporte no reembolsable otorgado en dinero, especie, asistencia

técnica o cualquier otra modalidad creada o por crearse. - Donante. Es todo organismo financiero multilateral, agencia de cooperación, gobierno u Organización No Gubernamental - ONG, persona individual o colectiva, pública o privada, nacional o extranjera, que aporta o transfiere una donación a una entidad pública o privada. - Entidad Beneficiaria. Es la entidad pública que se beneficia de manera directa con el producto de la donación. La entidad beneficiaria puede o no ser ejecutora a la vez. - Entidad Ejecutora. Es la entidad pública o conjunto de entidades públicas que ejecutan la donación oficial. La entidad ejecutora puede o no ser además la beneficiaria.

ARTICULO 4°.- (MODALIDADES DE DONACIÓN). Las donaciones pueden ser efectuadas mediante las siguientes modalidades: a) Donación oficial. Es aquella otorgada por organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación, gobiernos o países, organizaciones no gubernamentales nacionales o extranjeras, a través de un Acuerdo o Convenio suscrito con el Estado Boliviano; b) Donación directa. Es aquella otorgada en forma directa al Estado Boliviano o a alguna de sus entidades públicas, sin la existencia de un acuerdo o convenio suscrito; y c) Donación no oficial o unilateral. Es el aporte no reconocido como cooperación a la República de Bolivia y que es transferido directamente por el donante a entidades u organizaciones privadas.

DIAGNOSTICO DEL TEMA DE MONOGRAFÍA

ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD DE LA PAZ

A. FUNDAMENTACIÓN O JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El presente trabajo de investigación, tiene por fundamento contar con un Reglamento en el Sistema de Salud Pública, con mayor presupuesto y una distribución con liderazgo en la Economía y Financiamiento de Salud Pública de La Paz, destinado a la transformación de determinantes sociales de la salud, en cumplimiento al Artículo 156 del Código de Salud en vigencia, que establece “Las disposiciones sustantivas de valor permanente contenidas en el presente Código en sus diferentes partes de que consta, será objeto de reglamentación”. El cual será para mejorar a las dificultades del Sistema de Salud que se caracteriza por su deficiente capacidad de gestión presupuestaria, poca información del gasto en los niveles descentralizados, la no existencia de controles en las acciones de las cooperaciones externas y la falta de un enfoque de planificación y asignación presupuestaria, sin tomar en cuenta las determinantes sociales de la salud ni su relación con los indicadores en salud.

B. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud y Deportes, desde la asunción al poder del actual partido de gobierno (enero de 2006) uno de los Ministerios que más modificaciones ha tenido en su liderazgo ha sido el Ministerio de Salud y Deportes. En cinco años de gobierno ha tenido cinco cambios llegando a dirigir 4 Ministros.

A pesar que desde el inicio del gobierno la cartera de salud ha tenido políticas, estrategias y metas claras, donde resaltan por su alto impacto: El Sistema Único de Salud, el Programa de Desnutrición Cero y el Bono Juana Azurduy, estas no han logrado avanzar según lo esperado, debido fundamentalmente a: 1) Inestabilidad de los Ministros de Salud, repercutiendo en una alta rotación del personal de niveles operativos: 2) Priorización de temas urgentes antes que los importantes.

Los Servicios Departamentales de Salud (Las SEDES) dependen técnicamente del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) pero administrativamente de las gobernaciones, esta dualidad aun viene generando conflictos en su accionar debido a: 1) No cuenta con recursos financieros. Una gran mayoría de los SEDES tienen limitaciones en la asignación de recursos establecidos en los Programas de Operación Anual de la gobernación y cuentan con insuficientes recursos para su accionar operativo. 2) El Ministerio de Salud y Deportes mantiene una actitud centralista, no permite que los SEDES puedan realizar funciones que están dentro de sus competencias. Esto provoca entre otras cosas un retraso en los procesos y una falta de reconocimiento al liderazgo del SEDES en el personal. 3) Las gobernaciones opositoras al gobierno presentan dificultades en las relaciones, las mismas que deberían desarrollarse dentro de un marco técnico.

De los 9 SEDES del país, el tema político afecto en mayor proporción al SEDES La Paz, si bien el gobernador es del partido de gobierno, es el SEDES que ha tenido más directores por presiones políticas. Se calcula un promedio de Director por año.

Las Cooperaciones Internacionales en Bolivia están dadas por Agencias Bilaterales y Multilaterales. Dentro de las Bilaterales están: Bélgica, Italia, Canadá, Francia, Japón y USAID, en lo que respecta a salud su apoyo está relacionado con el fortalecimiento a las Redes de Salud.

Las Agencias Multilaterales como OPS/OMS, UNICEF, UNFPA y PMA mantienen programas de asistencia técnica y/o fortalecimiento de los servicios de salud

(especialmente UNICEF). En el caso del PNUD es receptor principal para Malaria y Tuberculosis con el Fondo Mundial.

C. OBJETIVOS

C.1. Objetivo General

- Identificar deficiencias en el servicio de salud, para el mejoramiento de la ejecución del Presupuesto y Financiamiento del Sistema de Salud Pública en La Paz, mediante la propuesta de un Reglamento.

C.2. Objetivos Específicos

- Exponer los fundamentos jurídicos referidos a cuestiones Económicas y Financieros en servicios de salud.
- Describir la cobertura del Sistema de Salud Pública en la actualidad.
- Analizar las disposiciones legales referentes al Sistema de Salud Pública.
- Conocer la percepción de los Municipios, Servicio Departamental de Salud La Paz y Nivel Central del Ministerio de Salud y Deportes, respecto a la ejecución presupuestaria y financiera.

D. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

D.1. MÉTODOS UTILIZADOS EN LA MONOGRAFÍA

En la presente investigación se emplearon los siguientes métodos generales y específicos:

D.1.1. Métodos a utilizarse

Con el fin de lograr los objetivos del presente estudio, se utilizara los métodos: histórico, comparativo, analítico y deductivo.

D.1.2. El método histórico.

El método histórico, permitirá el estudio del antecedente, causas y condiciones históricas de la Economía y Financiamiento del Sistema de Salud Pública.

D.1.3. El método comparativo.

El método comparativo, será vital para establecer comparaciones entre la legislación boliviana y las legislaciones de países de la región en relación con la Economía y Financiamiento del Sistema de Salud Pública.

D.1.4. El método analítico.

El método analítico, analizara la doctrina en relación con Economía y Financiamiento del Sistema de Salud Pública para un mejor incremento en el Presupuesto de Salud Pública.

D.1.5. El método deductivo.

Finalmente, a través del método deductivo, expondrá los conocimientos de carácter general para aplicarlo al caso particular en la distribución de recursos económicos en el sistema de salud pública.

D.2. TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA MONOGRAFÍA

La técnica a utilizar en la presente investigación son:

D.2.1. Información bibliográfica

La revisión Bibliográfica depende fundamentalmente de la información que se colige del material bibliográfico de consulta.

D.2.2. Información Documental

La técnica principal que permitirá la recolección y análisis de la información ha sido la investigación documental; ya que a través de ella se recopiló el material bibliográfico necesario para otorgar la consistencia jurídica y doctrinal del trabajo de investigación.

TITULO SEGUNDO

DESARROLLO DEL DIAGNOSTICO DEL TEMA

CAPÍTULO I

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. MARCO HISTÓRICO-ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.

Para que Bolivia sea un estado saludable-sano y con la filosofía del vivir bien. La Salud, un derecho humano fundamental.

Nuestra responsabilidad de defensores de la salud pública nos hace reconocer que necesitamos superar el pensamiento tecnocrático positivista para dar a la ciencia un valor social. Los servicios médicos no deberían responder solamente al saber acumulado y a las técnicas administrativas sino tomar en cuenta además, el potenciamiento de los poderes y voluntades de las personas y sus organizaciones, constituidas en expresiones vivas de la demanda de necesidades reales y potenciales.

Al reconocimiento de que el desarrollo económico social aporta a la salud más que los servicios médicos, corresponde la recíproca de que la salud pública, dando un salto cualitativo en su concepción actual, trabaje por una praxis y una elaboración conceptual que le permitan participar en el logro de esos cambios. La lucha por la salud puede constituirse en fuente y puente de solidaridad y unidad capaz simultáneamente de alentar grandes movilizaciones populares y de plasmar concertaciones sociales importantes, de

efectivo beneficio colectivo, no sólo en el ámbito específico de la salud, sino en todos los campos del desarrollo humano integralmente considerado.⁵

1.1.1. Evolución Histórica de las Políticas de Salud.

En el Derecho Constitucional boliviano se distinguen dos periodos diferenciados:

1.1.1.1. El Constitucionalismo Liberal

El Constitucionalismo Liberal en donde se dio importancia al individualismo y a los derechos naturales de las personas, que se inicia con la constitución bolivariana (1826) y termina en la Constitución de 1931, que constituye el primer periodo. El segundo periodo, se inicia con la Constitución de 1938, que da origen al Constitucionalismo Social y que proclama los derechos de la sociedad y el pueblo en resguardo de la estabilidad social, a fin de lograr el bienestar de las personas en el marco de la comunidad y el reconocimiento del derecho a la salud.

La Constitución de 1826 no hace referencia directa a la protección de la salud, como función del Estado. La única referencia, se encuentra en el Capítulo de las Garantías, donde se 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.

1.1.1.2. El Constitucionalismo Social- La Convención de 1938

La Convención Nacional de 1938, en desordenado concurso de ideas y rompiendo la tradición libre cambista de la política económica, inicia un nuevo periodo constitucional,

⁵ Abecia, B.V. El Senado Nacional. Bosquejo histórico parlamentario. Tres tomos. Imprenta del Senado. La Paz, Bolivia. 1994.

el del socio-constitucionalismo. Este periodo se inicia con el Gobierno del General Germán Busch (1937) quien después del golpe de estado a David Toro, es elegido Presidente en la Convención de 1938, que otorgó al país la Constitución Política más avanzada, sobre todo desde el punto de vista familiar, y social. Esta Norma determina la exigencia de la función social de la propiedad privada, la protección al 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 sociedad para alcanzar su bienestar. El Estado boliviano se transforma así en un Estado que protege la salud, dirige y orienta la política nacional de salud y cuenta con un sistema de ejecución de sus planes y programas para alcanzar las metas propuestas.

1.2. EL MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD

El 20 de agosto de 1938 la Convención Nacional sancionó el decreto mediante el cual se creaba el Ministerio de Higiene y Salubridad. El Dr. Alfredo Mollinedo, viendo las necesidades administrativas del despacho a su cargo, en Consejo de Ministros hizo aprobar el Decreto del 31 de agosto de 1938, por el cual el ministerio de Higiene y Salubridad tomaba a su cargo la organización y funcionamiento de la Sanidad e higiene de la República, para cuyo objeto se crearon dos departamentos, uno técnico y otros administrativo, el Departamento Técnico estaría a cargo de un profesional médico con el título de Oficial Mayor, y debiendo funcionar bajo su dependencia doce direcciones.

El decreto señalaba la necesidad de elaborar un Estatuto Orgánico del Ministerio en que se fijará las atribuciones de las autoridades técnicas, señalando la correspondencia del presupuesto con el vigente de la Dirección General de Salubridad Pública. El Decreto del 6 de junio de 1939 aprobó el Estatuto Orgánico del Ministerio de Higiene y Salubridad en 21 capítulos y 14 artículos, que constituye el primer documento normativo del sector salud en el país. Hasta 1938 los hospitales, las oficinas de estadísticas, las de vacunaciones, las políticas sanitarias y los consultorios públicos dependían de las

municipalidades. Al crearse el Ministerio de Salubridad, se dispuso el paso de esos servicios al gobierno ejecutivo y al presupuesto nacional. Desde 1946 se estableció la Dirección General de sanidad con todas sus reparticiones anexas, como organismo técnico.⁶

1.3. EL CÓDIGO DE SALUD DE 1978

El Decreto Ley N° 15629, promulgado el 18 de julio de 1978 por el Gobierno de las Fuerzas Armadas de la Nación, presidido por el Gral. Hugo Bánzer Suárez y Ministro de Previsión Social y Salud Pública el Coronel Guido Vildoso aprueba el Código de Salud (art. 1°) quedando abrogadas todas las disposiciones del Código Sanitario hasta entonces vigente, promulgado el 24 de julio de 1958 por Decreto Supremo N° 5006 de Hernán Siles Zuazo, siendo Presidente Constitucional de la República.

Este nuevo Código se edita en el mes de julio de 1981 en los talleres del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública en su primera edición (29 páginas) y en el año 1990 por resolución Ministerial N° 0624 del mismo Ministerio se autoriza la publicación de la segunda edición y sus reglamentos respectivos.

1.3.1. La Reforma de Salud

En la Reforma de Salud sobresalió su poder económico- partidario, lo que lo constituyó casi en un “Ministerio Paralelo” que, más que tejer articulaciones sinérgicas con el Ministerio de Salud, lo desafió y compitió contra él. Se caracterizó por un enfoque economicista-gerencial, poco o nada compenetrado en los discursos y lógicas de los derechos. A pesar de contemplar a las redes sociales como actoras fundamentales, nunca hubo logros concretos en ese sentido.

⁶ Abecia, Valentín Ayaviri. Datos sobre la medicina y su servicio en Bolivia. 1906. Reproducción Costa Arduz.

No hay información que permita tener una apreciación objetiva de su efectividad. Gran parte de los recursos HIPC no fueron asignados a las áreas del nivel primario de atención y a las zonas más pobres. Los nombramientos fortalecieron al nivel terciario y urbano.

El estudio señala que la población en su conjunto no tenía acceso a información en salud y mucho menos sobre sus derechos. El control social trató de ser incorporado pero con lógicas de paternalismo, liderazgos no reconocidos por la comunidad o sin mecanismos concretos de exigibilidad. No hubo nunca una clara visión de lo que es la Reforma en Salud, ni siquiera en sus propios ejecutores. Incluso, para algunos no existió una reforma en salud, y si la hubo, esta debió constituirse en el eje rector de las políticas de salud, sin embargo, siempre fue un ente aislado, preocupado por cumplir con los compromisos adquiridos ante la banca multilateral. Al interior del Ministerio de Salud había poco conocimiento de lo que hacía la Reforma, nunca hubo una verdadera socialización, ni coordinación intrasectorial; por el contrario, se generó una competencia cuyas consecuencias se traducen en los indicadores de hoy en día.

La reforma tampoco aseguró el mejoramiento de las condiciones de la salud de las mujeres, porque tenía una lógica paternalista basada en la “salud materna”. Si bien es importante la salud materna, ello no significa dejar de priorizar actividades y políticas que favorezcan el ejercicio de los derechos, el acceso a servicios preventivos como la anticoncepción y el cáncer de la mujer, a la educación, al trabajo y a la participación ciudadana. Estos puntos, nunca fueron tomados en cuenta por la Reforma y tampoco hubo una política clara al respecto.

1.4. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO-ACTUAL

En enero de 2006, Evo Morales Ayma, luego de un periodo de convulsión social, debido al proceso de acumulación social histórica que se gestó a partir de la Guerra del agua en el año 2000, asume la presidencia de Bolivia como el primer presidente indígena con el

porcentaje de votación más amplio en la historia del país: 58%. A partir de este momento, se empieza a reconfigurar el Estado boliviano para salir del modelo neoliberal que se le impuso por más de 25 años. La primera acción significativa de este gobierno de la Revolución Democrática y Cultural, fue la instalación de la Asamblea Constituyente a partir de agosto 2006, que redactaría la nueva Constitución Política del Estado. Este periodo, signado por una fuerte polarización por el enfrentamiento sostenido entre dos visiones de país y de estado, llevó a situaciones de extrema violencia. Este fue un período de definición básica del nuevo modelo de Estado, el mismo que estuvo signado por un pulso creciente de fuerzas en torno a la orientación de la reforma.

No obstante, las tensiones que en muchos países llevaron a guerras civiles, en Bolivia, éstas tensiones fueron resueltas por la vía política y electoral. Uno de los momentos culminantes de este proceso se produjo en septiembre y octubre de 2008, con el diálogo entre el Gobierno Nacional y los prefectos de oposición, seguido del diálogo entre los partidos con representación parlamentaria en el Congreso.

A pesar de haber ya un texto aprobado en el Liceo Militar de Sucre el 23 de Noviembre 2007 en grande y luego en detalle el 10 de diciembre de ese mismo año en la ciudad de Oruro, no fue sino por el pacto político que se gestó en el Congreso Nacional - al convertirse este en Congreso Constituyente - que esta nueva Carta Magna pudo ser recién aprobada. Fue sin duda este pacto político el que permitió que se lograra un Acuerdo sobre el texto de la Nueva Constitución y un llamado a su aprobación mediante Referendo. Éste se realizó en enero de 2009 con un resultado del 62% favorable a la nueva Carta Política.

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, busca revertir las tendencias de desarrollo desigual, consolidar las conquistas sociales y avanzar en la construcción de la justicia, la igualdad de derechos y la equidad social. Se basa en las propuestas de la mayoría política que gobierna actualmente el país pero incluye también

la atención a demandas sociales y regionales, y reivindicaciones de los sectores de oposición. Las reformas previstas en ella y el proceso político y social que las soporta no han sido fáciles y requirieron concesiones de todos los sectores.

La Constitución reconoce de manera explícita y taxativa que la salud es un derecho inviolable, universal, interdependiente, indivisible y progresivo; esto responsabiliza al Estado para mantenerla, preservarla y defenderla, mediante la regulación de las relaciones sociales que se producen en el proceso salud - enfermedad y de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, su curación, rehabilitación y recuperación.

El derecho a la salud es un derecho humano y social fundamental, individual y colectivo, reconocido en la Constitución Política del Estado Plurinacional (artículo 18), que es entendido como el conjunto de disposiciones legales u otras relacionadas a la salud humana y a su protección. En el marco del principio de integralidad mencionado, el derecho a la salud incluye la reglamentación de los servicios del Sector Salud y también el derecho a tener condiciones de vida, sociales, económicas, culturales y ambientales favorables a la salud.

En el capítulo segundo referido a los Derechos, fundamentales, el artículo 18° indica que todas las personas tienen derecho a la salud; antes, en el artículo 5°, establece el derecho de todas las personas al acceso a la salud.

Así mismo, el capítulo Cuarto, referido a los pueblos indígena, originario, campesino, establece en sus artículos 9° al 13°, el reconocimiento de la medicina tradicional y a la obligación que tiene el estado de reconocer sus prácticas de medicina e incluirlas en el sistema de salud boliviano.

CAPITULO II

2. DERECHO ALA SALUD, ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

2.1. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

2.1.1. Conceptualización

“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.⁷ El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, ha sido definido por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1946, como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades".⁸

Por su parte, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se refiere al derecho al más alto nivel de salud física y mental. Sin embargo, el derecho a la salud no se limita únicamente a la atención en salud, sino que debe ser entendido como “(...) un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones

⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 2000. Pág. 1.

⁸ Folleto Informativo N° 31. El Derecho a la Salud. Publicación de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud.

sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”.⁹

Elementos esenciales del derecho a la salud:

- Cada Estado debe tener disponibles un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centros de atención de la salud públicos y suficientes.
- Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser físicamente accesibles (deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los niños, los adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables), y también accesibles desde el punto de vista económico (asequibilidad), sin discriminación alguna. La accesibilidad también comprende el acceso a la información, es decir, el derecho de solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud en forma accesible (para todos, incluidas las personas con discapacidad), pero sin menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- Los establecimientos, bienes y servicios de salud también deben comportar respeto hacia la ética médica (confidencialidad) y sensibilidad para con los requisitos de género y generacional, además de ser culturalmente apropiados, es decir, respetar la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades. Deben ser aceptables desde el punto de vista médico y cultural.
- Por último, deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado,

⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 2000. Pág. 4.

medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.

2.2. EL DERECHO A LA SALUD

2.2.1. Fundamento

Vamos a defender que el derecho a la protección de la salud, frente a propuestas negadoras, tiene sentido conceptualmente y está justificado. Y es que aunque distintas constituciones (como la propia Constitución española) y tratados internacionales sobre derechos humanos incluyen la proclamación de un derecho a la protección de la salud, no resulta descabellado plantear los problemas vinculados a su fundamentación y garantías en la medida en que se ha considerado un derecho que resulta problemático, sobre todo por lo que respecta a su dimensión prestacional. Se articulará la discusión en torno a una introducción histórico-conceptual del derecho a la protección de la salud, para centrarse esencialmente en una reflexión sobre su fundamento. Para ello se considera el tratamiento que ha merecido esta cuestión en algunas de las principales teorías de la justicia contemporáneas, desde aquellas que efectivamente ven problemas para su justificación, hasta las que encuentran motivos muy centrales por los que un derecho a la protección de la salud debería ser una pieza muy destacada de una propuesta de justicia social.¹⁰

2.2.2. Del derecho a la protección de la salud.

La afirmación de un derecho a la protección de la salud en las constituciones y los instrumentos internacionales de derechos humanos se produce en fechas relativamente tardías. En el modelo de protección de la salud del Estado liberal europeo decimonónico, el Estado se desentendía de la protección de la salud de los individuos y únicamente se ocupaba globalmente de la salud pública (saneamiento, epidemias, etc.). Las personas

¹⁰ Proyecto Consolider-Ingenio 2010 “El tiempo de los derechos” (CSD2008-00007), y del proyecto DER2008-03941/JURI “Historia de los derechos fundamentales: Siglo XX” del Ministerio de Educación.

accedían a las atenciones médicas según su capacidad para pagarlas, lo que suponía la virtual exclusión de la mayoría de la población de los cuidados médicos o de una atención mínima. Las únicas medidas de protección general pasaban por medidas de “beneficencia”, bien por parte del Estado o bien privadas.¹¹

Por contraste, uno de los aspectos destacados de las políticas del “Welfare State” ha sido la participación del Estado en la promoción y protección de la salud de la población, mediante la extensión de sistemas públicos de salud y mediante el progresivo reconocimiento y politización de un derecho a la protección de la salud. El derecho a la protección de la salud –así como otra serie de derechos conexos- será recogido tanto en las constituciones como en distintas declaraciones de derechos. Del mismo modo, un sensible incremento el gasto público permitió una considerable expansión tanto de los beneficiados como de las prestaciones. Estos fenómenos expansivos sin duda tuvieron una traducción en una importante mejora de la salud de la población, si nos atenemos a los indicadores con los que habitualmente son realizadas las comparaciones. Pero además han supuesto un efecto redistributivo y equilibrador con respecto a la renta.

Se habla en general de “derecho a la protección de la salud”, pero la propia denominación de este derecho y, por consiguiente, su concepto, su significado, su alcance normativo, las técnicas jurídicas para su protección, distan de estar claros y de suscitar un mínimo consenso. Así, se ha podido hablar, como mínimo, de un “derecho a la salud”, de un “derecho a la asistencia sanitaria”, de un “derecho a la protección de la salud”, “derecho a gozar de un nivel adecuado de salud”, “alto nivel de protección de la salud humana” o incluso, paradójicamente de expresiones en apariencia tan contradictorias entre sí como el “derecho al máximo nivel posible de salud” o el “derecho a un mínimo decente de asistencia sanitaria”. Tomadas en su formulación estricta, cada una de ellas tendría un significado y un alcance muy diferente. Pero también es cierto que en las distintas declaraciones se podrían encontrar algunos elementos relevantes para su análisis: a)

¹¹ LEMA AÑÓN, C., Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social, Madrid, Dykinson, 2009.

derecho a un nivel de vida adecuado que asegure salud y bienestar; b) derecho a la asistencia médica y servicios sociales necesarios; y c) derecho a seguro de enfermedad (para afrontar la enfermedad en la medida en que supone una pérdida de los medios de subsistencia –trabajo- por circunstancias independientes de la voluntad).

Quizá en lo primero que hay que reparar es si cabe hablar de “derecho a la protección de la salud” –o cualquiera de las otras alternativas- o de “derecho a la salud”. Aunque es habitual hablar de “derecho a la salud”, se ha criticado que, entendido estrictamente, no tendría sentido al venir a significar como mínimo un “derecho a no estar enfermo”, lo que está fuera de las posibilidades jurídicas. Es decir, este derecho no puede garantizar un resultado que está fuera del alcance humano, sino la utilización de ciertos medios para la protección de la salud.

En cualquier caso, la hipótesis que mantendremos sobre el concepto del derecho a la salud se expresa en los siguientes cuatro puntos. Todo ello tendrá consecuencias en –y se desarrollará en el tratamiento de- el fundamento, la estructura jurídica y la garantía de este derecho.

- 1) Frente a las teorías negadoras de este derecho, es posible hablar de un derecho a la protección de la salud, con lo que se quiere decir que este derecho:
 - a. tiene sentido conceptualmente y
 - b. está justificado.
- 2) El derecho a la protección de la salud es un derecho complejo en cuanto expresa una serie de elementos diferentes y conectados, entre los cuales están al menos:
 - a. el derecho a no ser dañados en nuestra salud por terceros, sean públicos o privados,
 - b. el derecho a que el Estado promueva una serie de medidas y políticas de protección y promoción de la salubridad pública, medio ambiente y seguridad que creen las condiciones para que la salud de los individuos no se vea amenazada y

c. el derecho a la asistencia sanitaria

- 3) El derecho a la protección de la salud no se identifica meramente con un “derecho negativo” a que no sea dañada nuestra salud. Así pues, sería posible distinguir entre una vertiente negativa y una vertiente positiva del derecho a la protección de la salud.
- 4) El derecho a la protección de la salud no se identifica con un derecho a la asistencia sanitaria, aunque éste sea una parte fundamental del mismo.

2.2.2.1. Las ventajas de identificar el derecho a la protección de la salud con el derecho a la asistencia sanitaria

Son de dos tipos, puesto que:

- 1) permite:
 - a. definir claramente el alcance del derecho y
 - b. hasta cierto punto, definir las medidas para suprotección y
- 2) permite postular este derecho sin necesidad de optar por un concepto de “salud” que sería de difícil definición.

2.2.2.2. Estas aparentes ventajas quedan difuminadas

Puesto que:

- a) si es cierto que mediante esta configuración se puede acotar el problema,
 - a. no está claro que esto permita determinar el “mínimo protegido” por el derecho (al menos sin acudir a una definición de “salud”, que es otra de sus presuntas ventajas) al tiempo que,
 - b. limitar el “derecho a la protección de la salud” a un “derecho a la asistencia sanitaria” no ofrece mejores posibilidades de garantía del derecho ya no en caso de incumplimiento individual, sino de abstención general de los

poderes públicos, o lo que es lo mismo, queda en pie el problema de las garantías

- b) es cierto que no tener que optar por establecer una definición de “salud” podría ser ventajoso habida cuenta de las dificultades que esto ofrece, sin embargo, no parece fácil –como se ha sugerido– que se pueda determinar un mínimo protegido sin apelar a algún concepto mínimo de salud, pues siendo cierto que algunas teorías de la justicia propuestas desde el liberalismo igualitario (J. Rawls) han optado por no elaborar una teoría de las “necesidades básicas” que señalen un nivel mínimo, para centrar la cuestión en los deseos y preferencias del agente con la intención de proteger su autonomía
 - a. incluso en versiones de defensa de un derecho a la salud que se inspiran en Rawls, como la de N. Daniels, parece difícil prescindir de este concepto, al tiempo que
 - b. desde otras propuestas provenientes del liberalismo igualitario, se ha impugnado esta vía (C. Nino, A. Sen), defendiendo la necesidad de utilizar ese concepto (o el de capacidades básicas en caso de Sen) como requisito precisamente para garantizar la autonomía.

2.2.2.3. Propuesta de limitar el derecho a la protección de la salud aun derecho a la asistencia sanitaria

Tiene inconvenientes, puesto que hablar de “derecho a la asistencia sanitaria” como un derecho que agota el “derecho a la protección de la salud” propone implícitamente un concepto de salud (lo que nuevamente relativiza la presunta ventaja expresada en un concepto de salud que además, sin más matices, podría ser:

- a) restrictivo, en la medida en que aproxima “salud” a “ausencia de enfermedad”, pues desconoce la conexión de la asistencia sanitaria con otro tipo de prestaciones (referidas, por ejemplo a enfermos crónicos),

- b) descontextualizado, porque identifica protección de la salud con asistencia sanitaria y con ello desconoce otros elementos fundamentales de las estrategias sanitarias, como es la salud preventiva o incluso la salud pública, y
- c) desconocedor de la conexión directa de la protección de la salud con otras instituciones y bienes que no se reducen al ámbito del sistema de asistencia sanitaria, como es el medio ambiente no (excesivamente) contaminado, calidad de la vivienda, etc.

2.3. EL FUNDAMENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD: TEORÍAS DE LA JUSTICIA Y DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

Defender que es posible hablar –frente a teorías negadoras- de un derecho a la protección de la salud, quiere decir dos cosas: que tendría conceptualmente sentido hacerlo desde un punto de vista jurídico y en segundo lugar que estaría justificado hacerlo, atendiendo a consideraciones metajurídicas. De alguna forma, estos dos planos representan dos formas de responder a la pregunta de si existe un derecho a la protección de la salud. La pregunta, así formulada, parece un poco imprecisa y quizá poco relevante. Sin embargo, sí que tiene relevancia cuestionarse si tiene conceptualmente sentido hablar de un auténtico derecho a la protección de la salud (más allá del hecho de que distintas constituciones y declaraciones internacionales de derechos hablen del mismo) o, en otro plano, si hay una pretensión justificada que pueda dar lugar al establecimiento de un derecho.

2.3.1. Las negaciones de un derecho a la salud: la propuesta “libertaria”.

Una respuesta radical a estas cuestiones consiste en negar que el derecho a la protección de la salud esté justificado. Las posturas de este tipo suelen sostener bien alternativa, bien cumulativamente, dos tesis:

- a) que no es conveniente o no está justificado hablar de la salud en términos de derechos; y
- b) que en todo caso el derecho a la protección de la salud no se trataría de un derecho autónomo, sino que formaría parte de otros derechos pues consistiría únicamente en
 - a. un derecho a que nuestra salud no sea dañada por terceros (empezando por el Estado), por lo que no sería en ningún caso un derecho autónomo sino que formaría parte de o sería otra forma de hablar del derecho a la vida y a la integridad o
 - b. en un derecho a adquirir libremente asistencia sanitaria de terceros dentro de las leyes del mercado.

Sin duda, las propuestas más extremas en cuanto a la negación de un derecho a la protección de la salud han venido inspiradas en las propuestas “libertarias” de autores como Robert Nozick. Ésta es desde luego la perspectiva de un influyente autor como es T. Engelhardt y que, como veremos, niega que se pueda hablar de un derecho a la protección de la salud.

Desde este punto de vista, pues, el derecho a la protección de la salud sólo podría entenderse en el sentido anteriormente visto en el punto b) en sus dos versiones: como un derecho a no ser dañado o como un derecho a adquirir servicios sanitarios. O, lo que es lo mismo, que no existe un derecho a la protección de la salud, sino los derechos de libertad y propiedad (incluyendo la propiedad sobre el propio cuerpo). Si el individuo es propietario soberano de su cuerpo, puede decidir cómo lo trata, qué parte de su renta está dispuesto a dedicar a su cuidado y, en otro sentido, qué servicios médicos está dispuesto a proporcionar a otros y a qué precio. Pero en cualquier caso, el Estado nada tiene que decir aquí, puesto que el ámbito de la justicia viene definido por los procesos de apropiación de las cosas y por la no violación de los derechos de libertad y propiedad y el hecho de que una persona caiga enferma es una incidencia ajena a esta cuestión que, por supuesto, no otorga ningún derecho de asistencia y mucho menos si ello implica la apropiación coactiva de recursos ajenos.

2.3.2. La salud como lotería natural: la propuesta de T. Engelhardt.

T. Engelhardt ofrece una versión más sofisticada de este argumento. Para Engelhardt la propia idea de los derechos como reclamos frente a terceros se sitúa en el plano de la justicia. Suponer que existe un derecho a la protección de la salud, significa suponer que existe un imperativo de justicia relativo a la salud. Pero entonces, eso vendría a ser equivalente a suponer que la enfermedad es una injusticia, lo que niega tajantemente. Por el contrario, la salud o la enfermedad es una cuestión de azar o de suerte: será una cuestión de mala suerte, pero no de injusticia. Habría una lotería natural (así como una lotería social) pero no se puede decir que sus resultados sean un problema de justicia.

La crítica a la tesis de Engelhardt puede hacerse desde dos puntos de vista: a) cuestionando que la salud (o su ausencia) se pueda atribuir en realidad (siempre) a una lotería natural y b) cuestionando la relevancia de su delimitación del campo de la justicia, es decir, que incluso circunstancias debidas al azar no puedan tener relevancia en el discurso moral. Y es que con respecto a lo segundo, bien podría afirmarse que injusticia no es padecer una determinada enfermedad, sino padecer una enfermedad que con un reparto más igualitario de los recursos se habría podido evitar.

2.3.3. El deber de beneficencia: la propuesta de A. Buchanan.

El deber de beneficencia es la alternativa que Allen Buchanan ofrece a una negación tan rotunda del derecho a la asistencia sanitaria. Buchanan también rechaza la existencia de un derecho a la asistencia sanitaria. Lo hace además con la idea de que si existiese o se reconociese un derecho a la asistencia sanitaria, éste sería virtualmente ilimitado. Ésta parece ser en el fondo la preocupación que late en su propuesta. Su propuesta no es estrictamente libertaria: aun compartiendo muchos de sus puntos de vista, su principal argumento estriba en las dificultades de las aproximaciones basadas en derechos. Sí coincide con Engelhardt, en cambio, en situar las pretensiones en materia de cuidado de la salud fuera del ámbito de la justicia (y fuera del ámbito de los derechos) y reconducirlas al

ámbito no de un derecho a la protección de la salud, sino de un cierto deber de beneficencia que justificaría un mínimo grado de asistencia sanitaria, pero en ningún caso una pretensión moral o jurídica virtualmente ilimitada respecto a la asistencia sanitaria. El carácter voraz del derecho a la protección de la salud se trata de un argumento muy a tener en cuenta y sobre el que volveremos.

2.3.4. Utilitarismo y derecho a la protección de la salud.

En el ámbito que nos ocupa el utilitarismo ha sido una concepción sobre la equidad en la sanidad muy extendida entre los teóricos de la salud comprometidos con el Estado del bienestar. No obstante, aun siendo una teoría de la justicia en el ámbito social, es discutible que el utilitarismo pueda proporcionar una base para la fundamentación de los derechos y en nuestro caso del derecho a la protección de la salud. Pero, en cualquier caso, no sería tan importante aquí valorar la capacidad del utilitarismo para fundar derechos –que ni siquiera parece ser su pretensión- como evaluar sus méritos como teoría adecuada para proporcionar criterios de equidad en las políticas públicas de protección de la salud.

Para el utilitarismo, las políticas sanitarias más adecuadas serían las que lograsen maximizar la suma de los estados de salud de los individuos (que en este caso sería equivalente al bienestar o la utilidad). Comparar dos políticas sanitarias alternativas podría hacerse a partir de la comparación de sus respectivas consecuencias en cuanto al bienestar o utilidad (el nivel de salud) agregado, entendido como la suma de los estados de salud de los individuos relevantes. De este modo, un sistema sanitario justo sería aquel que consiguiese aumentar al máximo la salud agregada de todos los ciudadanos. Determinadas versiones del utilitarismo, utilizan una medida más subjetiva, basada en las preferencias de los individuos, para así escapar de los problemas que tendría la definición de una medida objetiva (en este caso “salud”).

En el primer caso, un criterio objetivista es el de la utilidad-salud, es del de los “Años de Vida Ajustados por la Calidad” (AVAC). Las versiones más subjetivistas optarían por mecanismos de mercado y de seguro para medir la satisfacción de las preferencias.

2.3.5. El cálculo de AVAC.

El criterio llamado “Año de Vida Ajustado por la Calidad de vida” (AVAC o QALY: Quality-Adjusted Life Year) consiste en asumir que la expectativa de un año de vida saludable tiene un valor 1, y que la expectativa de un año de salud deficiente vale menos de 1. Si el criterio utilitarista en materia de salud sería maximizar la suma de los estados de salud de los individuos, y si la salud se puede medir mediante los AVAC, entonces, el criterio utilitarista recomendaría la maximización de AVAC. Por consiguiente, una política justa sería la que maximizase los AVAC para el conjunto de la población relevante.

Aunque el AVAC tiene importantes ventajas de medición, ha sido objeto de importantes críticas, la mayoría de las cuales destacan que estos criterios generan resultados poco igualitarios y discriminadores con respecto ciertos grupos como los pacientes más graves, los pacientes pobres, los pacientes más viejos, etc.

2.3.6. La “presunción en favor del mercado”.

El punto de vista utilitarista, sobre todo en su versión más subjetivista, puede considerarse que tiene una presunción a favor del mercado, justificando en todo caso la imposición de un seguro obligatorio por parte del Estado en sólo ciertos supuestos: para establecer un seguro mínimo por criterios paternalistas justificables, y en la medida en que ello podría producir externalidades positivas.

2.3.7. ¿Un mercado sanitario?

Las posturas examinadas coinciden en otorgarle al mercado un enorme peso en la distribución de los recursos sanitarios. No obstante el cuestionamiento de que el simple y puro mercado pueda hacer una distribución de los recursos sanitarios eficiente y justa ha sido argumentado por parte de diferentes autores según razones de dos tipos: a) los que se centran en resaltar la ineficiencia del mercado sanitario (cuyas características intrínsecas lo alejarían del modelo de mercado competitivo) y b) los que se centran en resaltar las consecuencias desigualitarias del mismo. Aunque se trata de argumentos de diferente tipo, en este caso no son contradictorios. Según R. Dworkin habría al menos tres razones de este segundo tipo por las cuales estas políticas resultan inaceptables: a) La riqueza está tan injustamente distribuida que la mayoría de la gente sería incapaz de comprar un seguro de salud sustancial a precios de mercado; b) la mayoría de la gente tiene una información inadecuada con respecto a riesgos a la salud o sobre la tecnología médica; c) en un mercado sin regulación las compañías de seguros cargarían a algunas personas con tarifas elevadas debido los mayores riesgos en cuanto a su salud, por lo que las personas con un historial médico “inadecuado”, los miembros de grupos étnicos particularmente susceptibles de determinadas enfermedades, o los que viviesen en áreas expuestas a mayores riesgos de padecer accidentes, tendrían que pagar tarifas prohibitivas.

2.3.8. El derecho a la protección de la salud en el liberalismo igualitario.

2.3.8.1. Consideraciones generales.

Se puede considerar que la concepción liberal-igualitarista de la justicia tuvo su moderna sistematización en la obra *A Theory of Justice* de John Rawls, publicada en 1971. No obstante, a efectos expositivos, tomaremos como referencia en primer lugar la propuesta de R. Dworkin, también situada en el marco del liberalismo igualitario y con importantes similitudes respecto a Rawls. La razón de ello es que Dworkin, al contrario que Rawls se

ocupa específicamente de la cuestión de la protección de la salud y por eso nos permite plantearnos de forma más directa los problemas de la propuesta liberal igualitaria.

2.3.8.2. La propuesta de Dworkin: el principio del “prudent insurance”.

La propuesta de Dworkin es interesante en la medida en que parece permitir dar respuesta a alguna de las objeciones planteadas por las propuestas utilitaristas y libertarias, pero sin ser vulnerable a algunas de las críticas a las que éstas son acreedoras. Con respecto a la propuesta utilitarista, Dworkin parece dar con la fórmula que permita un cálculo mínimamente objetivo, que tenga al mismo tiempo en cuenta las preferencias de los agentes, pero que en cambio no suponga un riesgo de desconocimiento grave de los derechos fundamentales. Por otra parte, la propuesta de Dworkin es menos la búsqueda de un fundamento para el derecho a la protección de la salud que la búsqueda de criterios de justicia que permitan distribuir equitativamente el gasto en salud y, sobre todo, establecer criterios para una racionalización del mismo que, a la vez, no supongan la vulneración de equidad pero que permitan ponerle límites.

Este es un punto importante, puesto que de tener éxito, permitiría salvar el conocido argumento manejado por los libertarios de que un supuesto derecho a la protección de la salud no conocería límites y sería un saco sin fondo, por lo que su reconocimiento resultaría problemático.

Dworkin parte en su argumentación por rechazar el ideal de justicia sanitaria que, a su modo de ver, ha venido operando durante milenios: el principio del rescate. El principio del rescate tendría dos partes conectadas: a) la vida y la salud son los principales bienes y todo lo demás es de menor importancia y debe ser sacrificado por ellos y b) el cuidado de la salud debe ser distribuido sobre la base de la igualdad, de modo que incluso en una sociedad en la que la riqueza esté desigualmente repartida, no se debería negar el cuidado a la salud que alguien necesite sólo por el hecho de ser tan pobre como para no poder permitírselo. Este principio, sostiene, aunque es intuitivamente atractivo (y ampliamente

utilizado retóricamente), no deja de ser, en el mejor de los casos, un noble ideal imposible de llevar a la práctica e inútil para solucionar cuestiones prácticas.

Como alternativa a esta situación, propone el ideal del “prudent insurance”: aunque rechaza una solución basada en profundizar el mercado de la salud por considerar que generaría consecuencias injustas, propone la utilización de un mercado hipotético de seguros médicos como instrumento de determinación de los principios de la justicia en este ámbito, un mercado en el que se podrían corregir las deficiencias de los mercados reales. Pero se trata de correcciones con respecto a las consecuencias de un mercado real que tienen un carácter moral: es decir, de lo que se trata aquí no es de corregir –aunque sea imaginariamente– los “fallos del mercado” con respecto al modelo de “competencia perfecta” descrito por los economistas, sino de corregir los motivos por los cuales el libre mercado, incluso si pudiese acercarse al modelo de competencia perfecta, tendría consecuencias injustas.

En realidad, lo que sugiere es un mecanismo de manifestación de preferencias que garantice que las mismas estén guiadas por criterios de imparcialidad y no por criterios estratégicos relativos a las circunstancias personales contingentes o a las posiciones de ventaja o desventaja que cada uno ocupe en ese mercado. De ahí, se trataría de imaginar qué clase de instituciones de cuidado de la salud se desarrollarían en una comunidad dadas tales condiciones. Estas instituciones serían justas en el sentido de que cualquier cantidad que esa comunidad gastase en total en el cuidado de la salud sería moralmente adecuada; y la distribución del cuidado de la salud en esa comunidad sería justa para esa sociedad. Ambas suposiciones estarían justificadas en la medida en que la distribución justa sería la resultante de la que gentes bien informadas se diesen a sí mismas a través de elecciones individuales, suponiendo que el sistema económico y la distribución de la riqueza fuera justa, lo que permitiría hacer esas elecciones. Así, Dworkin sugiere que en un principio las personas que tuviesen que “comprar” seguros tenderían a proveerse de la máxima protección posible y de todas las formas de tratamiento concebible en cualquier circunstancia, pero que después se darían cuenta de que el coste de un seguro tan ambicioso

sería prohibitivo (y no les dejaría nada para otros fines), por lo que optarían por un seguro más prudente.

2.3.8.3. Las objeciones al “prudent insurance”.

La propuesta de Dworkin ha suscitado algunas críticas que merecen ser examinadas. Así, A. Puyol ha cuestionado si el asociar la idea de derechos con la de responsabilidades individuales y con la de asunción de los costes de las elecciones propias –lo que en principio sería acertado- no lleva en ocasiones la idea de responsabilidad individual demasiado lejos. Y esto al menos en dos líneas de argumentación: a) porque ignora el problema de la formación de las convicciones y b) porque el principio de “prudent insurance” tiene ciertas consecuencias discriminatorias.

Por lo que se refiere al primer punto, Puyol advierte que en la teoría de Dworkin se da la paradoja de que prescribe la igualdad en las circunstancias que la persona no controla y responsabiliza a los individuos de sus convicciones, pero ignora la desigualdad en las circunstancias que contribuyen a la formación de las convicciones. Respecto a los segundo, si en general se asume –es un punto de partida de las propuestas liberales- que resulta justo responsabilizar a los individuos por acciones y decisiones de las que son responsables y es en general injusto hacerlo por circunstancias de las que no son responsables, no elegidas voluntariamente, entonces podría resultar discriminatorio con los más viejos o con las personas que padecen enfermedades minoritarias.

Una crítica más radical, sugerida por L. Jacobs, niega que el punto de vista de Dworkin sea capaz de proporcionar una justificación del acceso universal al cuidado de la salud. Esencialmente, el argumento de Jacobs consiste en lo siguiente: el igualitarismo de Dworkin al ser –según la propia expresión de Dworkin- “sensible a la ambición”, es decir, sensible a las diferentes ambiciones, objetivos y elecciones de los individuos, resulta incompatible con una política de acceso universal a la protección de la salud, en la medida en que obliga a optar por un sistema de protección de la salud basado en transferencias monetarias, y no a la provisión en especie que, siempre según Jacobs, sería el único

mecanismo compatible con el acceso universal, dado que es la única forma de tratar a las personas como no competidoras entre sí con respecto al bien salud.

Pero, al margen de esta crítica radical, aún se puede hacer una tercera crítica al modelo de Dworkin que afecta a sus presupuestos. Por lo aquí visto, la propuesta del “seguro prudente” tiene numerosas virtudes, pues es capaz de ofrecer una justificación de un sistema de salud amplio pero a la vez dando respuesta a las objeciones libertarias sobre la voracidad del gasto sanitario y sobre la responsabilidad individual. Y aún se puede considerar otra virtud del modelo: permitiría también establecer criterios de justicia social en la protección de la salud incluso en un contexto de injusticia social en la distribución de la riqueza. Pero si es capaz de ello, cabe preguntarse ¿por qué la protección de la salud? ¿Qué tiene de especial la cuestión de la salud que merezca este tratamiento diferente? ¿Acaso es un resto del “principio de rescate” que Dworkin había sugerido abandonar por completo? Creo que la propuesta de Dworkin no acierta a responder a estas preguntas, a por qué la protección de la salud es tan singular que puede merecer una consideración separada, pues intenta evitar por todos los medios la definición de “necesidades sanitarias”.

2.3.9. La importancia de la salud.

Por lo que se ha visto, Dworkin parece desconfiar de la idea de “necesidades” al menos por dos motivos: a) la idea de necesidad viene exigida por el impulso igualitario del “principio del rescate” (el impulso igualitario debería distribuirse según las necesidades), pero precisamente este principio resulta inadecuado; b) en la definición de necesidad intervienen elementos subjetivos que la hacen poco manejable incluyendo valoraciones morales diferentes, por lo que una sociedad liberal no se debería comprometer con ninguna de estas valoraciones dando una respuesta de tipo perfeccionista.

En lo que respecta al primer punto, las reflexiones de Dworkin en torno a la inadecuación del “principio del rescate” parecen adecuadas, en la medida en que este principio no parece un medio razonable para dar solución a las preguntas que ha de afrontar. Pero, a mi juicio,

la consecuencia de ello con respecto a la idea de las “necesidades” no es tanto que se deba abandonar esta vía, como que cualquier teoría de las “necesidades sanitarias” que se proponga deberá dar una solución razonable a esta cuestión.

Con respecto a la segunda cuestión, quizá esta objeción pueda valer por ejemplo para el problema del aborto, pero en la curación de determinadas enfermedades graves no parece que lo que estén en juego sean convicciones éticas inconmensurables. Sin embargo, sí que puede ser conveniente examinar con mayor detalle esta objeción y precisar si la definición de una teoría de las necesidades sanitarias exige comprometerse con una respuesta perfeccionista que ponga en peligro la autonomía moral de los sujetos o más bien el reconocimiento de ciertas necesidades básicas resulta un requisito de la misma. Este examen lo realizaremos en el punto siguiente.

Cabe en cambio preguntarse si es posible justificar un mínimo de protección a la salud exigible sin apelar –tal y como intenta Dworkin- a algún concepto de salud o a alguna teorización sobre “necesidades básicas en materia de salud”. O más bien las aproximaciones basadas en los seguros y el mercado, lejos de prescindir de una concepción de las necesidades sanitarias, lo que hacen es asumir una concepción implícita como ha sugerido críticamente N. Daniels.¹²

2.3.9.1. Necesidades básicas y autonomía.

C. Nino ha ofrecido una visión alternativa de la lectura sobre las necesidades que subyace a la visión expuesta anteriormente considerando, por el contrario, que el reconocimiento de las necesidades básicas tiene un papel relevante en el marco de una concepción liberal de la sociedad. A nuestros efectos, en el examen de la propuesta de Nino interesa menos la discusión sobre el concepto y los presupuestos del liberalismo, que examinar la plausibilidad de la segunda objeción al concepto de necesidades, aquella que dice que

¹² Organización Panamericana de la Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.- Washington: OPS, 1902-1996.

cualquier concepto de “necesidades básicas” incluye valoraciones morales diferentes y una determinada concepción de la naturaleza humana, con lo que un compromiso público con la idea de necesidades significaría una respuesta perfeccionista injustificada. Nino considera incluso que determinadas necesidades categóricas, es decir, aquellas que no dependen de los deseos o preferencias de los agentes, estarían justificadas en una concepción liberal en la medida en que sean prerequisites de la autonomía. La autonomía personal es el valor básico de la concepción liberal, pero hay que tener en cuenta que la autonomía tiene dos caras: su creación y su ejercicio. Y lo que defiende Nino es que la creación de tal autonomía – mediante la satisfacción de las necesidades básicas- tendría precedencia sobre las meras preferencias a la hora de la distribución de los recursos o capacidades.

Sea cual fuere el mérito y las implicaciones de la propuesta de Nino, de su argumentación se puede desprender a nuestros efectos que la idea de la satisfacción de las necesidades básicas no tiene por qué caer necesariamente en un perfeccionismo injustificado que defienda e imponga una concepción del particular del bien.

Con distintos acentos y matices, la idea de la vinculación entre la satisfacción de determinadas necesidades básicas y la creación de autonomía que expone Nino, ha sido desarrollada por otros autores al ocuparse, bien de la fundamentación y alcance del derecho a la protección de la salud, bien de la fundamentación de los derechos sociales de prestación o bien, con carácter más general, para construir una fundamentación teórica plausible de los conceptos de justicia social e igualdad. En lo que sigue, examinaremos algunas propuestas que parecen asumir esta perspectiva

2.3.9.2. Necesidades básicas y derechos.

De lo anteriormente dicho se puede concluir que la acusación de que hablar de necesidades básicas y del imperativo de su satisfacción implica introducir valoraciones morales que supongan favorecer una concreta noción de bien y conducir a soluciones perfeccionistas, no es un argumento concluyente contra el uso de esta noción o contra el imperativo de su

satisfacción. No obstante, la cuestión de las necesidades básicas plantea al menos dos tipos de problemas. En primer lugar, a) qué concepto de necesidades básicas adoptar y en este sentido, cómo identificar necesidades básicas y en segundo lugar b) cómo pasar de la constancia de la existencia de determinadas necesidades básicas a la fundamentación de determinados derechos, o lo que es lo mismo, cómo conectar –si es que resulta posible sin cometer una falacia naturalista- el ser y el deber ser.

Respecto al primero de los problemas, del examen de propuestas como las de M^a J. Añón, R. Zimmerling o M. Nussbaum, parece poder desprenderse que la vía negativa, basada en considerar la carencia, parece ser la vía más promisorio para una cierta determinación del concepto de necesidades humanas. Con respecto al segundo, parece razonable afirmar que no existe ningún nexo lógico entre la existencia fáctica de una necesidad y el derecho a que esa necesidad sea satisfecha. Pero también cabría sostener que las necesidades, en cambio, sí que pueden constituir razones que expliquen o fundamenten su satisfacción y que estas razones, si bien no serían concluyentes, sí que serían cualitativamente distintas de las basadas no en necesidades sino, por ejemplo, en deseos o preferencias. En lo que se refiere a la capacidad para ofrecer una fundamentación de los derechos humanos desde las necesidades básicas, las necesidades podrían ofrecer argumentos para la fundamentación de los derechos, pero no servirían por sí solas para establecer directamente la existencia de derechos.

2.3.9.3. Derecho a la protección de la salud como derecho a la igualdad de oportunidades.

Una propuesta importante que necesariamente hay que tratar al hablar de la justificación del derecho a la protección de la salud y de la ubicación del cuidado de la salud dentro de una construcción normativa sobre la justicia es la que ha desarrollado en las últimas décadas Norman Daniels, en la línea de fundamentar el derecho a la protección de la salud en el derecho a la igualdad de oportunidades dentro de un esquema ampliamente inspirado en Rawls. No obstante, Daniels aspira a que su conclusión más general en este punto, esto es,

la fundamentación teórica de un derecho a la protección de la salud, no dependa de la aceptación de la teoría de Rawls o incluso de sus principales aspectos. Por el contrario, sostiene que según su esquema, el derecho a la protección de la salud podría quedar justificado en el seno de cualquier teoría de la justicia que incluyese un principio de justa igualdad de oportunidades.

Por otra parte para justificar el derecho a la protección de la salud como un requisito de justicia que viene exigido además por los principios de justicia teorizados por Rawls, Daniels necesita separarse de éste, si no en el esquema general de la teoría, sí en aspectos importantes. Y es que en la teoría de la justicia de Rawls la cuestión de la salud es poco relevante. Ésta irrelevancia de la salud en la se manifiesta al menos en dos puntos: en primer lugar en la abstracción de las cuestiones relativas a la salud en la posición originaria, y en segundo lugar en la irrelevancia de la salud como bien social básico a considerar.

El esfuerzo de Daniels por extender la teoría de Rawls a la justificación de un derecho a la protección de la salud, se puede entender como una tentativa de salvaguardar las virtudes de generalidad y abstracción del esquema rawlsiano, haciéndolo a la vez más sensible a la protección de los más desaventajados desde el punto de vista de los bienes naturales. Así, Daniels no se limita a hacer de la protección de la salud un imperativo de justicia –lo que es la finalidad de su adaptación de la teoría rawlsiana. Daniels considera que la estrategia adecuada para fundamentar un derecho a la protección de la salud en el esquema de Rawls no puede basarse en incrementar o ampliar el índice rawlsiano de bienes primarios de forma que incluya la atención y el cuidado de la salud, sino que considera que la estrategia más prometedora para extender la teoría de Rawls a la justificación de un derecho a la protección de la salud pasa más bien por incluir las instituciones relativas al cuidado de la salud entre las instituciones sociales encargadas de proporcionar una justa igualdad de oportunidades. El principal presupuesto para sostener esta tentativa, es afirmar que tanto la enfermedad como la discapacidad restringen la gama de oportunidades que de otro modo estarían abiertas al individuo.

No obstante, la contribución del cuidado de la salud a la protección de nuestra gama de oportunidades estaría limitada en dos sentidos: a) porque existen otros condicionantes que afectan profundamente a la igualdad de oportunidades, como son la renta, la riqueza y la educación; b) porque el cuidado de la salud, si se limita al objetivo de proteger el “funcionamiento normal” no modifica la distribución normal de talentos y habilidades, por lo que nos hace funcionar en todo caso como competidores “normales” y no como estrictamente iguales.

Además, lo que es importante a nuestros efectos, habla expresamente de necesidades en el cuidado de la salud, presupone un cierto concepto de salud y se esfuerza en fundamentar la importancia de la protección de la salud y del bien salud. Este asunto es relevante, porque en esta medida se separa no sólo de Rawls sino también de una perspectiva emparentada con ella como es la de Dworkin. El concepto de “funcionamiento normal” es el que permite considerar la protección de la salud como algo especial frente a otros condicionantes que admite que también afectan a la justa igualdad de oportunidades, tales como riqueza, renta y educación. Este parámetro de “funcionamiento normal” de los individuos “considerados como miembros de una especie natural” es lo que permite otorgar un carácter objetivo a las necesidades sanitarias y entenderlas como necesidades básicas que son objetivas (independientes de las preferencias de los sujetos).

En este punto cabe pensar que Daniels supera limpiamente las dos objeciones por las que Dworkin desconfiaba de cualquier teoría de las necesidades sanitarias: a) la posibilidad de que la idea de necesidades sanitarias se deslizase hacia un principio del rescate que se aparece como irrazonable por su incapacidad de justificar límites; y b) la posibilidad de que en la definición de las necesidades sanitarias se incluyan valoraciones morales subjetivas que presupongan una idea particular de lo bueno que generen respuestas públicas perfeccionistas.

2.3.9.4. Libertad, Igualdad y capacidades básicas.

La propuesta de Daniels no es la única vía posible para intentar inspirarse en Rawls en el intento de fundamentar un derecho a la protección de la salud. Una interesante propuesta que también tiene una cierta inspiración rawlsiana es la de G. Vidiella. En realidad, su propuesta se inspira no sólo en Rawls, sino que adopta ideas próximas a las de Sen o Nussbaum. Aunque en este punto importa más considerar las críticas que Vidiella hace a Daniels, porque llevan a aspectos muy centrales de esta discusión y ponen en cuestión lo que parecen ser las principales virtudes de la propuesta de Daniels.

Esencialmente, me interesa detenerme en dos críticas que Vidiella hace a la propuesta de Daniels: a) que al vincular el bien salud con el principio de justa igualdad de oportunidades concede al bien salud a la vez demasiada importancia y conduce a una visión reduccionista del mismo; y b) al vincular el derecho a la protección de la salud únicamente al principio de justa igualdad de oportunidades, no evita aludir a concepciones de lo bueno y la idea de “funcionamiento normal” toma partido por las concepciones de lo bueno que cada sociedad acepta como “razonables”. Así tomadas, parece que las objeciones de Vidiella se dirigen precisamente a las presuntas ventajas de una propuesta como la de Daniels con respecto a – por ejemplo- la de Dworkin, es decir, justificar la especial importancia de la salud con respecto a otros bienes y además no deslizarse hacia una concepción que privilegie de forma perfeccionista determinadas opciones morales o determinados planes de vida en detrimento de otros. Quizá no sean así del todo, pero las objeciones de Vidiella ayudan a precisar estas cuestiones.

En particular –y en esto creo que Vidiella tiene razón- critica la concepción de la salud como ausencia de enfermedad, que privilegia los componentes somáticos causales de la enfermedad (sería una concepción biologicista y unicausal de la enfermedad) y con ello suele priorizar la acción terapéutica sobre la preventiva. Pero si es así, la salud no podría aislarse de factores como la educación, el medio ambiente, las condiciones socioeconómicas y laborales, los hábitos de vida, la alimentación, etc., por lo que resultaría

inadecuado privilegiarla frente a estos aspectos. Lo que no me parece tan claro es que Daniels desconozca en su propuesta estos elementos: Daniels asume la defensa de un concepto de salud y enfermedad que él considera “estrecho”. En este sentido, las necesidades relativas al cuidado de la salud se limitarían a aquellas cosas que se necesitan para mantener, restaurar o proporcionar equivalentes funcionales (cuando sea posible) del “funcionamiento normal de la especie”.

La segunda objeción que hace Vidiella es la que dice que al vincular el derecho a la protección de la salud únicamente al principio de justa igualdad de oportunidades, no evita aludir a concepciones de lo bueno y que la idea de “funcionamiento normal” toma partido por las concepciones de lo bueno que cada sociedad acepta como “razonables”. En efecto, el principio de igualdad de oportunidades para Rawls se reduce a la obtención de empleos y oficios. La “extensión” que hace Daniels se basa en parte en ampliar los conceptos de sociedad y de oportunidad: a la sociedad no la integrarían sólo los productores, y las oportunidades no se limitan a la obtención de cargos y oficios, sino de persecución de los “planes de vida”. Para Vidiella, esta propuesta no se separa del espíritu de la propuesta de Rawls (en la medida en que éste también enfatiza el papel de los bienes sociales primarios en la conquista efectiva de las concepciones particulares del bien); pero lo que hace es introducir serias complicaciones en la idea de la justa igualdad de oportunidades. El motivo es que si las necesidades de la salud son definidas y jerarquizadas en función de los planes de vida, habría que determinar cuáles son los planes de vida “razonables” abiertos en una sociedad, para poder utilizar el concepto de “funcionamiento normal”.

Para evitar esta dificultad, Vidiella propone hablar de desarrollo de “capacidades básicas” en lugar de la igualdad de oportunidades, con lo que se evitaría el problema de definir los planes de vida “razonables” aceptables. Así, en lugar de vincular el derecho a la salud con la justa igualdad de oportunidades, Vidiella preferiría vincularlo efectivamente en la justa igualdad de oportunidades para establecer su carácter igualitario, pero también en el principio de la diferencia (compensar las desventajas de los menos afortunados, en este caso los enfermos). Con ello se recogería una crítica que Sen ha dirigido a Rawls en el

sentido de que la diversidad humana hace que las personas tengan necesidades muy distintas, que varían con el estado de salud, con la edad y longevidad, con las condiciones climáticas y geográficas, con el lugar de trabajo, el temperamento, etc. Así, los que padezcan algún tipo de incapacidad no podrán concretar sus proyectos incluso aunque posean el mismo índice de bienes primarios que otros que no están discapacitados. Por consiguiente el problema no será tanto la igualdad en el acceso a los bienes primarios (o a los recursos), sino que habrá que considerar también el provecho que los individuos obtienen en función de sus necesidades.

En una crítica a la propuesta de Sen, Daniels por su parte, objeta que al basarse en la “igualdad de capacidades básicas” lleva a que la exigencia de igualdad de oportunidades se extienda más allá de su propio concepto de “funcionamiento normal”. Con ello, según Daniels, el derecho a la protección de la salud se haría tan expansivo que haría inmanejable la administración de un sistema de protección de la salud, lo que es un argumento que ya hemos manejado.

No obstante la aparente distancia que provocan estas críticas, hay que notar que tanto Vidiella como Daniels están jugando con conceptos muy similares y moviéndose en el mismo terreno. La idea de una igual protección de las “capacidades básicas” de Vidiella (cerca en esto a Sen) y la protección del “funcionamiento normal” para la justa igualdad de oportunidades de Daniels en realidad no están tan separadas cuando se trata de proponer un modelo para la práctica, y muestran seguramente caminos muy fructíferos para esta discusión.

2.4. ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.

2.4.1. Derecho y Economía.

El Derecho tiene antecedentes más antiguos que la economía, en tal sentido la economía no tiene antecedentes muy remotos.

El derecho y la economía se deben aplicarse juntos, porque se dividen sólo para efectos de estudio.

Los principios económicos deben ser utilizados en el derecho, por lo cual todo jurista debe tener conocimiento de la economía.

En el derecho se estudia derecho privado, público y social, las cuales comprenden a todas las ramas del derecho.

En la economía se estudia la eficiencia económica de las Instituciones o Entidades de la Administraciones Pública, Privada y Cooperación Externa para medir costos, mercado, oferta y demanda, con herramientas económicas entre otros temas propios de la misma.

2.4.2. Funcionalismo Jurídico.

El funcionalismo caracterizado por el utilitarismo otorgado a las acciones que deben sostener el orden establecido en las sociedades, es una corriente teórica surgida en Inglaterra en los 1930 en las ciencias sociales, especialmente en sociología y también de antropología social. La teoría está asociada a Emile Durkheim y, más recientemente, a Talcott Parsons además de otros autores como Herbert Spencer y Roberto Merton.

La piedra angular del funcionalismo es el principio de **PERTINENCIA**, es decir que para realizar el estudio de cualquier objeto hace falta un punto de vista.

El movimiento funcionalista tiene como principal característica una visión que se centra en lo **EMPIRICO** y en la importancia de la labor práctica.

La teoría del funcionalismo está basado en la **TEORIA DE SISTEMAS** y supone que la organización de la sociedad es un sistema exige la resolución de cuatro cuestiones

esenciales: el control de las tensiones, la adaptación a un entorno, la búsqueda de un objetivo común y la integración de las distintas clases sociales.

2.4.3. Responsabilidad del Estado.

“El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas de publicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.”

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

“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.”

2.4.4. Responsabilidad del Órgano Rector.

Ministerio de Economía y Finanzas Publicas, en el marco de sus competencias, podrá:

- Ajustar los proyectos de presupuesto de ingresos y gastos de las entidades del sector público, cuando estas no cumplan con la normativa vigente y/o presenten déficit por encima de las metas fiscales.
- Efectuar las acciones necesarias a fin de concluir el proyecto del Presupuesto General del Estado una entidad pública no cumpla con la presentación de presupuesto institucional en los plazos establecidos.

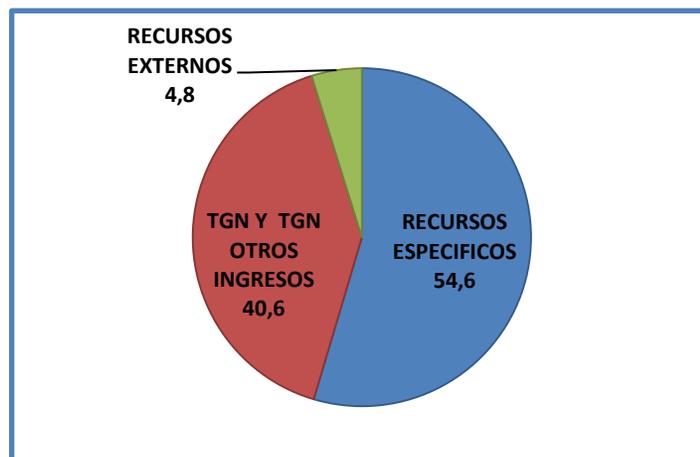
CAPITULO III

3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL DIAGNOSTICO DE LA ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

3.1. PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO-SECTOR SALUD.

En forma consolidada presupuesto total en salud no ajustado (sector salud más presupuesto en salud de las universidades), es de 8.132,6 millones de bolivianos y representa el 5,6% del Presupuesto General del Estado total consolidado, que es de 145.942,9 millones de bolivianos. Tomando en cuenta el cálculo ajustado, el presupuesto en salud disminuye a 7.963,9 millones de bolivianos, representando el 5,5% del Presupuesto General del Estado consolidado.

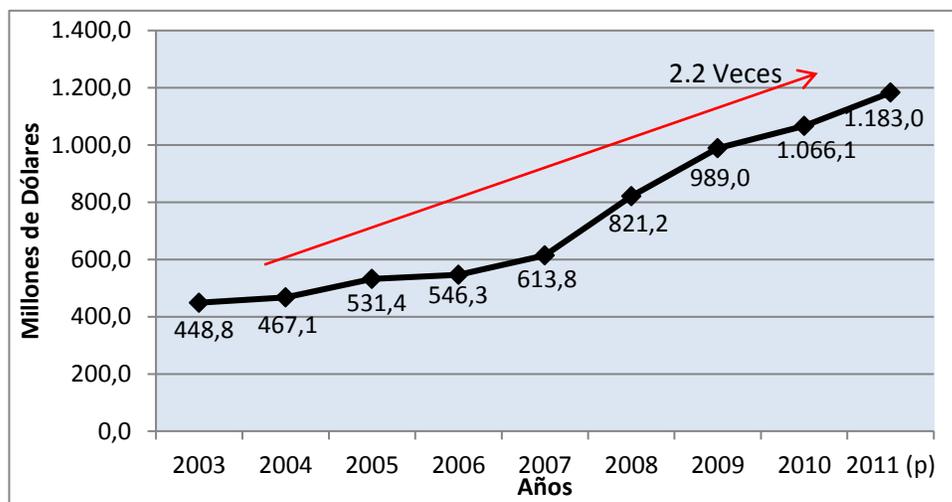
GRAFICO 3.1.: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO EN SALUD SEGÚN FUENTES DE FINANCIAMIENTO 2012



Fuente: Dupuy J. Análisis del Presupuesto General del Estado y Sector Salud 2012 en base a Asamblea Legislativa Plurinacional 2011

Si observamos el siguiente gráfico, existe un progresivo aumento del presupuesto anual destinado a salud de 448,8 millones de dólares el 2003 a 1.183,0 millones de dólares el 2012, es decir el presupuesto inicial se multiplicó por 2,2.

GRAFICO 3.2: EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD, BOLIVIA, 2003-2012



Fuente: Estudios de Cuentas de Salud. Ministerio de Salud y Deportes. Gestión 2012.

En el sector público todos los recursos se determinan al inicio de cada gestión, en función de los requerimientos de cada institución elabora para poder llevar a cabo sus actividades. Evidentemente el presupuesto tiene un crecimiento notorio en el periodo 2003 – 2012, pero si observamos la tendencia en porcentaje de gasto del presupuesto asignado la figura cambia conservándose casi estática con un promedio de 37,8%.

**CUADRO 3.1.: EJECUCIÓN DEL SUMI Y SSPAM COMO PORCENTAJE DE LA
COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL, 2011**

N°		INGRESOS (SUMI, SSPAM)	EGRESOS (PAGO A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD) PRESTACIONES SUMI, PRIMA DE COTIZACIONES SSPAM	PORCENTAJE DE EJECUCION
1	PANDO	6.029.914	5.021.475	83,28%
2	CHUQUISACA	56.326.467	45.866.918	81,43%
3	BENI	33.835.144	25.858.917	76,43%
4	SANTA CRUZ	155.717.721	114.548.048	73,56%
5	TARIJA	42.175.062	30.787.397	73,00%
6	ORURO	30.367.776	19.074.382	62,81%
7	COCHABAMBA	107.986.278	63.339.019	58,65%
8	POTOSI	64.569.336	34.922.681	54,09%
9	LA PAZ	202.045.902	96.388.737	47,71%
	TOTAL	699.053.600	435.807.575	62,34%

REFERENCIA: RANGOS DE EJECUCION,    

Fuente: Dirección General de Seguros de Salud. Unidad de Seguros Públicos. Ministerio de Salud y Deportes. 2013

Del presupuesto total para el sistema único de salud de 446.98 millones de dólares el 49% (217.50 millones de dólares) es destinado para los recursos humanos con fuente TGN, seguida de las prestaciones del SUMI con 36% (163,05 millones de dólares), como se puede apreciar a continuación:

**CUADRO 3.2: PRESUPUESTO GENERAL DEL SISTEMA UNICO DE SALUD,
2013.**

CATEGORÍA DE GASTO	MONTO	PORCENTAJ E
PRESTACIONES DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD	163.05	36%
RECURSOS HUMANOS (TGN)	217.50	49%
RECURSOS HUMANOS (GOBIERNOS MUNICIPALES)	11.05	2%
RECURSOS HUMANOS (GOBERNACIONES)	11.62	3%
RECURSOS HUMANOS (INGRESOS PROPIOS)	3.87	1%
PROGRAMAS NACIONALES	39.89	9%
TOTAL	446.98	100%

Fuente: Dirección General de Seguros de Salud. Unidad de Seguros Públicos. Ministerio de Salud y Deportes. 2013.

Fuentes de Financiamiento en Salud (TGN, IDH, Coparticipación Tributaria, Recursos Propios, Cooperación Internacional y Otros):

- a) **Tesoro General de la Nación (TGN).** Recursos de la administración central, originados de las recaudaciones tributarias, excedentes financieros de las empresas públicas, emisión de valores, saldos disponibles de la gestión anterior y otros. Incluye IDH y Coparticipación Tributaria.
- b) **Recursos Propios.** Ingresos percibidos por las instituciones descentralizadas y las empresas públicas, entidades financieras y gobiernos municipales, provenientes de las actividades específicas que realizan. Significan ingresos por la venta de servicios (Ministerio de Salud, cobro de impuestos y tramites (municipios y prefecturas), como también contrapartes realizadas por municipios u ONG's para la realización de proyectos.
- c) **Fuentes Externos.** Que están conformada por el crédito externo y donación.
 - a. Crédito Externo. Préstamos, monetizables y no monetizables, obtenidos de países y organismos y banca privada internacionales, mediante la suscripción de convenios bilaterales y multilaterales.

- b. Donación. Donación externa en especies y/o monetizable, proveniente de países y organismos internacionales.

El presupuesto total en salud (sector salud y universidades) está financiado al 54,6% por la fuente recursos específicos (que incluye en particular los aportes a la seguridad social de corto plazo, los recursos específicos municipales y las regalías), representando un monto total de 4.443,9 millones de bolivianos (de los cuales el 81,8% corresponde a la seguridad social de corto plazo). El 40,2% del presupuesto total en salud está financiado por la fuente Tesoro General de la Nación (3.267,4 millones de bolivianos), además del 0,4% por la fuente “TGN otros ingresos” (ingresos propios del Órgano Ejecutivo, por un monto presupuestado de 32,3 millones de bolivianos); finalmente, los recursos externos representan el 4,8% del presupuesto, respectivamente 1,5% provenientes de créditos externos (120,7 millones de bolivianos) y el 3,3% provenientes de donaciones externas (268,1 millones de bolivianos).

GRAFICO 3.3.: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO EN SALUD SEGÚN FUENTES DE FINANCIAMIENTO 2012



Fuente: Dupuy J. *Análisis del Presupuesto General del Estado y Sector Salud 2012 en base a Asamblea Legislativa Plurinacional* (2011)

Dentro de la fuente del Tesoro general de la Nación, los tres organismos financiadores Tesoro General de la Nación (111 - TGN), Participación Popular (113) y el Impuesto Directo a los Hidrocarburos (119 - IDH) representan la casi totalidad (98,6%) del presupuesto.

Así, el principal organismo financiador de la fuente TGN es el Tesoro General de la Nación (organismo financiador 111), con un monto presupuestado de 1.708,4 millones de bolivianos, representando el 21% del presupuesto total en salud y el 52,3% de la fuente TGN. Este monto está compuesto casi exclusivamente por el pago de los ítems a los Gobiernos departamentales, Ministerio de Salud y Deportes y universidades públicas.

Diferenciando entre programas de gasto e inversión pública, se observa que algunas fuentes de financiamiento y organismos financiadores están privilegiados para la inversión pública, como los créditos externos (46,7% de esta fuente corresponde a inversión pública en salud), las donaciones externas (22,3% destinados a inversión pública en salud) y el IDH (23,9% del IDH para salud es destinado a inversión pública). De hecho, si los recursos externos representan solamente el 4,8% del presupuesto total en salud, representan el 18,6% del presupuesto de inversión pública en salud. De la misma forma, el Impuesto Directo a los Hidrocarburos financia solamente el 9,1% del presupuesto total en salud, pero financia el 23,9% del presupuesto de inversión pública.

CUADRO 3.3.: PRESUPUESTO EN SALUD 2012 SEGÚN FUENTE DE FINANCIAMIENTO, EN BOLIVIANOS

Fuente / Org. Financiador	Programas de Gasto	Proyectos de Inversión	TOTAL en bolivianos	% Total
TESORO GENERAL	3.005.342.261	262.022.824	3.267.365.085	40,2
111 - TGN	1.673.186.229	35.256.487	1.708.442.716	21,0
113 - Participación popular	733.471.811	42.401.272	775.873.083	9,5
119 - IDH	560.852.997	176.382.069	737.181.066	9,1
Otros Org. Financiadores	37.831.224	8.036.996	45.868.220	0,6
TGN OTROS INGRESOS	32.337.360	0	32.337.360	0,4
RECURSOS ESPECÍFICOS	4.197.764.251	246.116.909	4.443.881.160	54,6
CRÉDITO EXTERNO	64.254.547	56.404.100	120.658.647	1,5
DONACIÓN EXTERNA	208.299.298	59.810.247	268.109.545	3,3
TOTAL GENERAL	7.507.997.717	624.354.080	8.132.351.797	100

Fuente: Dupuy J. Análisis del Presupuesto General del Estado y Sector Salud 2012 en base a Asamblea Legislativa Plurinacional (2011)

El presupuesto asignado a salud (no ajustado) representa el 5,6% del Presupuesto General del Estado consolidado. Analizando por fuente de financiamiento, este porcentaje es muy variable: el 9,9% del total de la fuente donación externa va al sector salud, el 5,7% de los recursos específicos y el 5,8% de la fuente TGN, demostrando una vez más la falta de priorización del sector salud dentro de los presupuestos públicos. En cuanto a la fuente créditos externos, que puede ser en particular usada para construcción de infraestructuras y equipamiento de establecimientos de salud, solamente el 1,9% está inscrito para salud

**CUADRO 3.4.: PRESUPUESTO EN SALUD 2012 EN % DEL PGE TOTAL CONSOLIDADO,
SEGÚN FUENTE**

Fuente / Org. Financiador	Programas de Gasto %	Proyectos de Inversión %	TOTAL %
TESORO GENERAL	5,9	4,5	5,8
111 - TGN	4,8	3,1	4,8
113 - Participación popular	15,6	3,1	12,8
119 - IDH	11,6	6,4	9,7
Otros Org. Financiadores	0,6	1,4	0,7
TGN OTROS INGRESOS	1,4	0,0	1,4
RECURSOS ESPECÍFICOS	6,2	2,4	5,7
CRÉDITO EXTERNO	4,6	1,1	1,9
DONACIÓN EXTERNA	14,3	4,8	9,9
TOTAL GENERAL	6,1	2,8	5,6

Fuente: Dupuy J. Análisis del Presupuesto General del Estado y Sector Salud 2012 en base a Asamblea Legislativa Plurinacional (2011)

En conclusión el total del Presupuesto General del Estado que incluye a todos los sectores, para la gestión 2012, alcanzó a 145.942,9 millones de bolivianos. Sin embargo, se comprobó que más del 40% de este monto corresponde a empresas públicas y se dirige entonces a sectores productivos, y no a sectores sociales.

Solo el 5,2% del presupuesto General del Estado está asignado al sector salud (5,5% si se toma en cuenta el presupuesto en salud de las universidades), representando un monto de 701,3 bolivianos por habitante, demostrando una importante falta de priorización del sector dentro de las políticas públicas, a pesar de que las intervenciones en salud tienen generalmente impactos muy positivos sobre la productividad, el ingreso, la educación, etc.

Por otra parte, la inversión pública en salud es aún menos priorizada por parte de las autoridades públicas, ya que solamente el 2,5% del presupuesto total de inversión pública del Estado Plurinacional se asigna al sector salud (Bs. 559,9 millones) y solamente el 4,3% del grupo de gasto 40000 – activos reales (Bs. 920,9 millones) cuando se estima que se

necesita al menos 3.600 millones de inversión prioritaria en infraestructura y equipamiento de primer y segundo nivel.

3.1.1. Gastos en Salud del Nivel Central, Departamental y Municipal

Revisando la evolución de gasto total en salud del país desde el 2003 cuando el gasto total fue de 3.448.085.622 bolivianos, fue incrementándose paulatinamente registrándose el 2010 un total de 7.541.560.182 bolivianos, que refleja un 118,7% (4.093 millones de bolivianos) de incremento a lo largo de estas ocho gestiones. Con una tasa de crecimiento anual media del gasto total en salud en el periodo 2003-2010 es de 12% en valor nominal.¹

CUADRO 3.5.: EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD EN VALOR NOMINAL, BOLIVIA, 2003-2010

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gasto total en salud (Bs. millones)	3.448,1	3.715,4	4.297,9	4.401,8	4.836,9	5.951,2	7.017,3	7.541,6
Gasto total en salud (US\$ millones)	449,6	467,5	531,5	546,1	612,7	816,8	992,6	1.067,0
Tasa de crecimiento anual nominal	-	7,8%	15,7%	2,4%	9,9%	23,0%	17,9%	7,5%
T. crecimiento acumulada (desde 2003)	-	7,8%	24,6%	27,7%	40,3%	72,6%	103,5%	118,7%

Fuente: Dupuy J. *Análisis del Gasto y Financiamiento en Salud en Bolivia 2012 en base a datos de Ávila et al. (2011) Álvarez y Cárdenas (2011, 2012a y 2012b)*

El gasto total en salud en valor real se habría incrementado en un 57,5% entre 2003 y 2010. La tasa de crecimiento anual real del gasto total fue en promedio de 6,8% durante este periodo. Con un ligero descenso del gasto en salud en valor real, debido al bajo incremento nominal del gasto en salud este año (+2,4%)

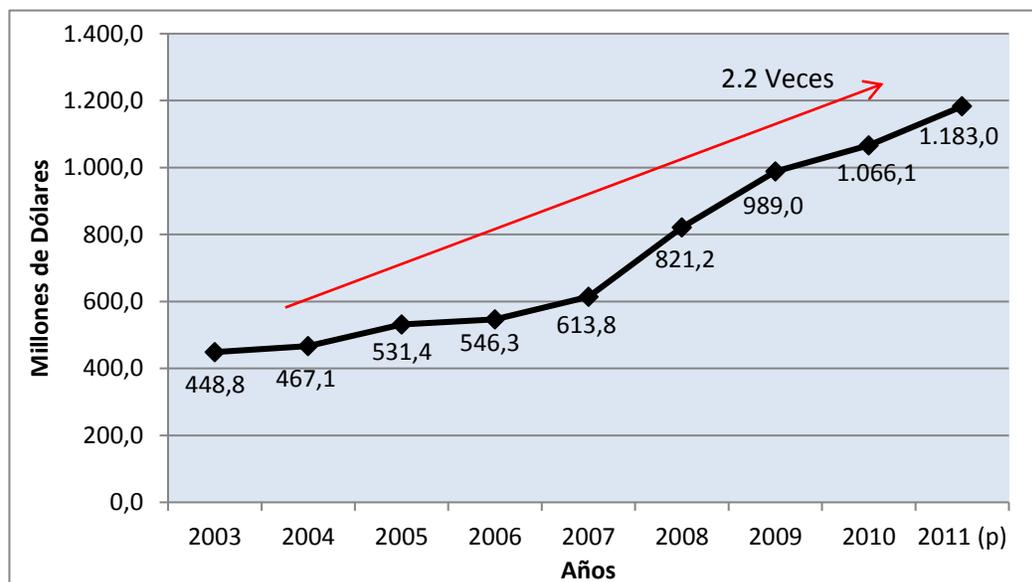
CUADRO 3.6.: EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD EN VALOR REAL, BOLIVIA, 2003-2010

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Gasto total en salud en valor real (Bs. millones) (año base = 2003)</i>	3.448,1	3.618,7	4.023,4	3.961,3	4.088,8	4.685,4	5.245,8	5.431,3
Tasa de crecimiento anual real	-	4,9%	11,2%	-1,5%	3,2%	14,6%	12,0%	3,5%
T. crecimiento real acumulada (2003)	-	4,9%	16,7%	14,9%	18,6%	35,9%	52,1%	57,5%

Fuente: Dupuy J. Análisis del Gasto y Financiamiento en Salud en Bolivia 2012 en base a datos de Ávila et al. (2011) Álvarez y Cárdenas (2011, 2012a y 2012b) e INE (2011)

Si observamos el siguiente gráfico, existe un progresivo aumento del presupuesto anual destinado a salud de 448,8 millones de dólares el 2003 a 1.183,0 millones de dólares el 2012, es decir el presupuesto inicial se multiplicó por 2,2.

GRAFICO 3.4.: EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD, BOLIVIA, 2003-2012

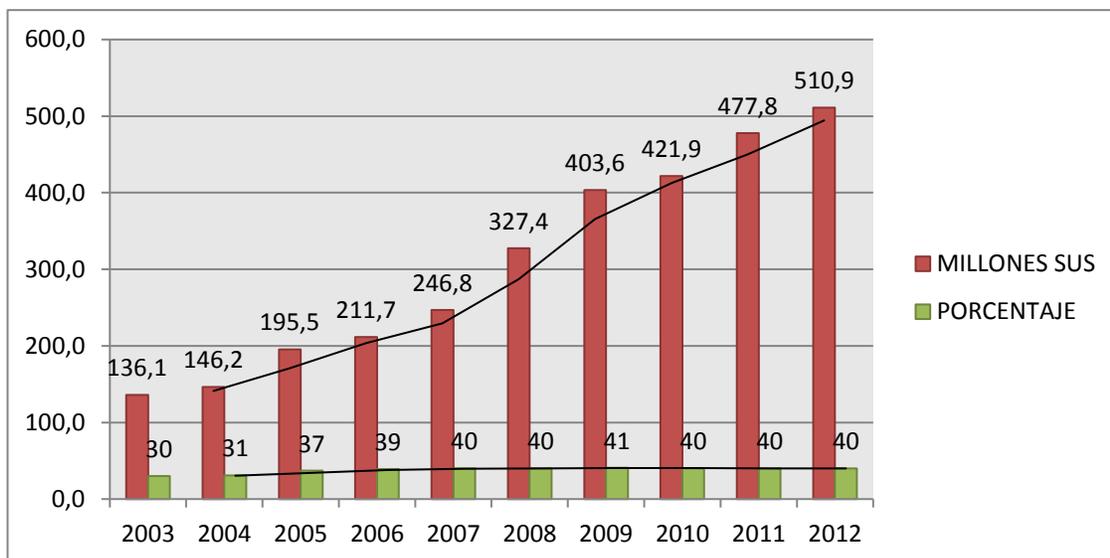


Fuente: Estudios de Cuentas de Salud. Ministerio de Salud y Deportes. Gestión 2012.

En el sector público todos los recursos se determinan al inicio de cada gestión, en función de los requerimientos de cada institución elabora para poder llevar a cabo sus actividades.

Evidentemente el presupuesto tiene un crecimiento notorio en el periodo 2003 – 2012, pero si observamos la tendencia en porcentaje de gasto del presupuesto asignado la figura cambia conservándose casi estática con un promedio de 37,8%.

GRAFICO 3.5.: EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO, BOLIVIA, 2003-2012



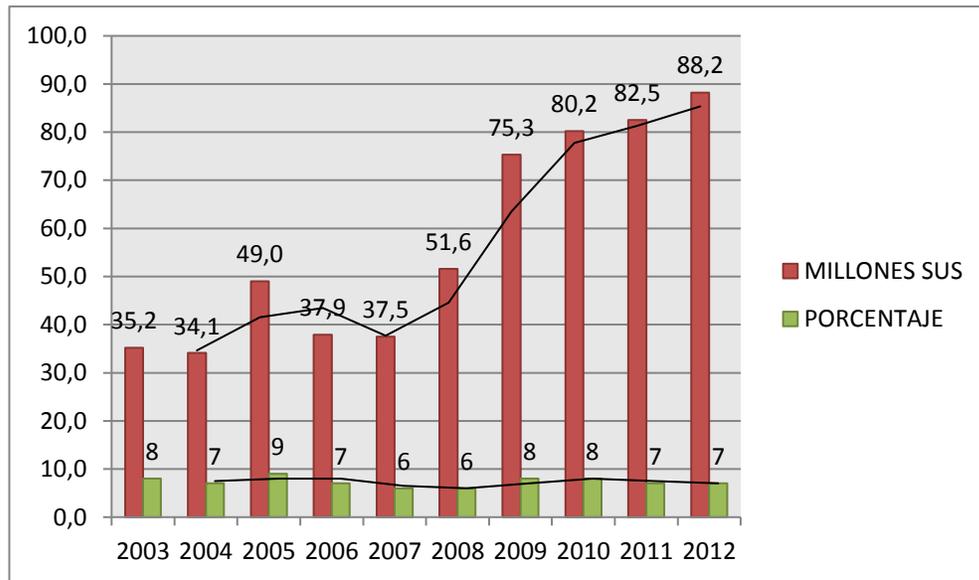
Fuente: Estudios de Cuentas de Salud. Ministerio de Salud y Deportes. Gestión 2012.

Entonces el gasto por niveles es el siguiente:

3.1.1.1. Nivel central

Está a cargo del Ministerio de Salud y Deportes como cabeza de sector formula las estrategias, políticas, planes programas y normas en salud a nivel nacional, ejecutando en este sentido los recursos que este ente capta, provenientes de diferentes fuentes, con el fin fundamental de garantizar el ejercicio del derecho a la salud de toda la población, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de todos los bolivianos. El patrón de tendencia del gasto a nivel central no difiere mucho del total del sector público con un incremento del presupuesto y estacionalidad del porcentaje de gasto.

GRAFICO 3.6.: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD A NIVEL CENTRAL, BOLIVIA, 2003-2012



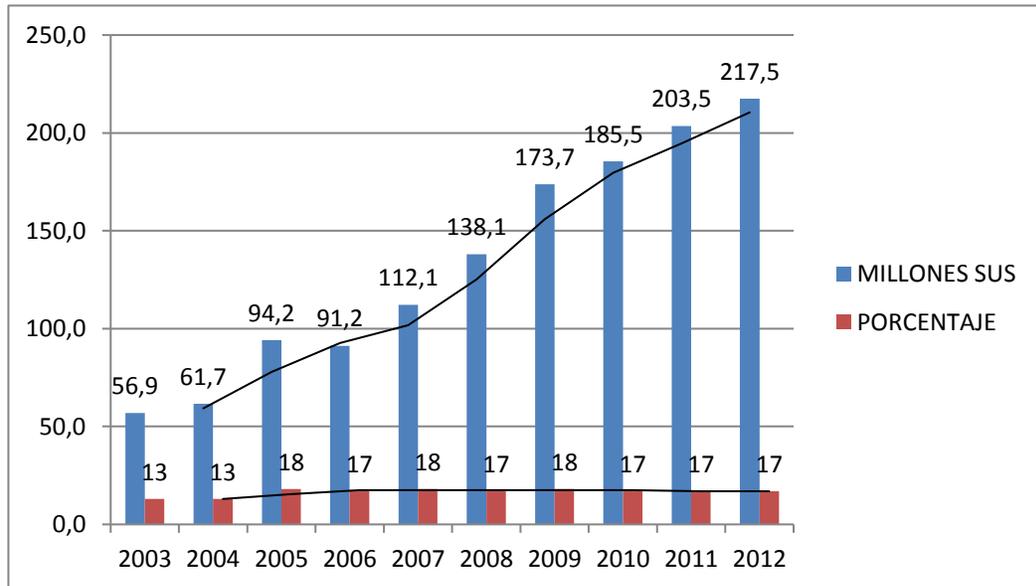
Fuente: Estudios de Cuentas de Salud. Ministerio de Salud y Deportes. Gestión 2012.

3.1.1.2. Nivel Departamental

Las prefecturas son las encargadas de formular y ejecutar los planes departamentales de desarrollo económico y social, de acuerdo a las normas del Sistema Nacional de Planificación, en coordinación con los Gobiernos Municipales del Departamento.

Si bien presupuesto inicial se multiplicó por 3,8, del presupuesto inicial del 2003 (56,9 millones de dólares) al 2012 en el que se registra 217,5 millones de dólares, el porcentaje de gasto también tiene una tendencia estacionaria, pero superior al gasto hasta antes del 2005.

GRAFICO 3.7.: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD A NIVEL DEPARTAMENTAL, BOLIVIA, 2003-2012

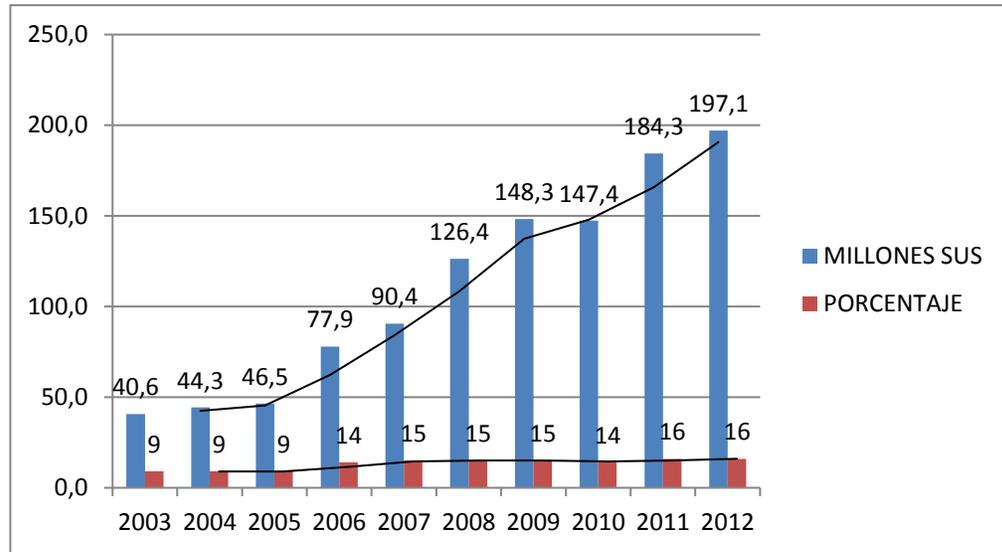


Fuente: Estudios de Cuentas de Salud. Ministerio de Salud y Deportes. Gestión 2012.

3.1.1.3. Nivel Municipal

Los gobiernos municipales son responsables de los insumos y medicamentos, alimentación, gastos operativos (agua, luz, teléfono), y la construcción, mantenimiento y equipamiento de los establecimientos de salud. Desde 1994, los municipios perciben 20% de los recursos de los ingresos nacionales por coparticipación tributaria.

GRAFICO 3.8.: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD A NIVEL MUNICIPAL, BOLIVIA, 2003-2012

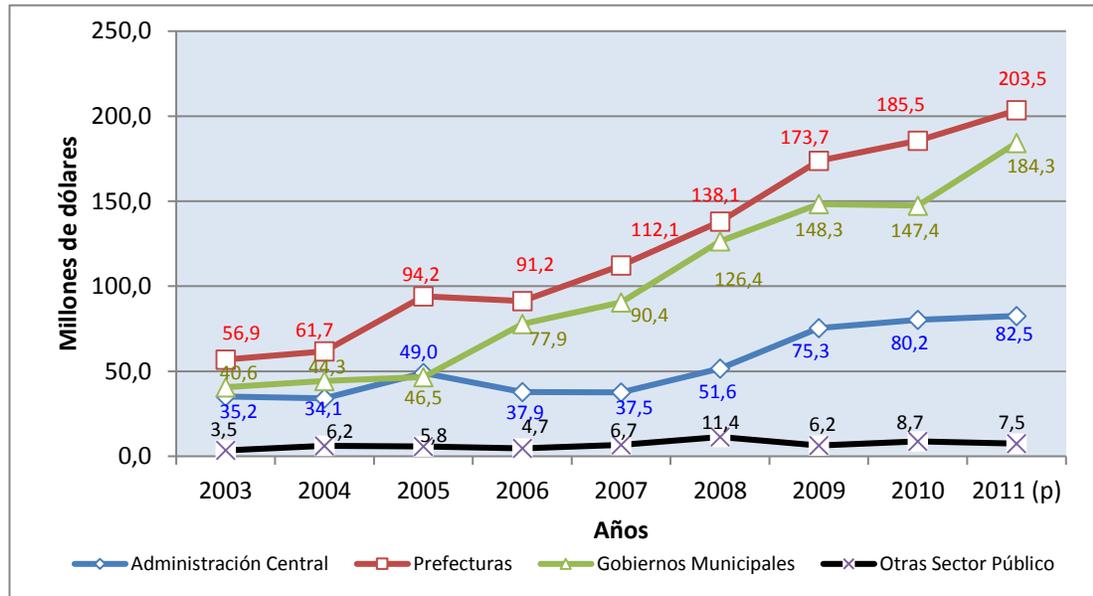


Fuente: Estudios de Cuentas de Salud. Ministerio de Salud y Deportes. Gestión 2012.

A diferencia de los anteriores niveles en el municipal existe una tendencia de incremento porcentual del gasto leve, de 9% el 2003 a 16% el 2012.

A continuación el consolidado del gasto en salud por nivel administrativo, observándose que el mayor gasto es realizado por las Gobernaciones seguido de los Gobiernos Municipales sin ninguna modificación en el periodo 2003-2012

GRAFICO 3.9.: COMPARACIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD POR NIVEL ADMINISTRATIVO, BOLIVIA, 2003-2010



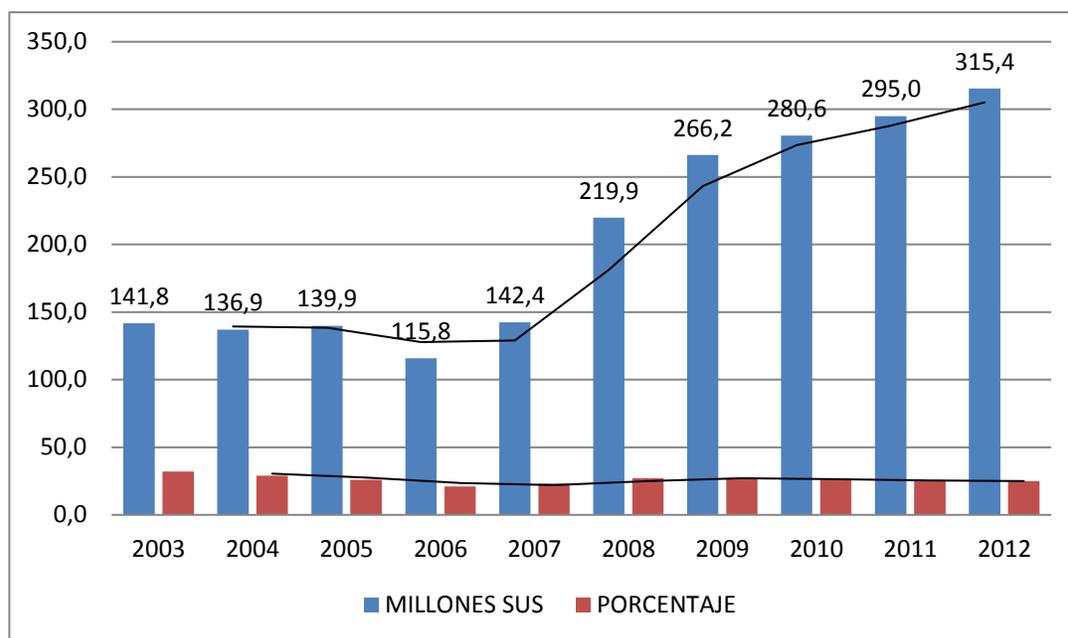
Fuente: Estudios de Cuentas de Salud. Ministerio de Salud y Deportes. Gestión 2012.

3.1.1.4. Gasto de Bolsillo

También conocido como gasto de hogares, el gasto de bolsillo en salud realizado por los hogares se considera como gasto del subsector privado, aunque parte de este gasto está administrado por el subsector público, nos brinda un acercamiento la encuesta de hogares que realiza el INE.

Del gasto de bolsillo reportado en el módulo de salud corresponde a personas que reportaron haber sido atendidas en puestos de salud, centros de salud u hospitales públicos. Sin embargo, no se precisa dónde exactamente estas personas realizaron su gasto de bolsillo.¹

GRAFICO 3.10.: EVOLUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO, BOLIVIA, 2003-2012



Fuente: Estudios de Cuentas de Salud. Ministerio de Salud y Deportes. Gestión 2012.

3.2. COOPERACIÓN INTERNACIONAL, ONG'S Y SECTOR PRIVADO

3.2.1. Organizaciones no gubernamentales (ONG)

Forma parte del subsector privado, está centrada en la prestación de servicios en consulta ambulatoria, internación y programas preventivos e informativos.

Los recursos financieros que reciben las ONG provienen de todas las agencias de cooperación internacional que financian programas de salud en Bolivia. Las tarifas que aplican las ONG para prestación de sus servicios consideran un importante monto de subvención, hecho que determina que la cooperación externa sea un pilar fundamental para que estas instituciones puedan seguir prestando sus servicios.

3.3. SECTOR PRIVADO

Esta comprende una red completa de atención integral que cubre desde atención ambulatoria, internación y toda una gama de exámenes complementarios y de diagnóstico. Esta comprende también el gasto de hogar.

La medicina tradicional constituye una importante alternativa de oferta de servicios en las áreas rurales de Bolivia.

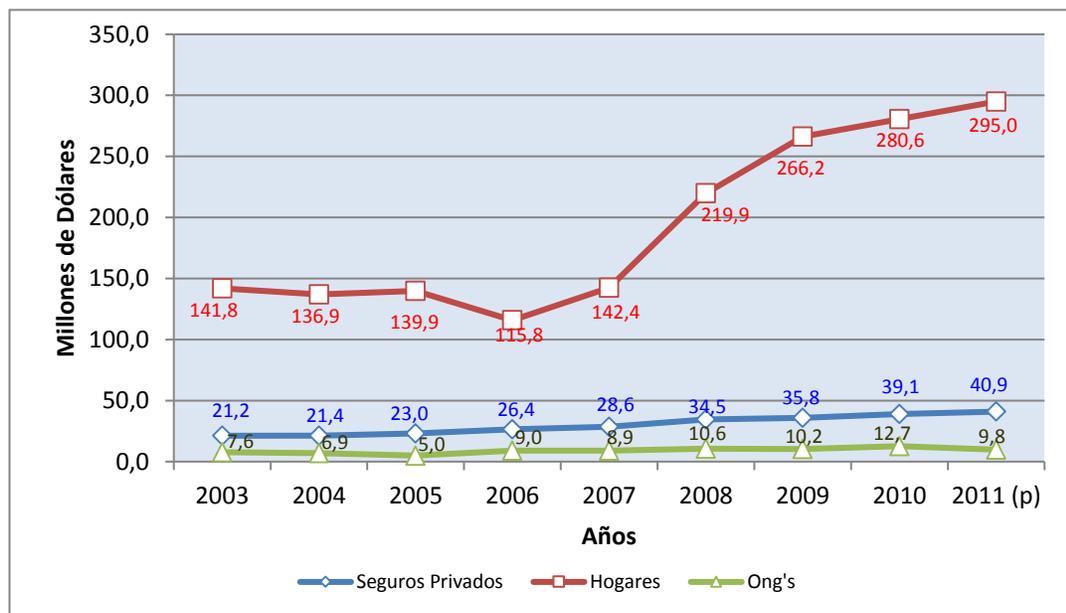
Este sector ejecuto alrededor de 29% del gasto total en salud hasta el 2012. La característica lucrativa de los servicios privados es un factor determinante para que la accesibilidad a estos servicios sea limitada para un grupo determinado de la población.

CUADRO 3.7.: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD EN EL SECTOR PRIVADO, BOLIVIA, 2003-2010

SECTOR	AÑOS									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (p)	2012 (e)
Sector Privado	170,6	165,2	167,8	151,1	179,9	265,0	312,2	332,3	345,8	369,7
	38%	35%	32%	28%	29%	32%	32%	31%	29%	29%
Seguros Privados	21,2	21,4	23,0	26,4	28,6	34,5	35,8	39,1	40,9	43,8
	5%	5%	4%	5%	5%	4%	4%	4%	3%	3%
Hogares	141,8	136,9	139,9	115,8	142,4	219,9	266,2	280,6	295,0	315,4
	32%	29%	26%	21%	23%	27%	27%	26%	25%	25%
Ong's	7,6	6,9	5,0	9,0	8,9	10,6	10,2	12,7	9,8	10,5
	2%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%

Fuente: Estudios de Cuentas de Salud. Ministerio de Salud y Deportes. Gestión 2012.

GRAFICO 3.11.: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD EN EL SECTOR PRIVADO, BOLIVIA, 2003-2010



Fuente: Estudios de Cuentas de Salud. Ministerio de Salud y Deportes. Gestión 2012.

CAPÍTULO IV

4. PROPUESTA DE REGLAMENTO PARA UN MAYOR INCREMENTO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR SALUD

El Presupuesto General del Estado (PGE) 2013 destina 14.944 millones de bolivianos para el sector de Educación, mientras que los recursos para Salud llegarán a Bs10.054 millones, ambos gastos suman Bs24.998 millones, monto que cuadruplica los recursos que recibirán Defensa y Gobierno, que en total llegan a 6.461 millones de bolivianos.

El PGE 2013 establece un presupuesto consolidado de 172.021 millones de bolivianos, de los cuales sólo el 1,7% se destina para el sector de Gobierno, que recibirá alrededor de 2.884 millones de bolivianos, y el 2,1% es para Defensa (unos 3.617 millones de bolivianos).

En cambio, para Educación se destina 8,7% del presupuesto consolidado y para Salud 5,8%. Sin embargo, no tomaron en cuenta que los ministerios de Salud y Educación no son entidades ejecutoras de todos los gastos de su sector, para lo cual cuentan con entidades delegadas para este propósito.

En el caso del Ministerio de Salud y Deportes son los Gobiernos Departamentales que, por delegación de recursos, realizan el principal gasto en salud (Servicio Departamental de Salud).

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los bolivianos es también importante la inversión de recursos para ampliar la capacidad productiva y generar más fuentes de empleo; por ello, para la gestión 2013, la inversión pública será de

3.806 millones de dólares, un 10% más que en la gestión en curso, mediante la implementación de varios proyectos en los sectores de infraestructura (40%), social (23%), productivo (32%) y multisectorial (5%).

Por lo tanto esta tasa debe incrementarse según el crecimiento del PIB y de los recursos que se perciben, para mejorar lo que es más importante para la sociedad y en este caso es el sector salud y educación.

Asimismo, basado en datos señalados anteriormente se busca contar con una propuesta de Reglamento para el servicio de salud en base a la siguiente normativa:

PROPUESTA DE REGLAMENTO DE PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

TITULO I GENERALIDADES

CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Definición

El Reglamento Específico del Sistema de Presupuesto del Sistema Nacional de Salud, es el conjunto de personas naturales, personas jurídicas y organizaciones públicas y privadas, nacionales e internacionales, que presta servicios de salud y/o desarrollan acciones directa o indirectamente relacionadas con la salud individual de las personas, sus familias, de la comunidad y del medio ambiente.

Constituye un conjunto de normas especializadas, que particularizan los aspectos generales del Código de Salud N°15629 promulgado el 18 de julio de 1978, Ley 1178 de Administración y Control Gubernamentales y las Normas Básicas del Sistema de Presupuesto aprobadas mediante Resolución Suprema N°.225558, adecuándolas a las características y funciones propias de la entidad, con la finalidad de regular el proceso de

la formulación ejecución, control y evaluación del presupuesto de recursos y gastos como cabeza de sector del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 2. Objeto

En el marco del derecho a la salud de las personas, establecido expresamente en los artículos 18, 306 y 321 de la Constitución Política del Estado, el presente Reglamento tiene por objeto regular el cumplimiento efectivo de todas aquellas acciones concernientes a la promoción, defensa, preservación y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, dentro de un contexto de armonía y bienestar social y medio ambiental.

Artículo 3. Ámbito de aplicación

El espacio físico de aplicación del reglamento es el ámbito territorial del Estado Plurinacional de Bolivia, con todos los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), municipios y territorios que lo constituyen.

Artículo 4. Aprobación del Reglamento

Conforme al Decreto Supremo N° 29894, de 7 de febrero de 2009, que aprueba la Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece que es atribución del Ministerio de Salud y Deportes, aprobar el Reglamento Específico del Sistema de Presupuesto mediante Resolución Ministerial.

Artículo 5. Revisión y Ajustes del Reglamento Específico

La Dirección General de Asuntos Administrativos y Financieros, revisará el presente reglamento periódicamente y, de ser necesario, lo actualizará y ajustará con base en el análisis de la experiencia de su aplicación, la dinámica administrativa, en función de los cambios que pudieran darse en las Normativas del Sistema de Salud, el funcionamiento de los otros sistemas de administración interrelacionados con este y las observaciones y recomendaciones fundamentadas que formulen las áreas funcionales.

Cualquier modificación y actualización deberá ser aprobada por el Sr. Ministro de Salud y Deportes para su aplicación.

Artículo 6. Sanciones por incumplimiento

El incumplimiento de lo dispuesto en el presente reglamento generará responsabilidades de acuerdo a lo establecido en el capítulo V de Responsabilidad por la Función Pública de la Ley 1178 de Administración y Control Gubernamentales, en el Decreto Supremo N°23318-A Reglamento de la Responsabilidad por la Función Pública, en el Decreto Supremo N° 26237 de Modificación del Reglamento de Responsabilidad por la Función Pública y D.S.23215, Reglamento para el ejercicio de las atribuciones de la contraloría General de la República.

Artículo 7. Cláusula de Previsión

En caso de presentarse omisiones, contradicciones y/o diferencias en la interpretación del Reglamento del Sistema de Presupuesto, esta(s) serán subsanadas de acuerdo a los alcances y previsiones que establecen las Normas Básicas del Sistema de Presupuesto y otras disposiciones legales vigentes, o a través de consultas al Órgano Rector del Sistema.

Artículo 8. Normativa Inherente

Las normas y disposiciones legales y técnicas para la aplicación del Sistema de Presupuesto, son las siguientes:

- Constitución Política del Estado
- Ley 1178 de Administración y Control Gubernamentales de 20 de julio de 1990.
- Ley 2042 de Administración del presupuesto de 21 de diciembre de 1999.
- Ley del Presupuesto General de la Nación o Ley Financial, que por gestión aprueba el Presupuesto General de la Nación del sector público.
- Resolución Suprema 225558 de 1 de diciembre de 2005, Normas Básicas del Sistema de Presupuesto.
- Resolución Suprema N° 216768 Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública.
- Decreto Supremo N° 29894, de 7 de febrero de 2009 Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional.

- Decreto Supremo 27849 de 12 de noviembre de 2004 y anexo, Reglamento de Modificaciones Presupuestarias.
- D.S. N° 25875 y D.S. N° 26455 que aprueban la imputación del Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa SIGMA.
- Directrices de Formulación Presupuestaria y Clasificadores Presupuestarios que cada gestión se aprueban mediante Resolución del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
- Otras disposiciones legales vigentes.

Artículo 9. Salvaguarda de Documentación

Toda la documentación generada como resultado del funcionamiento del sistema de presupuesto, debe ser archivada en lugar donde fue generada, en forma adecuada, de tal manera que ofrezca seguridad y fácil localización, en cumplimiento a normas legales, la responsabilidad estará a cargo del Director General de Asuntos Administrativos y Financieros del Ministerio de Salud y Deportes.

CONCLUSIONES Y A MANERA DE RECOMENDACIÓN

CONCLUSIONES

La investigación efectuada con la finalidad de contar con un Reglamento en el Sistema de Salud Pública. Eje temático para la Cumbre de Salud Pública; Economía y Financiamiento del Sistema de Salud de La Paz, permite exponer las siguientes conclusiones:

- Falta de gestión pública en la administración de los Recursos Económico Financiero en los servicios de salud dependiente de los Servicios Departamentales de Salud(SEDES),Municipios y Ministerio de Salud y Deportes, por no contar con un Reglamento Presupuestario del Sistema Nacional de Salud en atribución al Artículo 156 del Código de Salud aprobado con Decreto Ley N°15629 de 1978 por Gral. Hugo Banzer Suarez.

Para lo cual se propone, 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 objeto de mejorar el acceso a los servicios y el nivel de salud de la población boliviana; con una visión, la salud como DDHH fundamental sobre la base de las normativas establecidas en la Constitución Política del Estado, en el Reglamento Presupuestario del Sistema Nacional de Salud.

- Cobertura deficiente por falta de distribución de recursos económico y financiero por objeto de gasto, presupuesto asignado 2012 el 5.2% del Presupuesto General del Estado, Bs701,3 Bolivianos, actualmente el 5.8% del Presupuesto General del Estado Bs10.054 millones.

Para lo cual se debe reasignar los recursos económicos y financieros no utilizados en la ejecución presupuestaria de la gestión fiscal, para mejora en la infraestructura, medicamentos y equipos hospitalarios, recursos que se

encuentran en Caja-Banco del Ministerio de Salud y Deportes -Nivel Central, Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y Municipios.

- Código de Salud desactualizado y el Decreto Supremo N°29894 “Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional”, no se aplica por falta de control social.

Para lo cual es Implementar proceso de gestión participativa de la salud, a través de la consolidación de la Estructura Social, Espacios de Deliberación Intersectorial, para la elaboración e implementación de planes estratégicos en salud por nivel de gestión que prioricen el enfoque de determinantes sociales de la salud, respetando la estructura orgánica de las organizaciones sociales matrices.

- Falta de atención con calidad y calidez en los centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel dependiente del Servicio Departamental de Salud y Municipios de La Paz, personas que madrugan a primeras horas de la mañana por una ficha para ser atendida. El Ministerio de Salud y Deportes, no cumple con los lineamientos constitucionales de vivir bien.

A pesar de los cambios que generados en el sistema de salud con la implementación de la nueva Constitución Política del Estado, aun no se ha promulgado las normas de desarrollo en cuanto a salud, que pongan en práctica los postulados constitucionales. Tanto es así, que el actual Código de Salud, que data de 1978, resulta desactualizado y no ha incorporado los nuevos preceptos establecidos en la Constitución, Art. 18; 306; y 321.

BIBLIOGRAFÍA

- Abecia, B.V. El Senado Nacional. Bosquejo histórico parlamentario. Tres tomos. Imprenta del Senado. La Paz, Bolivia. 1994.
- Abecia, Valentín Ayaviri. Datos sobre la medicina y su servicio en Bolivia. 1906. Reproducción Costa Arduz.
- Bauman Z. Daños colaterales: Desigualdades sociales en la era global. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2011.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 2000.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 2000.
- Castel R. La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: Manantial; 2011.
- Cárdenas M. (2000), Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud - Bolivia, La Paz, Organización Panamericana de la Salud, Enero 2000.
- Cárdenas M. (2004), Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud - Segunda Edición, La Paz, Ministerio de Salud y Deportes, Proyecto Reforma de Salud, Diciembre 2004.
- Dupuy J. (2011a), Análisis del gasto y financiamiento en salud en Bolivia 2003-2008, Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes, disponible en www.scribd.com.
- Dupuy J. (2011b), Estudio de situación y experiencias en países con cobertura universal en salud, Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes, disponible en www.scribd.com.
- Fraser N. Reframing justice in a globalizing world. *New Left Review*. 2005;36:69-88.

- Folleto Informativo N° 31. El Derecho a la Salud. Publicación de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud.
- Fondo Monetario Internacional (2011), World Economic Outlook Database, September 2011, disponible en www.imf.org.
- Instituto Nacional de Estadísticas INE (2005b), Proyecciones generales de la población boliviana 2002-2010, disponible en www.ine.gob.bo.
- Lema Añón, c., Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social, Madrid, Dykinson, 2009.
- Lema Añón C. Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: Historia del derecho a la salud en el siglo XX. Madrid: Dykinson; 2012.
- Organización Panamericana de la Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.- Washington: OPS, 1902-1996.
- Proyecto Consolider-Ingenio 2010 “El tiempo de los derechos” (CSD2008-00007), y del proyecto DER2008-03941/JURI “Historia de los derechos fundamentales: Siglo XX” del Ministerio de Educación.

Normas jurídicas consultadas:

- Gaceta Oficial de Bolivia, Ley de 07 de febrero de 2007 Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia
- Gaceta Oficial de Bolivia, Código de Salud
- Gaceta Oficial de Bolivia, Ley 1178
- Gaceta Oficial de Bolivia, Ley 2042 de Administración Presupuestaria
- Gaceta Oficial de Bolivia, Ley 2027 del Estatuto del Funcionario Publico
- Gaceta Oficial de Bolivia, Ley 2341 de Procedimiento Administrativo
- Gaceta Oficial de Bolivia, Decreto Supremo N° 23318-A
- Gaceta Oficial de Bolivia, Decreto Supremo 29308

ANEXOS

