

Universidad Mayor de San Andrés
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y FINANCIERAS
CARRERA DE ECONOMIA



ECONOMIA DEL SECTOR SALUD

TESIS DE GRADO PARA OBTENER
LICENCIATURA EN ECONOMIA

POSTULANTE: MARIA ELSA BUSTILLOS BAUTISTA
TUTOR: LIC. MAXIMO BAYRON

LA PAZ - BOLIVIA

1991

AGRADECIMIENTO

Al Lic. Maximo Bayron quien como Profesor-Tutor me colabore con sus conocimientos para la culminacion de la presente investigacion.

DEDICATORIA

A QUIENES POR SU CONSTANTE APOYO Y CARIÑO
HICIERON POSIBLE MI FORMACION. MIS QUERIDOS
PADRES OSCAR Y HORTY.

INDICE

	<u>pag.</u>
Introducción	
Capítulo I	
Introducción al análisis de la superestructura económica	8
I.1. Ubicación del tema de investigación	10
II.2. Alcances	14
Capítulo II	
Los sistemas nacionales de salud	
II.1. Conceptualización	21
II.2. Desarrollo de recursos de salud	23
II.2.1. Personal de salud	24
II.2.2. Servicios de salud	26
II.2.3. Equipos y suministro de salud	28
II.2.4. Conocimientos sobre salud	31
II.3. Disposición Ordenada de los recursos	35
II.3.1. Autoridades Sanitarias nacionales	36
II.3.2. Programas de seguros médicos	38
II.3.3. Otros organismos oficiales	40
II.3.4. Organismos no oficiales	41
II.3.5. Sector privado independiente	44

II.4.	Prestación de atención de salud	46
II.5.	Apoyo económico	53
II.6.	Gestión de un sistema nacional de salud	56
II.6.1.	Dirección	60
II.6.2.	Toma de decisiones	61
II.6.3.	Reglamentación	67
II.7.	Tipos de Sistemas Nacionales de Salud	70
II.7.1.	Características económicas del sistema	71
II.7.2.	Características Sociopolíticas del sistema	74
II.7.3.	Tipología de un sistema de salud con arreglo a sus características económicas y sociopolíticas	78
II.7.4.	Principales características de los sistemas nacionales de salud de diferentes tipos	83

Capítulo III

La Situación de la Salud en Bolivia

III.1.	Indicadores de salud	100
III.2.	Diagnóstico institucional	103
III.3.	Recursos y Personal del MPSSP	106
III.4.	Infraestructura Camas y Recursos Humanos - MPSSP	119

V.8.1.	Descentralización Financiero - Presupuestaria	190
V.8.2.	Descentralización desde el punto de vista de organización administrativa	193
V.8.3.	La descentralización desde el punto de vista jurídico	194
V.9.	Presentación de una alternativa de discusión	195

Capitulo VI

Conclusiones y Recomendaciones

VI.1.	Presentación de las conclusiones	198
VI.2.	Indicadores de salud	199
VI.3.	Conclusiones sobre el problema de la descentralización	200
ANEXOS	202

BIBLIOGRAFIA

INDICE DE CUADROS

	<u>pag.</u>
Cuadro Nº 1	Sistemas nacionales de salud basada en el grado de desarrollo económico y en el grado de organización del sistema de salud . . . 81
Cuadro Nº 2	Indicadores de salud, saneamiento y vivienda (1987 - 1988) 101
Cuadro Nº 3	Estimaciones de cobertura teórica de salud según instituciones 105
Cuadro Nº 4	Indicadores parciales de recursos institucionales y condiciones de funcionamiento del sector 106
Cuadro Nº 5	MPSSP: Personal y Recursos de las DNS. 107
Cuadro Nº 6	Operación cualitativa de las Unidades Sanitarias 116
Cuadro Nº 7	Infraestructura, camas y recursos humanos 119
Cuadro Nº 8	Comparación de las corporaciones regionales de desarrollo en acciones de salud y saneamiento 120

Cuadro N°9	Comparación cualitativa de las Alcaldías Municipales	122
Cuadro N°10	Composición de los ingresos del MPSSP	123
Cuadro N°11	Participación en el ingreso del MPSSP (87-88)	124
Cuadro N°12	Composición de los egresos del MPSSP	125
Cuadro N°13	Participación en los gastos del MPSSP	126
Cuadro N°14	Gastos Cooperaciones de desarrollo en salud y saneamiento básico	132
Cuadro N°15	Gastos de Alcaldías y Empresas de saneamiento en salud y saneamiento	133
Cuadro N°16	Estructura de ingresos y gastos globales (88-89)	134
Cuadro N°17	Estructura de gastos por funciones	136
Cuadro N°18	Costo per-cápita	137
Cuadro N°19	Composición de la población	164

Cuadro N920	Distribución de la población urbano-rural	175
Cuadro N921	Relación entre gastos en salud y participación de la población urbano-rural	176
Cuadro N922	Indicadores	186
Cuadro N923	Brecha sector urbano - rural	189

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación tiene por objeto aportar al diseño de las políticas de descentralización de los servicios de salud.

Su importancia es significativa por el hecho de que toda la sociedad debe tener acceso a servicios de salud sin diferencias sociales, étnicas o políticas.

Principios que se han venido enunciando como "salud para todos" reflejan la inquietud de los distintos organismos internacionales por resolver múltiples problemas de salud principalmente en países pobres como el nuestro, por esta razón el trabajo de investigación parte de un análisis de la estructura económica del país como base o condición de la cual se deriva una amplia serie de problemas que en su mayoría limitan el progreso de nuestro país tal es el caso de los servicios de salud. A partir del análisis del todo para explicar el funcionamiento de los servicios de salud se parte de una visión macroeconómica y es dentro de este nivel de globalidad donde se establece la falta de viabilidad para el modelo de descentralización de los servicios de salud comúnmente explicados tanto por el Ministerio del Ramo como por Organismos Internacionales que asesoran este campo.

Para fundamentar la importancia de los servicios de salud se incorpora un marco teórico el cual demuestra que los servicios de salud tienen una directa concomitancia con el desarrollo de la productividad del trabajo y la oferta respectiva.

De ahí se deduce que los modelos de descentralización deben enfrentar proposiciones más serias antes de ser puestos en práctica a fin de evitar mayores frustraciones al pueblo boliviano.

CAPITULO I

INTRODUCCION AL ANALISIS DE LA SUPER ESTRUCTURA ECONOMICA

I.1. UBICACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.-

Los servicios de salud por las características que presentan pueden ser localizados dentro del área de servicios en los que desagrega una estructura económica.

Junto con la educación, y la vivienda forman parte de lo que se denomina "sectores no productivos" para así diferenciarlos de aquellos sectores creadores de mercancía como son la agricultura, minería, industria, etc.

Los servicios de salud dentro de esta identificación se colocan al margen de los procesos productivos, de ninguna manera implica la importancia que tiene las inversiones en el campo de la salud dentro del proceso productivo.

Sin embargo la calidad de la asistencia médica y de salud no se definen por la buena o mala voluntad de las instituciones vigentes en un momento dado, al contrario responde a un proceso histórico que queda definido por las características del

avance material que presenta una determinada sociedad.

Al aplicar una concepción materialista de la historia con relación al tema que se investiga "el problema de la salud", la historia parte de la tesis de que la "producción" y con ella el "intercambio de o producido", constituyen la base de todo orden social; de que en todas las sociedades que han desfilado por la historia, la distribución de los productos y la agrupación social de los hombres en clases o estamentos que lleva aparejada, se halla precedida por lo que esa sociedad produce y el por el modo como cambia sus productos, en palabras de Federico Engels esto implica "Las últimas causas de todos los cambios sociales y de todas las revoluciones políticas no deben ir a buscarse a las cabezas de los hombres ni a la idea que ellos se forjan de la verdad eterna ni de la eterna justicia, sino a las transformaciones operadas en el régimen de producción e intercambio; dicho en otros términos, han de ir a buscarse no a la filosofía, sino a la economía de la época que se trata".(1)

Sobre la base del materialismo histórico la organización de los sistemas de salud guarda correspondencia con el desarrollo de la estructura

1. ENGELS, Friedrich. Auto Dühring. Fondo de Cultura. 1932

económica, es fácil por lo tanto deducir que a un grado incipiente de avance material de las fuerzas productivas de una sociedad, en el margen de su respectiva superestructura el desarrollo de los servicios de salud como función del Estado tendrán también un incipiente avance tecnológico, como en la amplitud de la cobertura de los servicios de salud.

Las comunidades tradicionales arraigadas dentro de las formas de explotación de la tierra de tipo primitivo económicamente están incapacitadas de abarcar a cubrir los costos de los modernos servicios de salud como también utilizar los avances dentro el campo de la química farmacéutica razón por la cual la "medicina natural" conserva un aplicación derivada por las propias necesidades que se imponen desde la base de la producción agrícola dominante.

En el campo del desarrollo de la ciencia médica nuestro país también reflejará un atraso marcado con otras naciones siempre en concomitancia a la base material del servicio económico que nos diferencia.

Para las escuelas que se reflejan de las raíces del materialismo histórico el progreso de las ciencias de salud se deriva de un acto conciential alimentado por el deseo de contar con una población sana con mayor longevidad y con una fuerza física capaz de vencer los obstáculos de la naturaleza como

también aquellos que surgen de la propia sociedad como son los obstáculos de la pobreza.

Ambas concepciones nos permiten explicar la importancia de los servicios de salud dentro de las políticas que dirige el Estado a la sociedad, bastará confirmar la premisa de que la productividad del trabajo guarda correlación con el consumo de energía que permita reponer el gasto de la fuerza de trabajo caso contrario el obrero, el agricultor, el ingeniero "se enferma".

De aquí surge una connotación importante entre los objetivos económicos y las políticas de salud ya que al margen de los resultados individuales como ser el estado de ánimo, la longevidad, la fuerza para el trabajo, etc. desde el punto de vista social, las políticas de salud están dirigidas a preservar la calidad de los recursos humanos, solo así se garantiza su reproducción e incremento en las condiciones demandadas por el progreso económico material.

Esta descripción representa por lo tanto una síntesis de importancia del tema de investigación cuyo contenido a evolucionado significativamente en las últimas tres décadas por ejemplo en los siguientes campos:

- a) Medicina del Trabajo
- b) Economía de los Proyectos de Salud
- c) Políticas de Salud y Progreso Social
- d) Administración de macro-sistemas de Salud
- e) Finanzas de los Macro-sistemas de Salud
- f) Análisis de Mercado para el Sistema de Salud
- g) Seguridad Social y Seguridad Privada, ventajas y desventajas económicas

I.2. ALCANCES

Como se ha podido estudiar en el inciso anterior, el campo de la salud constituye un área de conocimiento en pleno desarrollo especialmente dentro de su asociación con el análisis económico.

En nuestro país en los últimos años se ha iniciado el proceso de descentralización de los servicios de salud aspecto que necesariamente debe tener en cuenta numerosas variables que expliquen la viabilidad o no de esta descentralización, corresponde por lo tanto examinar aspectos dentro del orden de los sistemas de salud, de organización de los sistemas de salud, de la economía de estos sectores de salud y del margen institucional y normativo que debe integrar el proceso de descentralización tanto del sector público como privado del país.

"Los sistemas propiamente de salud", tocarán aspectos ligados a los estudios sobre los indicadores de salud y comprenderán a su vez el estado en el cual se encuentra la población dentro del punto de vista de su estado sanitario.

Se han estudiado diversas clasificaciones de indicadores para evaluar el desarrollo de las políticas de salud y la descentralización administrativa de este sistema tiene que enfrentar estos aspectos desde distintas referencias.

Indicadores y criterios de evaluación.-

Existe un gran número de indicadores, que pueden agruparse en relación con la política sanitaria, las condiciones socioeconómicas, la primaría de salud y los indicadores del estado de salud prestación de atención de salud y el de salud. Mientras que los indicadores de la política sanitaria y de la prestación de atención de salud se emplean principalmente para evaluar la eficacia, los indicadores sociales y económicos y los del estado de salud deben emplearse en el análisis final para evaluar los efectos. Se mencionan a continuación ejemplos de esa clase de indicadores:

1) INDICADORES DE LA POLITICA SANITARIA

- Compromiso político de alto nivel de alcanzar la salud para todos.
- Asignación de recursos suficientes para la atención primaria de salud.
- Grado de equidad en la distribución de los recursos.
- Grado de participación de la comunidad en el logro de la salud para todos.
- Establecimiento de una estructura orgánica y administrativa adecuada para la estrategia nacional de salud para todos.
- Manifestaciones prácticas de compromiso político internacional en favor de la salud para todos.

2. INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS.-

- Tasa de crecimiento de la población.
- Producto nacional bruto (PNB) o producto interno bruto (PIB).
- Distribución del ingreso
- Condiciones de trabajo.
- Índice de alfabetismo de adultos.
- Suficiencia de viviendas expresada en número de personas por habitación.

- Disponibilidad de alimentos energéticos por habitante.

3) INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD.

- Disponibilidad
- Accesibilidad económica y cultural
- Utilización de los servicios
- Indicadores para evaluar la calidad de la asistencia.

4) INDICADORES DE LA COBERTURA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

- Nivel de "alfabetismo sanitario" .
- Disponibilidad de agua potable en la vivienda o a corta distancia a pie.
- Instalaciones sanitarias suficientes en la vivienda o en la vecindad inmediata.
- Acceso de las madres y los niños a la atención de salud local.
- Asistencia a los partos a cargo de personal adiestrado.

- Porcentaje de niños expuestos inmunizados contra las principales enfermedades infecciosas de la infancia.
- Disponibilidad de medicamentos esenciales durante todo el año.
- Accesibilidad a las instituciones de envío de pacientes.
- Número por habitantes de las diferentes clases de agentes de salud en el nivel de la atención primaria y de envío de pacientes.

5) INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

- Porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer de 2500g., por lo menos.
- Porcentaje de niños cuyo peso por edad corresponde a las normas especificadas.
- Indicadores del desarrollo psicosocial de los niños.
- Tasa de mortalidad de lactantes.
- tasa de mortalidad de niños de corta edad.
- Tasa de mortalidad de niños de menos de 5 años.
- Expectativa de vida en una edad determinada.
- Tasa de mortalidad materna.
- Tasas de mortalidad por determinadas enfermedades.

- Tasas de morbilidad por determinadas enfermedades.
- Fase de incapacidad.
- Indicadores de patología social y mental, tales como tasas de suicidio, farmacodependencia, criminalidad, delincuencia juvenil, alcoholismo, tabaquismo, obesidad y consumo de tranquilizantes.

El desarrollo de esta investigación toca por lo tanto uno de los aspectos más importantes dentro del diseño de la política de descentralización y su "alcance" estará referido a examinar la viabilidad de este proceso de descentralización, en los últimos años los organismos internacionales han lanzado la propuesta "salud para todos" dentro de una nueva orientación de estas políticas de salud, en este sentido se pretende que la cobertura de los servicios de salud alcance a todos los habitantes del país al margen de sus diferencias económico-sociales y culturales; sin embargo la aplicación de esta política de "salud para todos" constituye después de más de 5 años de su enunciado todavía un voto o simplemente un deseo inaplicable, a este respecto resulta muy interesante el conjunto de indagaciones que han surgido sobre el diagnóstico para establecer la viabilidad de la política "salud para todos".

El modelo de descentralización de los servicios de salud no puede perder por ejemplo esta óptica de una política de salud como la enunciada "Salud para todos", si las variables económicas contradicen la significación de esta política de salud entonces la descentralización debe ser enfocada con nuevos instrumentos o simplemente reformulada hacia otros sistemas de administración económica.

CAPITULO II

LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

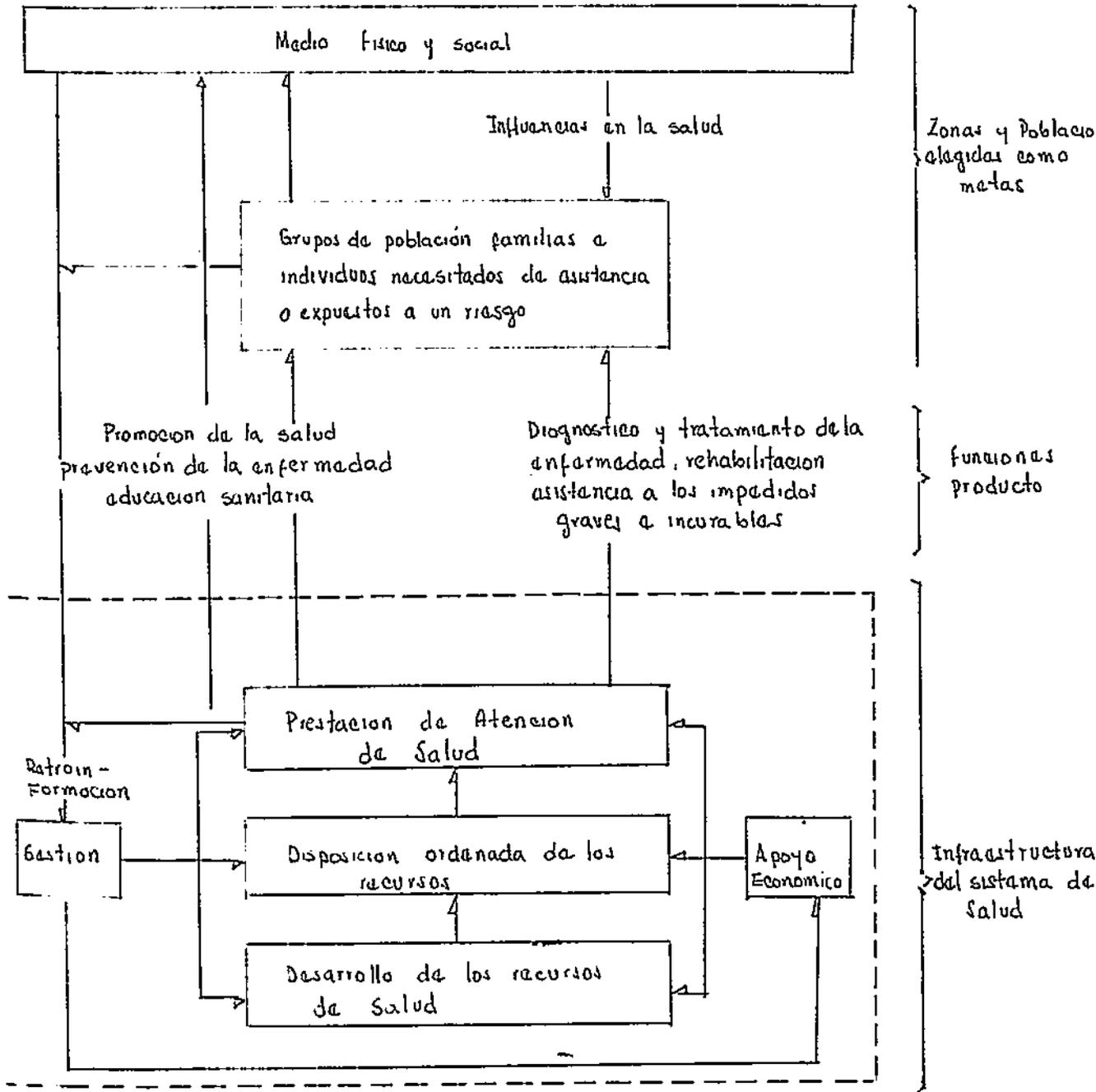
II.1. CONCEPTUALIZACION

Un sistema de salud ha de considerarse como un todo coherente que está compuesto de muchas partes relacionadas entre sí, tanto sectoriales como intersectoriales, además de la propia comunidad, y que produce un efecto combinado en la salud de la población. Para crear un sistema que tenga un propósito determinado, todas las partes han de funcionar juntas y ajustarse unas a otras. Esto puede conseguirse por medio de una comunicación constante y de una división del trabajo entre las partes.

Hay muchas maneras de describir y analizar los sistemas nacionales de salud, según el grado de minuciosidad a que se quiera llegar. En la configuración del sistema de salud influyen inevitablemente sus objetivos y valores fundamentales. En el nivel más elemental, la estructura y las interrelaciones funcionales del sistema de salud de cualquier país pueden analizarse con arreglo al modelo mostrado en la Figura 1. En este modelo simplificado de sistema de salud hay cinco componentes principales, cada uno de los cuales está directa o indirectamente relacionado con los demás.

FIGURA 1

Modelo de un sistema nacional de salud.
Estructura e interrelaciones funcionales



- 1 - Desarrollo de recursos de salud
- 2 - Disposición ordenada de los recursos
- 3 - Prestación de atención de salud
- 4 - Apoyo económico
- 5 - Gestión

La línea intermedia que rodea estos componentes principales en la Figura 1 señala los límites de la infraestructura del sistema de salud. Las influencias sobre la salud pueden proceder del medio ambiente o de la base biológica de la población. Las actividades del sistema de salud en materia de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, rehabilitación y asistencia a los impedidos graves y a los incurables están dirigidas a la población, si bien algunas tienen también por objeto el medio en que vive la gente. Estas actividades están representadas por las flechas que salen de la infraestructura del sistema de salud. El sistema de salud puede ejercer sus funciones gracias a la creación y distribución de recursos. El total de los recursos que pueden asignarse, fija los límites a los presupuestos en lo que hace a las sociedades, la demanda de servicios de salud excede a los recursos disponibles. En consecuencia, resulta preciso establecer un orden de prioridad para las metas y los objetivos que el sistema de salud ha de alcanzar. Pueden medirse los resultados de las actividades sanitarias y retrotraerse esta

información para la gestión. La información puede estar relacionada tanto con el funcionamiento del sistema de salud (volumen, distribución y calidad del producto) como con los defectos que las actividades pueden tener en la población (repercusiones en la situación de salud y beneficios sociales). Por medio de este mecanismo de retroinformación, la gestión ejerce sus funciones reguladoras.

Para reorientar un sistema de salud de forma que pueda alcanzar una meta concreta, como por ejemplo "la salud para todos", se empezará por analizar detalladamente los cinco componentes principales de la infraestructura indicados en el modelo (Fig.2).

II.2. DESARROLLO DE LOS RECURSOS DE SALUD.-

En una fase temprana de la organización de cualquier sistema de salud hace falta desarrollar los resultados humanos y materiales necesarios para prestar asistencia sanitaria y ejercer las funciones del apoyo del sistema. Se requieren muchos tipos diferentes de recursos y su desarrollo implica diversas acciones. En su forma más simple, estos recursos de salud pueden clasificarse en cuatro categorías principales:

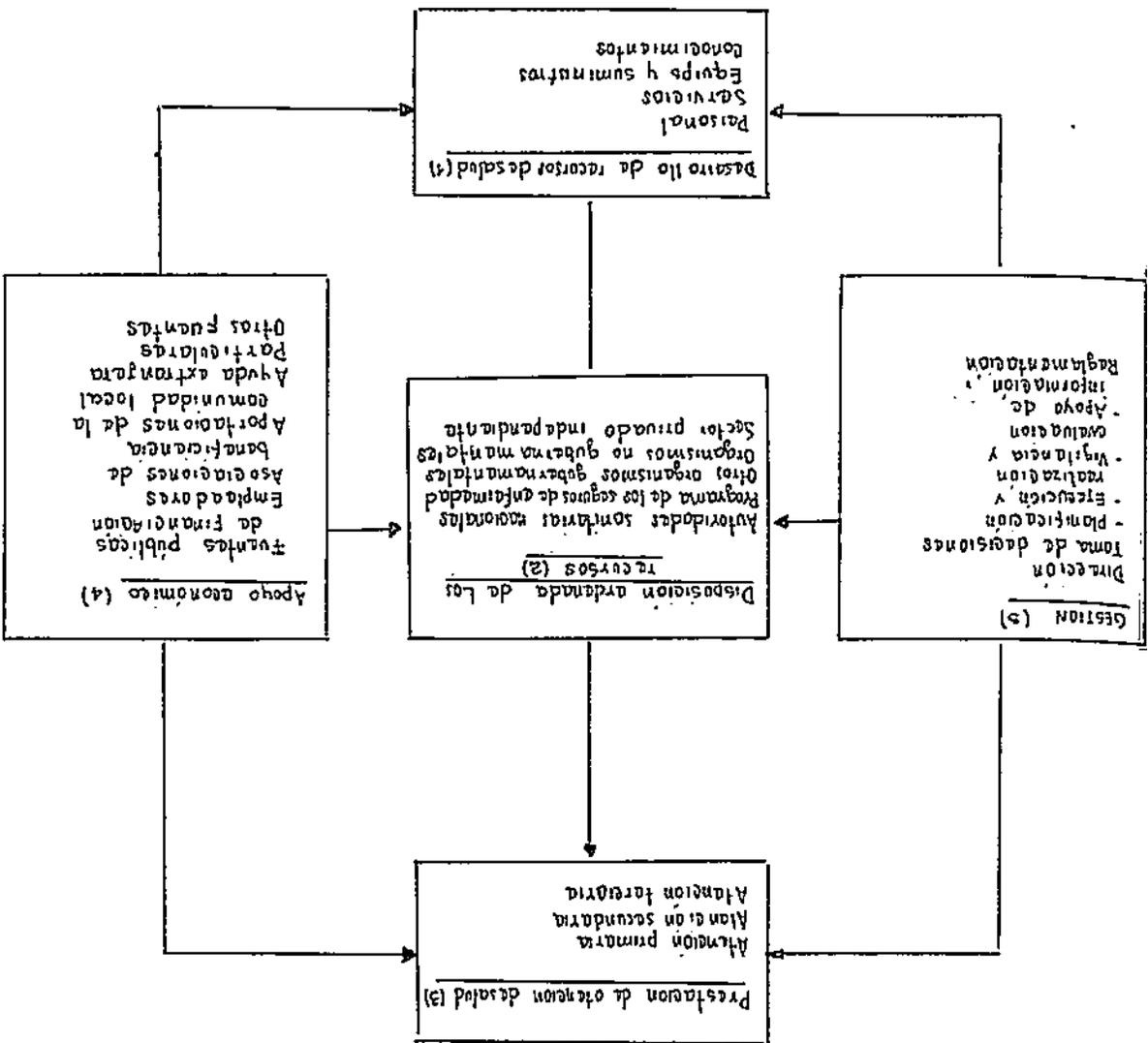


FIGURA. 2 Componentes principales de la infraestructura de un sistema nacional de salud.

- Personal de salud
- Servicios de salud
- Equipo y suministros de salud.
- Conocimientos sobre salud.

Como puede verse, la financiación (o "dinero") no se considera como un recurso, porque es un medio básico de intercambio social -un instrumento no específico de "Valor" - que ha de transformarse en determinados recursos o servicios para formar parte del sistema de salud. Este medio de cambio es, por supuesto, indispensable y se incluirá en el "apoyo económico", que es el cuarto de los cinco componentes principales del sistema de salud. A continuación examinaremos el desarrollo de cada uno de los cuatro tipos principales de recursos de salud.

II.2.1. PERSONAL DE SALUD.-

Hay muchas categorías de personal de salud: médicos (generales y especialistas), dentistas, farmacéuticos, técnicos de laboratorio y de rayos X, nutriólogos, terapeutas de rehabilitación, higienistas, inspectores sanitarios, enfermeras profesionales de muchas clases (de hospital y clínicas domiciliarias, de salud pública.

etc.), administradores sanitarios. Diversos tipos de trabajadores sanitarios auxiliares, etc. Suele prestarse atención a los que participan directamente en la prestación de asistencia de salud, como los médicos, las enfermeras y el personal auxiliar. No obstante, al examinar los sistemas nacionales de salud con el propósito de reorientarlos, deben tenerse presentes todos los tipos de personal de salud con el fin de decidir cuál ha de ser la composición adecuada de cada categoría. Fig. 2

Cada categoría de personal ha de considerarse según las funciones que le son propias y las tareas relacionadas con ellas, el tipo de formación recibida su número y distribución en el país, sus relaciones con personal de salud de otras clases, y otras características como las posibilidades de sustitución. En la medida en que todo el personal de salud está vinculado por el funcionamiento del sistema de salud, constituye en teoría un "equipo". El grado en que en la realidad existen una coordinación o un trabajo en equipo satisfactorios difiere, sin embargo, de un sistema nacional de salud a otro.

II.2.2. SERVICIOS DE SALUD.-

En un sistema de salud hacen falta muchos tipos de servicios(o estructura material). El ejemplo más conocido es quizá el de los hospitales, donde se atiende en camas a los enfermos graves, pero hay asimismo otros servicios aparte para tratamiento ambulatorio (consultorios, centros de salud o puestos sanitarios), farmacias, laboratorios, etc. En realidad, los locales en que actúa cada persona que ejerce una profesión sanitaria constituyen parte de los servicios de salud de un sistema nacional. Asociadas a los servicios de salud preventivos existen diversas instalaciones de saneamiento del medio, por ejemplo, las de tratamiento de agua, evacuación de aguas residuales y pasteurización de la leche.

El emplazamiento, el tamaño y el diseño son importantes características de los servicios de salud y tienen una influencia principal en su eficacia. Las funciones varían a menudo según la fuente de financiación o el patrocinio de los servicios, que puede corresponder a una organización o a un individuo. La construcción de hospitales modernos suele ser muy costosa y corre a cargo, por lo tanto, principalmente de departamentos

gubernamentales, o de planes de seguros médicos. En muchos países, sin embargo, los hospitales son construidos y administrados por organismos no gubernamentales, tales como asociados religiosos u otras entidades benéficas o empresas privadas. En algunos casos, pertenecen a individuos -médicos u hombres de negocios- y tienen un fin lucrativo.

Los centros de salud dedicados al tratamiento ambulatorio (sobre todo en el nivel primario) son asimismo construidos y administrados principalmente por organismos gubernamentales. En los últimos años, al comprenderse mejor la importancia de la atención primaria de salud, los centros de salud han asumido un papel más importante. También se han ampliado las funciones tanto de los hospitales como de los centros de salud. Los hospitales, que tiempo atrás estaban casi exclusivamente dedicados a la asistencia a los enfermos graves en la cama, proporcionan actualmente más tratamiento ambulatorio junto con ciertos servicios preventivos. Los centros de salud, que por su parte con frecuencia se utilizaban exclusivamente para prestar servicios preventivos, suelen ofrecer tratamiento y rehabilitación también a los pacientes graves. En lugares situados en la

periferia, los puestos y las estaciones de salud, con frecuencia instalados en locales sencillos de las aldeas y sus domicilios particulares, han de considerarse como importantes servicios sanitarios, particularmente para la prestación de atención primaria de salud.

Es notable el hecho de que la manera de financiar la construcción de los servicios de salud es muy diferente de la manera de funcionamiento, cualquiera que sea la forma en que se haya financiado la construcción, los gastos de funcionamiento -entre los que deben estar los de adquisición de suministros y de remuneración del personal- de ser costeados por las cajas de seguros médicos, las subvenciones gubernamentales, las inversiones privadas u otros mecanismos, de que se tratará más adelante.

II.2.3. EQUIPOS Y SUMINISTROS DE SALUD.-

Otro tipo de recursos de todos los sistemas de salud es una gran variedad de equipo, suministros, medicamentos y demás materiales requeridos para el tratamiento, y la prevención de la enfermedad. Con los adelantos

de las ciencias médicas, se ha elaborado una tecnología cada vez más compleja para el diagnóstico y el tratamiento muy especializados de distintos males. El material radiológico y los aparatos de electrocardiografía, las instalaciones de análisis bioquímico y los demás innumerables recursos de este tipo permiten diagnosticar muchas enfermedades graves en una fase precoz, que es cuando el tratamiento resulta más eficaz. Este equipo es en gran parte, sin embargo, muy costoso y en los últimos años algunos funcionarios de sanidad y parte de la población han empezado a mostrarse escépticos en cuanto a su verdadera utilidad. La relación entre el costo y la eficacia de un material muy perfeccionado puede resultar bastante insatisfactoria y algunos miembros destacados de la profesión sanitaria han abogado por el empleo de una tecnología más apropiada.

Gran parte del equipo empleado en el sistema de salud no es exclusivamente médico, sino necesario para el transporte, la refrigeración, el análisis químico, etc. Del equipo forman parte también los aparatos de prótesis, incluidas las gafas, los aparatos para la sordera y los miembros artificiales. La diversidad de equipo y de suministros

empleados para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación es considerable, y es preciso que cada sistema nacional de salud halle la manera de uniformar este material, tal vez mediante el control de la fabricación en el país o la importación selectiva.

La fabricación y distribución de medicamentos y sustancias afines, como las vacunas, son unas operaciones tan importantes como complejas. Teniendo en cuenta que es una industria donde predomina la empresa privada, la fabricación comercialización de medicamentos han de hacer frente a una abundante reglamentación pública en todo el mundo. Los medicamentos son una parte esencial del tratamiento de la enfermedad y tanto su calidad como su variedad han ido aumentando constantemente. Sin embargo, los gastos de medicamentos han ido también creciendo con gran rapidez, en particular en los países en desarrollo, en donde es preciso importar todos o casi todos los medicamentos. Para limitar el costo y proteger la calidad de la asistencia médica, algunos países han establecido listas oficiales de "medicamentos autorizados" e incluso de "medicamentos esenciales" de

adquisición autorizada por los programas públicos de asistencia médica.

II.2.4. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD.-

Un importante recurso de todos los sistemas nacionales de salud es el conocimiento de la salud y la enfermedad, así como de los distintos métodos de prevención y tratamiento de las enfermedades y de rehabilitación de los enfermos. Está adquiriéndose continuamente nueva información de este tipo. Gran parte de estos conocimientos se han obtenido, por supuesto, con la experiencia y en muchos países la "medicina tradicional" ha acumulado un inmenso acervo de teoría y práctica del que los métodos científicos modernos no han verificado más que una fracción. No obstante, aunque muchos conocimientos médicos y relacionados con la salud proceden de una observación cuidadosa y del intercambio de experiencia, la mayor parte se deben a investigaciones científicas emprendidas con propósito deliberado. De hecho, la mayoría de los recientes adelantos en materia de protección de la salud y lucha contra la enfermedad con el resultado de trabajos de investigación que abarcan una amplia serie de temas. Los

especialistas en ciencias fundamentales, como los bioquímicos y los fisiólogos, han revelado cómo funcionan las células y los órganos; los microbiólogos, los patólogos y los clínicos han reunido todos esos conocimientos para llegar a una comprensión de los mecanismos causantes de la enfermedad; los especialistas en química orgánica y los farmacólogos han preparado y ensayado nuevos medicamentos y vacunas; los médicos, los epidemiólogos y los estadísticos han elegido, entre diversos medios, los más eficaces, gracias a la vigilancia y a la evaluación de las aplicaciones prácticas de unos y otros. .

Las investigaciones biomédicas combinan observaciones de diversa procedencia y permiten hallar métodos prácticos de prevención o de tratamiento de la enfermedad. Estas investigaciones son costosas por exigen amplios recursos, tanto humanos como materiales. Sin embargo los resultados de las investigaciones biomédicas suelen publicarse y por lo tanto ponerse a disposición de quienes deseen aplicarlas en el mundo entero.

Las investigaciones biomédicas han aportado una importante contribución a la lucha contra las enfermedades transmisibles y a los

trastornos causados por la malnutrición. Pero en la actualidad los países han de hacer frente a una carga creciente de enfermedades no transmisibles y crónicamente invalidantes, como el cáncer, las cardiopatías, la hipertensión y la diabetes, y hasta la fecha no se han hallado más que respuestas parciales a estos problemas, porque los factores etiológicos están estrechamente relacionados con las condiciones sociales y el comportamiento. Por eso se han emprendido en muchos países programas en masa contra esas enfermedades basados en gran parte en investigaciones médico sociales en que participan epidemiólogos, sociólogos y otros especialistas.

Las investigaciones sobre sistemas de salud (antes denominada también "investigación sobre atención médica" o "investigación sobre servicios de salud). que se ha definido como el estudio sistemático de los medios por los cuales puede conseguirse que los conocimientos biomédicos, sociomédicos y otros pertinentes repercuten en la salud de las comunidades en determinadas condiciones, se ha convertido en un tipo cada vez más importante de investigación relacionada con la salud. Es una investigación orientada hacia la acción, que mediante el uso de métodos científicos tiende a

proporcionar información y conocimientos que facilitan una mejor comprensión de los problemas de salud y de la forma de resolverlos. Las investigaciones sobre sistemas de salud pueden servir para una planificación y una distribución de recursos más racionales y deben traducirse normalmente en un mejor diseño de los sistemas de salud que permita al mismo tiempo fomentar una autoresponsabilidad mayor del individuo, de la familia y de la comunidad para la solución de los problemas de salud.

La complejidad y el alcance mayores de las investigaciones relacionadas con la salud tienen dos consecuencias principales. En primer lugar, hay ahora una necesidad imperiosa de enfocar esas investigaciones mediante multidisciplinarios, lo que exige un alto grado de organización y de coordinación. En segundo lugar, los costos rápidamente crecientes de las investigaciones tanto biomédicas como sobre sistemas de salud han traído consigo una mayor necesidad de fondos del sector público y una mayor dependencia de ellos. En consecuencia, los gobiernos nacionales y las comunidades científicas han de hacer frente a un reto cada vez más difícil para identificar el orden de prioridad de las investigaciones relacionadas

con la salud y establecer dentro del sistemas de salud mecanismos eficaces de coordinación con miras al empleo útil y eficaz de los recursos disponibles.

II.3. DISPOSICION ORDENADA DE LOS RECURSOS.-

Para que los diversos recursos de los sistemas de salud se conviertan en actividades sanitarias y puedan funcionar adecuadamente, hace falta una organización social de algún tipo. Se necesita una ordenación organizada para conseguir que los recursos de salud mantengan relaciones efectivas entre sí y que los distintos enfermos o los grupos comunitarios estén en contacto con los recursos por medio de los mecanismos de prestación de asistencia. La medida en que esta disposición ordenada y estas relaciones hayan de tener carácter oficial varía mucho, como se verá según los diferentes sistemas nacionales de salud.

En cualquiera de esos sistemas, sin embargo, esta ordenación y estas relaciones pueden favorecerse de varias maneras, a veces mediante la acción gubernamental (en distintas

jerarquías) y otras al margen del gobierno. Las principales agrupaciones u ordenaciones organizadas de recursos sanitarios pueden clasificarse en cinco categorías:

- Autoridades sanitarias nacionales
- Programas de seguros médicos (públicos)
- Otros organismos oficiales
- Organismos no oficiales (benéficos)
- Sector privado independiente.

III.3.1. AUTORIDADES SANITARIAS NACIONALES.-

Hay en casi todos los países un organismo principal de gobierno al que incumben las actividades de salud. Puede consistir en un organismo oficial especial o en una subdivisión de un organismo mayor (por ejemplo de "sanidad y asistencia social") o puede estar formado principalmente por una red de organismos que actúan en un nivel inferior (de los distintos estados, provincias o regiones). Lo más frecuente es que se trate de un ministerio de salud.

Los ministerios de salud o departamentos equivalentes se organizan de diversas formas. Pueden tener subdivisiones a las que

jerarquías) y otras al margen del gobierno. Las principales agrupaciones u ordenaciones organizadas de recursos sanitarios pueden clasificarse en cinco categorías:

- Autoridades sanitarias nacionales
- Programas de seguros médicos (públicos)
- Otros organismos oficiales
- Organismos no oficiales (benéficos)
- Sector privado independiente.

III.3.1. AUTORIDADES SANITARIAS NACIONALES.-

Hay en casi todos los países un organismo principal de gobierno al que incumben las actividades de salud. Puede consistir en un organismo oficial especial o en una subdivisión de un organismo mayor (por ejemplo de "sanidad y asistencia social") o puede estar formado principalmente por una red de organismos que actúan en un nivel inferior (de los distintos estados, provincias o regiones). Lo más frecuente es que se trate de un ministerio de salud.

Los ministerios de salud o departamentos equivalentes se organizan de diversas formas. Suelen tener subdivisiones a las que

corresponden diferentes tipos de programas de salud, tales como la educación sanitaria y el fomento de la salud, los servicios preventivos y la inspección sanitaria, los servicios de hospital y otros servicios curativos, la rehabilitación y la asistencia médicosocial de los impedidos, etc. A veces las subdivisiones se encargan de distintos elementos del sistema de salud, como la formación y la habilitación de personal de salud, el desarrollo y la supervisión de instalaciones sanitarias, la logística de equipos y suministros o la financiación. En la mayoría de los países, hay por debajo del nivel del ministerio nacional de salud organismos provinciales o regionales o de ambas clases, en los que se puede delegar ciertos poderes o considerarseles cierto grado de autonomía para la preparación y a inspección de las actividades sanitarias.

En cuanto a los sistemas de salud en general, las atribuciones del ministerios de salud varían según los países. En algunos, todos o casi toda la responsabilidad de la organización social de los recursos u servicios de salud recae en un ministerio unificado de salud. En otros, la organización de sólo una pequeña fracción de los sistemas de salud, por ejemplo los servicios preventivos de cierto

tipo, se encomienda al ministerio de salud, mientras que otros organismos públicos o privados se encargan de las demás actividades. Al ir aumentando el potencial de las ciencias de la salud, sin embargo, suele ampliarse asimismo el ámbito de competencia de los ministerios de salud.

II.3.2. PROGRAMAS DE SEGUROS MEDICOS.-

En más o menos la mitad de los países del mundo (en particular casi todos los países industrializados) se han organizado programas especiales de seguros médicos para los asalariados y a menudo también para sus familiares. En la mayor parte de estos países, la responsabilidad del programa (a veces llamado de "seguridad social") se confía a un organismo gubernamental que es distinto del ministerio de salud o sólo está lejanamente relacionado con él. La proporción de habitantes protegidos por un programa de seguros de enfermedad puede variar mucho según los países. En los países en desarrollo donde la economía es predominantemente agrícola, esta proporción suele ser pequeña (10% o menos), mientras que en los países desarrollados e industrializados, es por lo general grande (90%

e más). El alcance de las prestaciones (tales como la asistencia del médico, los medicamentos, la hospitalización, el tratamiento odontológico y el transporte de los enfermos) varía asimismo mucho de un país a otro.

En el sentido amplio, un programa de seguridad social es esencialmente un método que permite financiar colectivamente los gastos de protección de la población contra ciertos riesgos, incluida la enfermedad, así como también los ocasionados por el retiro y el desempleo. En lo tocante a la enfermedad, la protección puede concederse de una o dos formas principales y puede proporcionarse dinero al paciente o en su nombre para abonar los servicios prestados por los proveedores independientes (por lo general, privados) de asistencia de salud; esta modalidad indirecta se aplica sobre todo en países muy desarrollados y modernamente organizados. La segunda solución es que el programa de seguros médicos se encargue de emplear y supervisar a sus propios proveedores de asistencia sanitaria (médicos, hospitales, etc.) para la atención directa de salud a las personas aseguradas. Esta modalidad directa se usa más a menudo en los países menos desarrollados.

Tanto con la modalidad directa como con la indirecta de contribución a los gastos de atención de salud, el proceso de apoyo financiero otorga al organismo de seguros de enfermedad poderes que le permiten influir en la actuación de los proveedores de asistencia médica. De ese modo la organización de programas de seguro de enfermedad rebasa los límites de un mero mecanismo financiero hasta convertirse también en un método para determinar el contenido y la calidad de los servicios.

II.3.3 OTROS ORGANISMOS OFICIALES.-

Aparte de los dos organismos oficiales principales a que incumbe la organización de los servicios de salud que, acaban de mencionarse, hay con frecuencia otros hechos que se ocupan de distintas partes del sistema de salud.

Los ministerios de educación pueden, por ejemplo, adoptar disposiciones con objeto de proteger la salud de los escolares. De modo análogo, la protección de la salud de los trabajadores de la industria puede constituir una función secundaria de los ministerios de

trabajo o de industria. Las actividades militares o de defensa nacional también abarcan por lo general medidas relacionadas con los servicios de salud requeridos por el personal militar en tiempo de paz o de guerra.

La labor de otros organismos gubernamentales dedicados a objetivos especiales -como el fenómeno de las comunidades rurales, la vivienda urbana, los trasportes, la justicia penal o el comercio exterior- puede incluir aspectos relacionados con la salud o la asistencia médica y constituir por lo tanto parte del sistema de salud. Estas funciones puede ejercerlas el propio organismo solo o en colaboración con los ministerios de salud. Los ministerios de hacienda o los organismos de planificación nacional, que se ocupan de asuntos generales de gobierno, ejercen naturalmente también una influencia considerable en los sistemas nacionales de salud.

II.3.4. ORGANISMOS NO OFICIALES

Aparte del gobierno, hay muchos organismos o asociaciones de diferente naturaleza que toman parte en el sistema nacional de salud.

Algunos son organismos de beneficencia que se ocupan de determinadas enfermedades (por ejemplo, la tuberculosis o el cáncer); otros atienden a determinados sectores de la población, como los niños o los impedidos. Algunos organismos prestan directamente la acción gubernamental o la educación de la población. Ciertas organizaciones benéficas prestan una información determinada de servicios directos, como los auxilios de urgencia de la Cruz Roja o los cuidados de enfermería a domicilio de las asociaciones de enfermeras voluntarias.

En un número creciente de países tanto en desarrollo como industrializados ha prosperado bastante en los últimos años el movimiento de las cooperativas de salud, que se basa en planes de seguros médicos voluntarios para los trabajadores que no son asalariados, como por ejemplo: los agricultores y artesanos e independientes o los impedidos que trabajan en determinadas condiciones. Además, en varios países una proporción considerable de personas que trabajan tanto en la industria como en la agricultura están protegidas por planes de seguros médicos voluntarios patrocinados por asociaciones profesionales o compañías comerciales.

Entre las organizaciones voluntarias de salud han de contarse también las asociaciones de médicos, enfermeras y demás personal sanitario. Estas organizaciones pueden, por ejemplo, velar por el cumplimiento de códigos de comportamiento; pueden asimismo representar a sus miembros en el apoyo o la oposición a ciertas decisiones gubernamentales de política sanitaria. Estas asociaciones profesionales pueden por otra parte contribuir a la organización de enseñanzas continuas y al establecimiento de normas para la calificación del personal de salud.

Las empresas industriales privadas aplican a veces medidas de salud o de seguridad en beneficio de sus empleados, y en este sentido participan en el sistema de salud. Organizaciones con objetivos, enteramente diferentes, tales como asociaciones religiosas, sindicatos de trabajadores o sociedades de grupos étnicos, pueden prestar ciertos servicios de salud bastante accesorios en relación con su objetivo principal.

II.3.5. SECTOR PRIVADO INDEPENDIENTE.-

La quinta y última categoría de ordenación organizada de los recursos de salud comprende varios tipos de personal de salud independiente que no pertenece a ninguno de los programas organizados que se acababan de mencionar, pero presta servicios a título particular. Los curanderos tradicionales, por ejemplo, actúan predominantemente en el sector privado. Los médicos, los dentistas, los farmacéuticos y otros miembros del personal de salud se dedican al ejercicio privado de sus profesiones en casi todos los países. En algunos países, el ejercicio privado de la profesión constituye la parte principal de su labor; en otros, se lleva a cabo sobre todo a tiempo parcial paralelamente al empleo, en programas organizados; en otros, en fin, no constituye más que una actividad secundaria después del ejercicio de los que se consideran funciones a tiempo completo en una programa de carácter público.

Aunque los profesionales de la salud que ejercen privadamente actúan sobre todo individualmente en locales privados, pocas veces están enteramente aislados. Los que ejercen en privado en una zona establecen con

frecuencia redes para el envío y la consulta mutuos de casos (incluida la práctica en grupo). Los servicios prestados por el personal privado llevan consigo, por supuesto, normalmente el pago de honorarios, que pueden ser abonados directamente por los pacientes o en nombre suyo por programas gubernamentales o de seguros médicos. En los países en que una proporción considerable del tiempo de que dispone el personal de salud está dedicada al ejercicio privado de la profesión, tienden a surgir problemas cuando se trata de lograr una distribución equitativa de la asistencia en relación con las necesidades, particularmente si escasea el personal.

En términos generales, puede decirse que el sector privado es en el servicio de salud complementario del público. En los sistemas de salud en donde el sector público (o apoyado por organismos públicos) es relativamente débil, el sector privado tiende a ser fuerte. Donde los servicios del sector público están bien desarrollados, los del sector privado suelen ser pequeños. En cualquier tipo de servicio de salud, sin embargo, cabe que la gente busque los servicios privados con el afán de elegir a su propio médico (u otro proveedor de atención de salud, cuando puede costear sus servicios.

II.4. PRESTACION DE ATENCION DE SALUD.-

El tercer factor principal que ha de tenerse en cuenta al analizar un sistema nacional de salud es el de la variedad de procesos durante los cuales se prestan distintas clases de atención de salud. Estos procesos pueden variar sumamente en diferentes países o en distintos lugares de un mismo país.

La prestación de atención de salud puede clasificarse de distintas maneras. Por lo general se clasifica en relación con el objetivo del servicio prestado. De este modo se dividen las actividades de salud en actividades de promoción, preventivas, curativas, de rehabilitación y de asistencia medicosocial a las personas gravemente impedidas e incurables.

Las actividades de fomento de la salud van mucho más allá de las funciones clásicas de las instituciones de asistencia de salud y tienden a crear unas condiciones del medio y un comportamiento humano que puedan influir favorablemente en la salud. Las actividades preventivas están dirigidas no solamente contra las enfermedades transmisibles sino asimismo contra muchas enfermedades que pueden

prevenirse, como el raquitismo, el bocio endémico y la caries dental. Comprenden, aparte de las inmunizaciones, intervenciones tales como el suministro de suplementos vitamínicos, la yodación de la sal, la fluoruración del agua o la instalación de dispositivos de seguridad en la maquinaria para prevenir lesiones en los trabajadores industriales. El fomento de la salud y la prevención de la enfermedad constituyen lo que se llama prevención primaria. Las actividades curativas consisten en el empleo de medicamentos, cirugía u otros procedimientos con objeto de interrumpir un proceso patológico o de atenuar las consecuencias nocivas de una enfermedad. Si esto se hace lo antes posible, cuando todavía puede prevenirse la invalidéz o incluso la muerte prematura, puede calificarse de prevención secundaria. En algunos países, el descubrimiento temprano de la enfermedad se efectúa por medio de pruebas de detección en masa en grupos de población. La rehabilitación corresponde a la prevención terciaria y tiene por finalidad restablecer las funciones físicas, mentales y sociales por medio de los procedimientos médicos pertinentes; esto se realiza a menudo en cooperación social. La asistencia medicosocial se aplica particularmente a los casos de invalidez

profunda irreversible o de enfermedad de curso progresivo en los que ni el tratamiento ni la rehabilitación pueden producir una mejora. En gran aumento de la expectativa de vida en muchos países exige formas organizadas de asistencia medicosocial, ya sea en instituciones especiales, ya sea en la comunidad, con la participación activa de la población en ambos casos.

En los sistemas nacionales de salud es más frecuente que se considere la atención de salud con arreglo a su grado de complejidad o al orden por el que se van atendiendo sucesivamente las necesidades de salud de la población. Así, los servicios que han de presentarse comprenden la atención de salud primaria, secundaria y terciaria (2). La forma de asistencia en estos tres niveles difiere entre distintos sistemas nacionales de salud, pero donde las diferencias son probablemente mayores es en las actividades curativas y preventivas de la atención primaria de salud. La prestaciones pueden estar a cargo de individuos, tanto si actúan en sistemas llamados tradicionales como modernos, por cuenta propia o de grupos organizados de

22. OMS, Actos Oficiales, Nº 206, Anexo II, 1973

personal de composición diversa. Entre el personal actual, pueden hacerse cargo de los servicios o bien los médicos o bien los auxiliares de salud, estos últimos con diferentes grados de preparación. Los servicios preventivos se dan con frecuencia por diferentes categorías de personal en lugares especiales, a menos que estén integrados en los servicios terapéuticos. Las formas de remuneración del personal de salud varían enormemente y se traducen en diferentes tipos de incentivos para el trabajo.

Un excelente resumen del lugar que ocupa la atención primaria de salud en la infraestructura de un sistema nacional de salud es el que aparece en la Declaración de Alma-Ata. (3)

"La atención primaria de salud es la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicos fundados y esencialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma

3. OMS, Alma Mata. Atención Primaria de Salud. Ginebra. 1978.

parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel del contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".

En los niveles secundarios y terciarios de la atención de salud, las modalidades de prestación de servicios pueden variar también desde la acción individual hasta la acción organizada. Los especialistas de medicina y cirugía pueden ejercer en privado, o como miembros del personal de los hospitales o de grupos organizados (públicos o particulares) fuera de los hospitales. El nivel de asistencia de salud que resulta más uniforme en su método de actuación en los diferentes sistemas nacionales de salud es el terciario, que requiere prácticamente siempre unos grupos muy organizados de personal en grandes hospitales.

El proceso de consulta técnica o "supervisión de apoyo" que emana del nivel terciario (central) hacia el secundario (intermedio) y el primarios (periférico) puede ser bastante espontáneo en algunos sistemas y en cambio en otros sistemático y detallado. Similarmente, el envío de pacientes del nivel de la atención primaria a la secundaria o terciaria puede realizarse con más o menos regularidad. Con frecuencia los pacientes acuden por propia iniciativa a niveles superiores, cuando la atracción ejercida por las instituciones de atención de salud de esos niveles induce a muchos pacientes a evitar los servicios periféricos, que en la mayoría de los casos podrían resultar perfectamente adecuados.

Para que la población esté efectivamente provista de atención sanitaria apropiada para sus necesidades, es preciso mantener unas relaciones continuas entre los tres niveles de asistencia. El establecimiento de relaciones de este género en un país o provincia se denominan a menudo regionalización, que puede hacerse con diferentes grados de rigidez en diversos sistemas. Hay muchas maneras de interpretar la regionalización, según sean los aspectos en que más se insiste, por ejemplo la distribución de los recursos de salud, la

regulación de la influencia de pacientes, la cooperación voluntaria u obligatoria de los servicios de prestación de asistencia sanitaria de distintos niveles y el encabezamiento estimado razonable del apoyo financiero. En materia de regionalización cabe hacer una distinción entre dos motivaciones generales. La primera hace que se insista en las necesidades y los derechos de la población en los que hace a disponibilidad, acceso, calidad de la asistencia de salud de una región. La segunda motivación es la que hace que se insista en la necesidad de un empleo racional de los recursos y de la coordinación entre sistemas de prestación de atención de salud. La primera es la más antigua, la que pide cambios radicales a favor de una organización cuantitativa de la asistencia de salud; en cambio, la segunda representa una preocupación más pragmática por la distribución, y el empleo más eficientes que se sea posible de los recursos. Ambos criterios son normativos y pueden oponerse a los enfoques empíricos y descriptivos de la regionalización comunicados por algunos países.

Hablando en términos generales, los sistemas de prestación de asistencia de salud dependen de los supuestos filosóficos en que se

funda el sistema de salud. En un extremo, cabe considerar la atención sanitaria como equivalente de una mercancía puede reputarse como un derecho social de toda la población de un país que requiere una planificación cuidadosa. Entre estos extremos, puede haber otros criterios, particularmente en los que respecta a determinados grupos de población o determinadas enfermedades.

II.5. APOYO ECONOMICO A UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Todos los recursos de salud y los mecanismos de prestación de asistencia sanitaria expuestos anteriormente requieren un apoyo económico en cualquier sociedad. Como no cabe duda que hay muchas necesidades contrapuestas en un país, tiene que haber procedimientos para encauzar el dinero hacia el sistema de salud. Contrariamente a lo que ocurre con el alimento y la vivienda, con frecuencia el individuo no puede predecir la necesidad de muchos servicios preventivos valiosos. Por otra parte la capacidad de los distintos sectores de la población de pagar el precio de los servicios de salud correspondientes a sus necesidades está supeditada a la cuantía de sus ingresos. Por estos motivos, todos los sistemas nacionales de salud han creado ciertos

mecanismos de apoyo económico ajenos al funcionamiento del mercado libre.

Estos métodos de apoyo económico pueden clasificarse de diversas maneras. Un grupo de Estudio de la OMS sobre la financiación de los servicios de salud (4) ha clasificado las fuentes de financiación como sigue:

- 1) entidades públicas (todos los niveles de la Administración, inclusive ministerios de salud, organismos de seguridad social y otros departamentos ministeriales);

La composición precisa de estas fuentes de financiación difiere mucho según los sistemas nacionales de salud. En algunos, predominan los fondos particulares; en otros, la mayor fuente de apoyo son los recursos gubernamentales, una parte considerable de los cuales puede proceder de los programas de seguros de enfermedad. Hasta cierto punto, sin embargo, las siete fuentes de financiación mencionadas se hallan en casi todos los sistemas de salud. Hablando en términos generales, la fuente 1), más las partes de las fuentes 4), 5) y 7) que afectan a los gobiernos, se califican

4. OMS, Actos Oficiales, Nº 206, Anexo II, 1973

a menudo de sector público de la financiación del sistema de salud. El resto constituye el sector privado.

En cualquier sistema nacional de salud pueden usarse diversos métodos o combinaciones de métodos de financiación. Por ejemplo, los aspectos curativos de la atención primaria de salud pueden contenerse con fondos particulares; el saneamiento del medio depende de los ingresos generales del gobierno, y la hospitalización puede estar en gran parte sufragada al apoyo recibido de los programas de seguros de enfermedad. Aun dentro de un tipo de servicios, como por ejemplo la hospitalización, el apoyo financiero puede provenir de fuentes particulares, de seguros voluntarios, de ingresos públicos y de la caridad.

Es importante comprender cual es la compleja dinámica económica de los sistemas de salud, porque cada método tiene serias representaciones sociales. La adquisición privada de los servicios, por ejemplo significa normalmente que los servicios de salud van a los individuos o a las familias que disponen del dinero necesario y esto puede corresponder en muy escasa medida a las necesidades de salud

de cada uno. La seguridad social o incluso los seguros voluntarios de enfermedad y garantizan la disponibilidad de fondos en cualquier momento en que la enfermedad aparezca; sin embargo, son unos beneficios que sólo recibe la persona asegurada. Otros muy necesitados pueden estar fuera del contexto social apropiado (por ejemplo, los habitantes de aldeas remotas) para poder beneficiarse de una forma cualquiera del seguro médico. El apoyo con ingresos públicos suele significar que los servicios están disponibles para todas las personas, sin discriminación alguna; cabe, sin embargo, que su cobertura esté muy limitada y que la calidad de los servicios prestados sea mala.

Cualquiera que sea la combinación de mecanismos de apoyo económico usada en un país, es preciso que el conjunto de sumas disponibles para la financiación sea adecuado para el sistema sea eficaz.

II.6. GESTION DE UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD.-

La función de los procesos administrativos o de gestión es algo que se ha mencionado en gran parte de la exposición que precede: su importancia para el

El buen funcionamiento de un sistema de salud es tan grande por esos procesos se consideran conjuntamente como un factor que influye por sí mismo en una organización y un funcionamiento eficaces. En última instancia, la modalidad de gestión empleada dependerá de la historia, la cultura y los valores sociales de un país. Asimismo dependerá inevitablemente de la estructura del poder (es decir, centralizado, federal o descentralizado) de cada país.

En vista de que palabras tales como "administración", "gestión" adquieren diferentes significados en distintos países, parece procedente adoptar las definiciones que han surgido de las recientes deliberaciones internacionales al tratar de la gestión de los programas de salud o de los servicios de salud.

En los primeros años del decenio de 1970, la palabra "administración" se utilizó con frecuencia y a menudo para referirse a la serie entera de actividades de los procesos de gestión de los programas o sistemas de salud. Otras interpretaciones apuntan hacia el carácter directamente intercambiable de ambos términos, al decir por ejemplo que la "gestión sanitaria es esencialmente un sistema de atribuciones, funciones y tareas administrativas llevadas a cabo por

individuos en distintos niveles de la administración con objeto de mejorar la salud de la población".
(5)

Contrariamente a los puntos de vista que proceden, algunos expertos hacen una clara distinción entre administración y gestión, por ejemplo:

"Por administración se entiende la serie de técnicas usadas para el funcionamiento de una organización, inclusive la planificación, el financiamiento, la contabilidad, la dirección del personal, el análisis de sistemas, etc. Por gestión, en cambio, se entiende el proceso consiste en elegir oportunidades, resolver problemas, suscitar cambios y adquirir compromisos respecto a los objetivos de la organización. En otras palabras, las tareas de la gestión son las siguientes; definir el fin y la misión específicos de la organización, hacer que el trabajo sea productivo y conseguir que el trabajador suscite y gestione resultados y responsabilidades sociales. Este tipo de "función directiva", que lleva implícita la gestión, rebasa con mucho las técnicas de administración".

55. OMS, Informe de consulta sobre el programa internacional de atención en salud. Ginebra 1977. pag. 5,6.

Es una resolución adoptada en 1978 por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA31.43) se da una definición a la vez más práctica y completa. Teniendo presente la importancia de aplicar procesos adecuados de gestión al desarrollo sanitario, se insta en la resolución a los Estados Miembros:

"...a que implanten o refuercen, según proceda y corresponda a sus condiciones sociales y económicas, un proceso integrado para la definición de políticas sanitarias, la formulación de programas prioritarios que permitan poner en práctica esas políticas, habilitación de créditos preferentes en los presupuestos de salud para esos programas prioritarios, la ejecución de esos programas por medio del sistema sanitario general, la vigilancia, la fiscalización y la aportación de una base adecuada de información para el proceso en general y para cada uno de sus elementos..."

Esta definición ha sido perfeccionada, profundizada y transformada en una serie de normas fundamentales que constituyen una parte esencial de la Estrategia Mundial de salud para todos de la OMS. Parecen constituir también una base adecuada para el examen de la gestión del sistema de salud y se analizarán más adelante en este trabajo de forma más detallada. Conviene ahora resumir tres aspectos esenciales de la gestión del sistema de salud que

corresponden por lo general a la definición que precede. Se trata de:

- 1- la dirección
- 2- la toma de decisiones
- 3- la reglamentación.

II.6.1. Dirección.-

Las personas e instituciones participantes en la organización de sistemas nacionales de salud tienen su historia, sus tradiciones, sus fines y su estructura de poder propios, que les hacen mostrarse recios a los cambios. La inercia institucional y la estructura orgánica de los sistemas de salud son a menudo grandes obstáculos opuestos al progreso. Para superar estos obstáculos, cada vez hace falta una función directiva de la gestión de los sistemas de salud que permita orientar, estimular y movilizar a las personas con miras a conseguir un cambio deseable.

El carácter recíproco de la autoridad organizativa se ha traducido en la aparición de diferentes conceptos de dirección o de estilo de dirección. Con el estilo más bien autocrático de dirección que caracteriza a la

teoría clásica de la gestión, el superior da órdenes y los subordinados le informan sobre la forma en que han aplicado sus directivas. Han surgido, sin embargo, otros modos de dirección, como el estilo "democrático" y el basado en la "participación". Contrariamente a lo que ocurre con el modelo clásico, las nuevas teorías se basan en la noción de que, en vista de que todos los miembros de una organización están interesados en su buen funcionamiento, deben todos ellos participar en el proceso de toma de decisiones. En los sistemas nacionales de salud de los países así industrializados como en desarrollo pueden hallarse una u otra forma de dirección a veces se encuentran ambas en diferentes partes del sistema.

II.6.2. Toma de decisiones.-

Esto puede variar en los sistemas de salud desde un implícito casi intuitivo hasta una acción muy explícita y bien organizada. El alcance, el carácter y la forma de organización del proceso de toma de decisiones dependen de la manera en que los recursos se ordenan en particular de las diferentes características de la estructura. Esto se relaciona con la responsabilidad, que puede ir desde la que está

descentralizada a la centralizada; con el sistema administrativo, que puede ser multifocal o unificado, y con el apoyo, que puede variar desde el casi completamente privado al enteramente público. Con arreglo a este contexto, debe tenerse en cuenta cuatro aspectos esenciales de los mecanismos de toma de decisiones: 1) planificación; 2) ejecución y realización; 3) vigilancia y evaluación, y 4) apoyo de información.

Hay dos aspectos diferentes, aunque estrechamente relacionados entre sí, de la planificación dentro de los sistemas nacionales de salud, a saber la planificación sanitaria y la planificación del sistema de salud.

La planificación sanitaria es un proceso sistemático, organizado, orientado hacia el futuro y continuo que tiene por objeto suministrar a quienes toman las decisiones datos, pronósticos y opciones con miras a mejorar la salud de la población. Su principal propósito es, por consiguiente, comprender la situación de la salud y los factores sociales y epidemiológicos que influyen en ella. Se elige entonces una tecnología apropiada para contrarrestar los factores etiológicos y mejorar después la situación sanitaria. Ello

conduce a la preparación de los planes y programas sanitarios pertinentes.

La planificación del sistema de salud lleva consigo el reajuste de todos los factores del sistema con el fin de incorporar los programas planeados y hacer que resulten operativos. Esto puede exigir cambios en la prestación de la asistencia de salud con las siguientes repercusiones en la obtención de recursos y en el método de apoyo económico al sistema. Además, los cambios que hayan de introducir en un momento determinado pueden tener más pronto o más tarde consecuencias que requieran una nueva planificación del sistema de salud. Aunque lógicamente válida, esta serie de etapas de planificación sigue descuidándose demasiado a menudo en la práctica, y este es el principal motivo por el que muchos sistemas nacionales de salud no son pertinentes en relación con las necesidades del pueblo, perpetúan funciones que han dejado de tener utilidad y modifican su estructura solamente bajo la presión de una demanda urgente.

En algunos países la planificación del sistema de salud puede ser llevada a cabo enteramente por el ministerio de salud. En

otros países, puede ser una atribución especial de un organismo general de planificación. A veces, los rasgos generales de la planificación, de un sistema son trazados por un organismo central de planificación, mientras que la elaboración de los detalles (por ejemplo, la determinación exacta de las funciones y la plantilla de personal de los servicios de atención de salud) se dejan al arbitrio del ministerio de salud. Hay asimismo diferentes grados de centralización y descentralización en la planificación de los sistemas nacionales de salud. En algunos países, toda la planificación se lleva a cabo en la capital, pero en la mayoría, las distintas funciones planificadas se efectúan a escala local, lo que suele favorecer la pertinencia y la aceptabilidad de los planes sanitarios.

La ejecución y realización significan la transformación de los planes y programas detallados en actividades para convertirse en partes integrantes del sistema de salud; esto entraña la administración cotidiana de esos programas y su seguimiento continuo para tener seguridad de que progresan según lo previsto. En diferentes sistemas de salud varía sobremanera la medida en que hay una delegación

hacia la periferia de la responsabilidad administrativa (descentralización). En algunos sistemas son el centro o la cumbre los que conservan casi todos los poderes importantes de decisión, limitándose la periferia simplemente a ejecutar las órdenes recibidas. En otros, gran parte de la autoridad para tomar decisiones en materia tanto de planificación como de ejecución se delega en los escalones inferiores a veces con arreglo a unas normas de carácter amplio establecidas por la autoridad central.

La determinación de la medida en que un sistema de salud o programas a él pertenecientes han logrado sus objetivos exige una vigilancia y una evaluación sistemática. Este proceso suele efectuarse en varios escalones del sistema y varía por sus detalles y por el ámbito de asuntos abarcados. No obstante, la apropiada ejecución de la tarea de evaluación no resulta nunca fácil, por la naturaleza misma de las actividades relacionadas con la salud y por la dificultad de medir cuantitativamente las consecuencias sanitarias. Es por consiguiente a menudo inevitable recurrir a un juicio cualitativo, si bien éste ha de ser respaldado, siempre que sea

posible, por una evaluación cuantitativa fidedigna.

Independientemente del proceso de vigilancia y de evaluación y de escalones administrativos a que se realice, se ha estimado que la evaluación de la comunidad (por ejemplo, mediante encuestas familiares) resulta práctica para valorar la atención primaria de salud y sus servicios de apoyo. La responsabilidad definitiva de la evaluación de todo un sistema de salud suele ser de la incumbencia de las autoridades centrales, por ejemplo, los miembros de salud.

Para la gestión del sistema de salud es indispensable el apoyo de información. Sin embargo, la necesidad de información puede definirse o no de una manera realista. Es difícil, en particular, obtener la información pertinente necesaria para la formulación de políticas, planificación, programación, presupuestación, y vigilancia y evaluación. A veces la información requerida para establecer una estrategia no puede extraerse de los datos básicos, que por lo general tienen un carácter práctico. Por ejemplo, la mayoría de las veces hay abundante información relativa a los hospitales urbanos, pero en cambio existen

grandes lagunas con respecto a la atención primaria de salud tanto en el medio urbano como en el rural. También puede ocurrir que el sector gubernamental parezca razonablemente cubierto y que en cambio falte información sobre el sector privado. En algunos países la transmisión de información viene dificultada por la reglamentación que protege la vida íntima tanto de los enfermos como de los profesionales que los atienden. Además, en la mayor parte de los países las investigaciones sobre sistemas de salud como fuente generadora de información están descuidadas.

II.6.3. Reglamentación.-

Otro importante aspecto de la gestión de los sistemas de salud es junto con la dirección y la toma de decisiones, la reglamentación, que interviene en el funcionamiento de todos los sistemas nacionales de salud, aunque su ámbito de aplicación varíe considerablemente. La habilitación de personal sanitario, la aprobación de instituciones de asistencia sanitaria, la inspección de los medicamentos o el derecho de acceso a los servicios de salud u las condiciones de empleo en ellos son distintas formas de la reglamentación

legislativa. A veces el volumen de reglamentos de un sistema de salud acaba siendo engorroso, pero es preciso percatarse de que los reglamentos se utilizan precisamente frente a ciertos abusos o con ánimo de anticiparse a los problemas. Cuando en un país se promulga legislación sanitaria, resulta a veces difícil prever de antemano la forma exacta en que los servicios habrán de organizarse y prestarse; el texto de la ley podrá, por consiguiente, ser muy amplio, dejando al organismo público la responsabilidad de emitir reglamentos concretos.

En cualquier sistema administrativo la reglamentación depende de un comportamiento deliberado (administrado) y de un comportamiento oficioso. La función reglamentadora administrativa es la oficialmente ejercida para establecer objetivos y otras formas, recoger y ordenar informaciones sobre las operaciones del sistema, y adoptar medidas correctivas o de adaptación. Esta función suele ser gubernamental, pero puede ser no gubernamental (como en el caso de los códigos deontológicos de las asociaciones profesionales). Una vez establecidos y aprendidos los procedimientos de reglamentación pueden convertirse el algo habitual y difícil

de modificar. La reglamentación oficiosa consiste en el comportamiento y las actividades que caen fuera de la esfera de gestión gubernamental, pero que sirven también para reajustar el funcionamiento del sistema. Son importantes elementos de esta categoría las normas aplicables y grupos y profesiones, los valores sociales, las comunicaciones de información y las relaciones personales. La reglamentación oficiosa se refiere por lo tanto a determinantes del comportamiento de un sistema del que la gestión no se ocupa, ya sea deliberadamente ya sea por negligencia.

Aunque la reglamentación oficial y la oficiosa sean complementarias, ello no significa forzosamente que sean siempre armoniosas. Ciertos aspectos de la reglamentación oficiosa pueden ser incompatibles con la oficial y entrar en conflicto con ella. Cuando surge semejante incompatibilidad o conflicto, es que hay una discrepancia entre la planificación de la gestión y la realidad de las operaciones. Una fuente principal de este tipo de discrepancia puede ser la incapacidad de la gestión de compaginar inmediatamente un cambio planeado

con la situación estable del sistema (4). En último término, se supone que la reglamentación de todos los tipos ha de servir para regular un sistema nacional de salud a fin de lograr las metas de equidad, eficacia, si no del todo, por lo menos lo más completamente posible.

II.7. TIPOS DE SISTEMAS NACIONALES DE SALUD.-

En el capítulo que precede se analizan la estructura y las funciones de los sistemas nacionales de salud en general, pero todo sistema reviste las características del país en que funciona. En tre los 160 Estado soberanos que existen, más o menos, en el mundo no hay por supuesto dos exactamente iguales. Por razones de comodidad, sin embargo, los países se han venido clasificando en grupos o tipos con arreglo a ciertos criterios. Así, antes, los dirigentes políticos y los especialistas en ciencias sociales dividían los países en "poseedores" y "desprovistos",; actualmente, se habla de países "desarrollados" y en "desarrollo". Semejante dicotomía es a todas luces una simplificación excesiva que se ha

46. SCHARPER, M. Administración de programas de higienes del medio. Ginebra. 1975 (Cuadros de salud pública Nº59)

hecho con fines prácticos. Si en cambio destacamos las características nacionales que parecen tener mayores repercusiones principales: económica y politicosocial.

II.7.1. Características económicas del sistema.-

Una importante influencia básica es el tamaño y la potencia de la economía nacional, que suele expresarse en términos de productividad nacional, por ejemplo, por el producto nacional bruto (PNB) o el producto interior bruto (PIB). Estas sumas de conjunto reflejan el volumen total de actividad económica nacional valorada a precios corrientes o constantes. Dividiendo el PNB o el PIB por el total de población se llega al PNB o PIB por habitante, que constituye un indicador sustancial a efectos generales de la riqueza nacional. El PNB por habitante puede por lo tanto servir de medida general del bienestar humano, es decir de la salud en un sentido muy lato. De hecho, muchas variables de salud están efectivamente en correlación con el PNB o el PIB por habitante (7). Los países con un

77 WHO. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1981.

alto PNB per capita predominantemente países industrialmente desarrollados, mientras que lo que tienen un producto bajo son predominantemente agrícolas o en desarrollo.

Los problemas de salud han pasado en los países industrializados por varias fases de evolución, caracterizadas cada una de ellas por diferentes retos opuestos a la salud pública y a la asistencia sanitaria individual. En la fase inicial, las enfermedades infecciosas, la malnutrición y la vivienda insalubre fueron combatidas mediante mejoras socioeconómicas combinadas a medidas de salud pública como el abastecimiento de agua potable pura y la instalación de servicios de evacuación de aguas residuales. A medida que fueron progresando las ciencias, se denominaron mejor las enfermedades bacterianas y víricas por medio de la vacunación y la quimioterapia, así como por una asistencia mayor a los individuos.

La segunda fase de la evolución ha venido dominada por la enfermedades crónicas, particularmente las cardiovasculares, las cerebrovasculares y el cáncer. Los adelantos científicos y técnicos han traído consigo un

gran arsenal de intervenciones médicas para el diagnóstico y la curación, mayor especialización en el ejercicio de la medicina y la transferencia de gran parte de la asistencia antes prestada en los gabinetes de los médicos y en los domicilios de los pacientes a hospitales cada vez más complejos y costosos. El coste de la asistencia de salud ha subido de manera impresionante y en la mayoría de los países se ha convertido en un motivo de considerable preocupación para el público.

Hay en algunos países industrializados indicios de una tercera fase que se podría denominar de patología social y ambiental. Las amenazas para la salud provienen no de desórdenes intrínsecos de la estructura y del funcionamiento del cuerpo sino de peligros ambientales relacionados con el desarrollo urbano y la exposición a sustancias tóxicas, así como el consumo de alcohol y uso indebido de medicamentos en proporciones epidémicas.

Los países industrializados han pasado por estas tres fases en un periodo que ha durado más de un siglo. Los países en desarrollo, por su parte, han de hacer frente al reto de tener que soportar las tres fases simultáneamente, con sólo una fracción de los recursos humanos y

materiales de que disponen los países industrializados que sufren los mismos problemas. Hay gran necesidad de una cuidadosa selección de acciones prioritarias, basándose en la tecnología apropiada y en la participación directa de la propia comunidad en el proceso de atención de salud. Para que los países con recursos limitados puedan alcanzar los mayores beneficios posibles de salud hace falta que las políticas estén estrechamente relacionadas con el desarrollo socioeconómico general.

II.7.2. Características sociopolíticas del sistema.-

Puede darse por sentado que el sistema de salud de cualquier país forma parte de su estructura social y política. No obstante, en ciertos países la principal dificultad encontrada para definir el marco, sociopolítico de los sistemas de salud es la de identificar los principales rasgos de ese marco. Entre varias propuestas más o menos complicadas que se han hecho con este fin, una parecer particularmente digna de consideración, por ser lo bastante sencilla para poder ser descrita en términos cualitativos y por haberse demostrado su utilidad práctica. Un estudio internacional comparado de los sistemas de asistencia

sanitaria ha caracterizado los fundamentos sociopolíticos de tales sistemas con los siguientes rasgos: 1) la salud como valor social; 2) el colectivismo opuesto al individualismo, y 3) la responsabilidad distributiva.

- 1) El valor atributivo a la salud Puede ir desde mucho, cuando la sociedad se hace cargo enteramente desde el punto de vista financiero y orgánico de la prestación de servicios de salud y los servicios que están razonablemente relacionados con las necesidades, pasando por moderado, cuando la responsabilidad financiera y orgánica viene compartida entre la sociedad y el individuo, (por ejemplo, cuando el seguro cubre parte de los gastos de salud, quedando las demás partes fuera de disposiciones de tipo social), a poco, cuando la sociedad asume relativamente poca responsabilidad financiera y orgánica (por ejemplo, cuando están socialmente cubiertos algunos servicios especiales o grupos de población, pero la responsabilidad incumbe ante todo al individuo).
- 2) El equilibrio entre colectivismo e individualismo. Depende de los que se considere como óptimo para la colectividad y de la medida en que el individuo tolere la

reglamentación y la orientación, ✓ Puede ir desde el colectivismo máximo, cuando el sistema está casi enteramente encaminado a proporcionar beneficios a la sociedad como un todo, dejando poco o ninguna elección al individuo ("alta puntuación") hasta el individualismo máximo, cuando la falta de salud y la asistencia sanitaria se consideran como problemas individuales, a no ser que supongan una amenaza directa para la sociedad, como en el caso de una epidemia ("baja puntuación").

- 3) Del mismo modo la responsabilidad distributiva. Puede ir desde mucha, cuando cada ciudadano tiene derecho a la misma calidad de servicios y cuando las barreras opuestas al uso del servicio ✓ por ejemplo la incapacidad de pagarlo o la imposibilidad de abonar los gastos de viaje, están en gran parte eliminadas, a poca, cuando la sociedad no asume la responsabilidad directa de la distribución de los recursos y servicios, y la distribución planificada se limita a determinados propósitos (por ejemplo, la educación o la investigación, o bien las actividades humanísticas y caritativas).

Puede calificarse de muy organizados a los sistemas nacionales de salud que tienen alta

puntuación con respecto a las tres características antes mencionadas. A los que tienen baja puntuación, cabe considerarlos como modestamente organizados. Entre estos extremos, los sistemas nacionales de salud pueden reunir diversas combinaciones de características sociopolíticas.

Por supuesto que no puede elegirse un solo tipo de sistemas de salud como el mejor de todos: cada tipo refleja una orientación diferente. Por ejemplo, una de las clasificaciones todavía muy generalizadas de los sistemas de asistencia pública, seguros de enfermedad y servicio nacional de salud. (9) Otra concede importancia sobre todo a la forma de valorar la serie de funciones que los sistemas pueden desempeñar (por ejemplo, completas o selectivas) y a la forma en que los sistemas de atención médica se derivan de procesos sociales, cognoscitivos y adaptativos que cabe generalizar.

99. OMS. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000, Ginebra 1981 (Serie "Salud para todos" N93)

II.7.3. Tipología de un sistema de salud con arreglo a sus características económicas y sociopolíticas.-

El sistema de salud de cualquier país puede situarse dentro de un marco teórico sobre la base de las estimaciones de sus características económicas y politicosociales. La dimensión económica de este marco puede medirse con bastante facilidad sobre la base del PNB por habitante, como se ha indicado antes (aunque esta forma de medición no refleje la distribución de los ingresos dentro de un país). No es fácil medir cuantitativamente las características sociopolíticas de un país, ni siquiera de su sistema de salud; para clasificar los sistemas nacional de salud dentro de esta dimensión hacen falta unos juicios de carácter más cualitativo, que pueden basarse en la incorporación al sistema de los tres tipos de valores sociales antes mencionados. ✓

Los sistemas de salud pueden clasificarse también por sus estructuras administrativas, es decir: gubernamentales o privadas; centralizadas o descentralizadas, y pluralistas o unificadas. De ese modo, parece lógico que en un marco sociopolítico en el que se conceden

grandes poderes al gobierno y se deja poca libertad de acción a la empresa privada conferirá similarmente todas o casi todas las responsabilidades sanitarias al gobierno y dejará poco lugar para la práctica de la medicina privada; en cambio, en un marco totalmente opuesto, los servicios médicos y hospitalarios privados serán fuertes y los programas de salud del gobierno débiles. La centralización dentro del marco sociopolítico general se traduciría en una supervisión, unas normas y una gestión centralizadas del sistema de salud; una política de descentralización producirá de forma análoga una financiación y una supervisión de hospitales, unos seguros de enfermedad y unos programas de salud descentralizados. Una ideología política pluralista irá sin duda alguna asociada a una multiplicidad de programas de salud con las consiguientes dificultades para la coordinación; por el contrario, una estructura política generalmente unificada conducirá casi inevitablemente a la función de todas o casi todas las responsabilidades de salud en un organismo único, normalmente un ministerio de salud. Todos los aspectos sociopolíticos mencionados de los sistemas de salud pueden considerarse en una escala de valores de

organización que va desde poca a mucha, pasando por moderada.

En el Cuadro 1 se ofrece un marco conceptual de las características de los sistemas nacionales de salud basado en estos dos factores: el grado de desarrollo económico del país y el grado de organización del sistema de salud. En teoría, cada sistema de salud existente en el mundo puede situarse en una de estas nueve categorías conceptuales. En algunas categorías habrá muchos sistemas de salud y en otras sólo unos países y de sus sistemas de salud van cambiando continuamente, por lo que un sistema podría estar incluido en una categoría hoy día y en otra, por ejemplo, dentro de cinco años.

Cuadro 1.
Sistemas nacionales de salud tipología basada
en el grado de desarrollo económico y en el grado de
organización del sistema de salud

Organización del Sistema de salud			
Desarrollo económico	Poca	Moderada	Mucha
Desarrollado (rico)	1	2	3
En desarrollo (en transición)	4	5	6
Menos adelantos (pobre)	7	8	9

Teniendo en cuenta esta salvedad, el Cuadro 1 puede servir para dar una orientación general sobre el desarrollo de estrategias con objeto de reorganizar los sistemas nacionales de salud. En principio, por ejemplo, la cuantía de los recursos para la salud será mucho mayor en las categorías 1,2 y 3 que en las categorías 7,8 y 9 y en las estrategias de reorganización debe naturalmente tenerse en cuenta este factor. De la misma manera, la función del sector privado en la financiación de los servicios de salud es mucho mayor en las categorías 1,4 y 7 que en las categorías 3,6 y 9, lo que debe forzosamente influir en la planificación de cualquier cambio del sistema.

Es probable que una marcada mayoría de los sistemas nacionales de salud del mundo no pertenezca a las categorías extremas (1,3,7 y 9), sino a las intermedias (2,4,5,6 y 8). Esto viene a confirmar aún más el que las estrategias de reorganización son muy sensibles a las características y circunstancias precisas del sistema de salud de cada país.

Hay que evitar los juicios de valor basados en la categoría dentro de la cual caiga un sistema nacional de salud. En casi todas las categorías, ciertos sistemas pueden clasificarse como muy organizados o poco organizados según criterios de pertinencia, cobertura, eficacia y eficiencia.⁽⁷⁾ Los sistemas nacionales de salud que tienen una estructura más bien flexible (poco organizados), pero que son muy eficientes tendrán quizá los efectos más favorables en la salud de las poblaciones. Por otro lado, algunos sistemas de mucha organización, pero orientados hacia los recursos o las estructuras pueden tener repercusiones menos favorables en la salud, debido a la rigidez de su organización o a un apoyo financiero inadecuado.

⁷⁹. OMS. Evaluación de programas de salud. Ginebra 1981 (Serie "Salud para todos" N° 6)

II.7.4. Principales características de los sistemas nacionales de salud de diferentes tipos.-

Antes de tratar del problema planteado por la reorientación del sistema de salud con el fin de alcanzar la meta de la salud para todos, puede ser útil identificar algunas características principales de los sistemas nacionales que de salud de países pertenecientes a cada una de las nueve categorías que figuran en el Cuadro 1. La descripción que sigue no pretende en absoluto ser completa, pero puede ilustrar las distinciones entre los distintos tipos de sistema.

En la línea superior del cuadro, los países pertenecientes a las tres categorías (1,2 y 3) son ricos, con un PNB por habitante de US\$3000 o más. Los sistemas de salud de la categoría 1 (países económicamente ricos y poco organizados) se caracterizan por unos recursos de salud relativamente abundantes de todas clases (personal, locales, material y conocimientos). Sin embargo, la organización de esos recursos es bastante heterogénea; se califica a menudo de pluralista, en el sentido de que hay estructuras orgánicas separadas para

los diferentes grupos de población, las distintas enfermedades y las diferentes zonas geográficas o jurisdicciones territoriales. La prestación de los servicios corre principalmente a cargo de recursos privados y autónomos (médicos, hospitales, farmacias, etc.) que no funcionan como parte de un programa organizado. El apoyo financiero a estos servicios está también muy diversificado, pues la mayor parte de él procede de fuentes privadas, ya sea de particulares, ya sea de organismos de seguros voluntarios. Los procedimientos de gestión son también pluralistas y más bien permisivos; la planificación es sobre todo local, en vez de central; la administración está muy descentralizada, y hay importantes responsabilidades que se ejercen localmente. Paradójicamente, las reglamentaciones son bastante rígidas, para contrarrestar distintos abusos, pero hay constantes presiones para atenuarlas. La evaluación está asimismo bastante desarrollada para hacer frente a la necesidad de identificar las distintas desigualdades del sistema.

Los sistemas de salud de los países de la categoría 2 económicamente ricos y moderadamente organizados tienen asimismo

recursos bastante abundantes. La mayoría de los miembros del personal de salud se forman a expensas del gobierno (contrariamente al personal de los países de la categoría) y la mayor parte de los servicios de salud son construídos y supervisados por poderes públicos. Además, los recursos humanos y materiales están en gran parte organizados en forma de programas de salud patrocinados por el gobierno, a fin de que haya servicios a la disposición de todos o casi todos los habitantes. Las modalidades de prestación de servicios médicos individuales varían mucho entre países de esta categoría, pero en el caso del tratamiento ambulatorio el servicio suele estar a cargo de médicos particulares (si bien varía la forma en que pueden éstos ser remunerados). En cambio, los servicios médicos de los hospitales corren principalmente a cargo de grupos organizados de médicos y de personal afín empleados en la institución. La asistencia preventiva suele darse por medio de mecanismos totalmente distintos de los usados para el tratamiento. El sostén económico a todos los servicios de salud está en gran parte colectivizado bajo la supervisión del gobierno gracias al empleo de seguros médicos (seguridad social) y de mecanismos costeados con fondos públicos. Los fondos procedentes de esas

fuentes son allegados y gastados por el gobierno a escala nacional y local. No obstante, sigue funcionando un importante sector privado, en particular para servicios extrahospitalarios. Los procedimientos de gestión están más unificados que en los países de la categoría 1, siendo el gobierno nacional quien ejerce la autoridad de conjunto, si bien diversas funciones se delegan asimismo en las autoridades locales. La reglamentación es extensa y está bastante aceptada tanto por los proveedores como por los usuarios de la atención de salud.

El sistema de salud de los países de la categoría 3 (económicamente ricos y muy organizados) es muy diferente del de los países de las dos categorías precedentes. El personal de salud, particularmente los médicos, es todavía más numeroso que en los países de las otras categorías y son asimismo abundantes las instalaciones de salud; el equipo y el suministro de medicamentos, sin embargo, están más limitados. Prácticamente todos los recursos funcionan como parte de un amplio sistema organizado, de servicios de salud bajo la dirección central de un ministerio unificado de salud. La forma de prestación de asistencia es también muy uniforme: tanto los enfermos

hospitalizados como los que reciben tratamiento ambulatorio están a cargo de un personal médico que trabaja en instalaciones públicas. El ejercicio privado de la medicina es limitado y se realiza en forma limitada. Los servicios de diagnóstico, como radiografía y laboratorio, se proporcionan mediante el mismo mecanismo. El apoyo económico al conjunto del sistema de salud se deriva casi enteramente de los ingresos públicos nacionales y, como consecuencia, la atención de salud se considera como un servicio público gratuito (salvo para los medicamentos y algunos artículos adquiridos fuera del hospital) para todos. Los procedimientos de gestión son uniformes en todo el país y están supervisados por una pirámide jerárquica de autoridades. Las instalaciones y los servicios de salud están todos explícitamente regionalizados. Las decisiones relativas a la producción y el uso de recursos de salud se basan todas en una planificación que establece de manera centralizada y se lleva a cabo continuamente.

En la segunda línea del Cuadro 1, los países de las tres categorías (4, 5 y 6) están económicamente menos avanzados, con un FNB por habitante de entre US\$400 y US\$3000, aproximándose la proporción mayor de ellos a

US\$1500. Los recursos de los sistemas de salud de los países de la categoría 4 (económicamente en transición y poco organizados) son mucho más limitados que los de los países de las categorías 1,2 y 3. En aquéllos es especialmente notoria la falta de médicos y enfermeras plenamente capacitados; por eso, gran parte de la población (que es predominantemente rural) depende para su asistencia de salud de los curanderos tradicionales y de personal auxiliar de salud. Pese a la escasez de médicos, los servicios éstos consisten sobre todo en práctica privada y solamente una fracción del tiempo de que disponen se dedica a programas organizados de salud. La responsabilidad gubernamental en materia de salud incumbe a un ministerio central, pero otros departamentos gubernamentales desempeñan también un cometido (por ejemplo, la dirección de los grandes hospitales clínicos está a cargo de las autoridades universitarias). El gobierno local tiene pocas atribuciones y se delegan en él pocas responsabilidades. Los servicios curativos son predominantemente prestados por médicos particulares, curanderos tradicionales y vendedores de fármacos, la mayoría de los cuales no son farmacéuticos. Los servicios preventivos se proporcionan principalmente

gracias a programas públicos, pero no alcanzan más que a una pequeña fracción de la población. La proporción mayor de los gastos corresponde con mucho en estos sistemas de salud los particulares y el total de los gastos gubernamentales en salud suele ser inferior al 10% del total general. La capacidad de gestión es más bien pequeña y la gestión no está coordinada ni siquiera a escala nacional, siendo por otra parte casi inexistente a escala local. A consecuencia de esta situación, los servicios de salud están distribuidos de modo muy desigual, pues la principal proporción de ellos va a las familias prósperas de las principales ciudades, en detrimento de la gran mayoría de los habitantes, que son pobres y viven en zonas rurales.

El sistema de salud de los países de la categoría 5 (económicamente en transición y moderadamente organizados) dispone de unos recursos algo mejor organizados que los de los países de la categoría 4, pero sigue habiendo marcadas discrepancias en su distribución entre zonas urbanas y rurales. Entre los diferentes tipos de recursos, las mayores realizaciones han sido por lo general la construcción de grandes hospitales urbanos. La mayoría de los trabajadores de salud de estos países están

asignados a programas públicos organizados, aunque dedican parte de su tiempo al ejercicio privado de la profesión; de a misma manera, las instalaciones de salud son predominantemente gubernamentales. En el plano nacional, el ministerio de salud está relativamente bien organizado, pero tiene a menudo que compartir su autoridad y sus recursos con un programa aparte de seguro médico (seguridad social). Los servicios tanto curativos como preventivos de salud se prestan predominantemente por medio de planes organizados en los hospitales y centros de salud del gobierno (para el tratamiento ambulatorio). El apoyo económico a los servicios de salud ha sido en gran parte colectivizado mediante dos mecanismos: los ingresos públicos producidos por la imposición fiscal y el seguro médico; este último puede cubrir solamente a una pequeña fracción de la población, pero absorbe una gran parte de los gastos totales en salud. La capacidad de gestión, los procedimientos administrativos, la reglamentación y la evaluación están más desarrollados que en los países de la categoría 4, y las autoridades provinciales o locales desempeñan un papel importante en la reglamentación y la planificación. Los países de la categoría 5 están haciendo en general constantes progresos, sobre todo en lo que hace

a la ampliación de sus recursos de salud y a una distribución más equitativa de los servicios.

Los sistemas nacionales de salud de los países de la categoría 6 (económicamente en transición y muy organizados) se han ido organizando siguiendo unas modalidades muy diferentes de las de los países de las categorías 4 y 5. Aunque los recursos de salud puedan seguir siendo insuficientes con respecto a las necesidades, están siendo rápidamente ampliados; además, se insiste mucho en la formación de médicos, así como de auxiliares de salud que puedan ejercer al cabo de breves periodos de adiestramiento. Prácticamente todos los recursos humanos y materiales están movilizados en los amplios programas nacionales de servicios de salud públicamente, subsiste muy poco ejercicio privado. El marco orgánico está esencialmente unificado bajo un ministerio único de salud que delega responsabilidades en las autoridades provinciales y locales correspondientes. Los servicios de salud se prestan a los pacientes enteramente en un marco organizado, tanto para la atención ambulatoria como para la hospitalización, y no se establece distinción alguna entre los servicios curativos y preventivos prestados a cada individuo. La

parte principal del apoyo financiero procede de los ingresos públicos, la mayoría de los cuales se recaudan en el ámbito nacional, pero se delega en las autoridades locales la facultad de efectuar gastos de salud. Las funciones de gestión están más descentralizadas que en los sistemas de salud de los países de la categoría 3, si bien el gobierno nacional adopta políticas generales. La planificación sanitaria centralizada es importante, pero la reglamentación tendente a establecer normas uniformes no es tan acentuada, porque se favorecen los reajustes a las condiciones locales.

En la última línea del Cuadro 1, los países incluidos en las tres categorías (7, 8 y 9) han de considerarse como sumamente pobres, con un PNB por habitante inferior a US\$400, y en la mayor parte de los casos inferior a US\$300. El sistema nacional de salud de los países de la categoría 7 (económicamente pobres y poco organizados) tiene unos recursos mucho menores que los de la categoría 4. La mayor parte de estos países, si no todos, son antiguas colonias de potencias europeas que han adquirido su independencia solamente en fecha reciente. Por sus antecedentes históricos, la formación de médicos, enfermeras y demás

personal de salud (con algunas excepciones) comenzó solamente hace un decenio o dos, y por eso este personal es sumamente escaso. Los médicos disponibles, por ejemplo, están enormemente concentrados en la capital de la nación, en donde dedican la mayor parte de su tiempo al ejercicio privado de la profesión. Las inversiones en instalaciones materiales se han destinado en gran parte a la construcción de uno o más hospitales muy perfeccionados en la ciudad principal, mientras que los servicios hospitalarios y los ambulatorios (centros y puestos de salud) son escasos y están muy alejados entre sí. De hecho, la principal fuente de asistencia médica para la población rural son las personas que practican la medicina tradicional. La retribución de sus servicios y el pago de los medicamentos (a menudo autoprescritos) constituyen en conjunto unos pagos relacionados con la salud mayores que la totalidad de los gastos de los programas gubernamentales. Casi todas las funciones de salud pública se dirigen desde la cumbre por conducto del ministerio de salud o una división de salud de otro ministerio, como quiera que el gobierno local es muy débil, apenas se le delegan algunas funciones.

El personal administrativo capacitado es tan escaso que casi todo él está empleado a nivel nacional. Algunas de las deficiencias de los recursos gubernamentales de salud son contrarrestadas por pequeños establecimientos (a veces provistos de camas de hospital) pertenecientes a misiones religiosas extranjeras; hay otros organismos benéficos de salud en pequeño número y relativamente inadecuados. Las asignaciones para costear actividades de salud constituyen una proporción muy pequeña del presupuesto total del gobierno y, en varios de esos países, esta proporción ha ido incluso disminuyendo. No ha habido una planificación importante para establecer programas o cooperativas de seguros médicos que puedan reforzar el apoyo económico al sistema.

Los sistemas de salud de los países de la categoría 8 (económicamente pobres o moderadamente organizados) disponen de unos recursos algo mayores y mejor organizados que los de la categoría 7. El personal y las instalaciones de salud son más abundantes, no porque la riqueza nacional sea superior (en realidad, el PNB por habitante puede ser inferior), sino porque se ha dado más prioridad al desarrollo de recursos y servicios de salud. También en estos países están concentrados los

médicos y las camas de hospital en las zonas urbanas, pero no tanto como en los países de la categoría 7. Se ha hecho un esfuerzo apreciable para establecer centros de tratamiento ambulatorio en zonas rurales y dotadas de personal; en muchas aldeas hay también pequeños puestos de salud dotados de un personal sanitario auxiliar que ha seguido un adiestramiento breve. Casi todos los médicos trabajan en los servicios oficiales de salud, pero dedican también cierto tiempo al ejercicio privado de la profesión. Algunos de estos países, sin embargo, han prohibido el ejercicio privado de la medicina y la odontología. La gestión del sistema de salud incumbe principalmente a un ministerio central de salud, pero están haciéndose esfuerzos para estimular a las comunidades locales a fin de que se hagan cargo de elementos de la atención primaria de salud. Una pequeña parte del apoyo financiero se obtiene también por distintos sistemas cooperativos. Como es el gobierno quien asume la mayor responsabilidad de los servicios de salud, muchos funcionarios del ministerio de salud han recibido una formación en gestión y planificación que les permite administrar más eficazmente el sistema de salud. Las asociaciones benéficas de salud están algo más desarrolladas que en los países

de la categoría 7, y las misiones religiosas extranjeras están de hecho integradas en el conjunto del sistema de salud.

Los sistemas nacionales de la salud de los países de la categoría 9, (económicamente pobres y muy organizados) han organizado sus recursos y servicios en mayor medida que los de las categorías 7 y 8 inspirados en un principio según el cual la asistencia de salud es una responsabilidad pública que ha de asumir el gobierno en todos sus niveles. Con objeto de ampliar el personal de salud lo más rápidamente posible, se adiestra a una gran cantidad de auxiliares para que formen el personal de primera línea encargado de la atención primaria de salud. La mayoría de estos trabajadores auxiliares de salud sirven a la población en instalaciones muy modestas en asentamientos rurales y también en las ciudades. Se considera a los médicos como personal de apoyo al que se envían los casos que sufren males más complicados. Abundan por otra parte los que practican la medicina tradicional, pero se hacen constantes esfuerzos para integrarlos en el sistema organizado de salud en vez de permitirles que continúen ejerciendo en privado. Como los países de la categoría 9 son muy pobres, los servicios de

salud no son todavía enteramente gratuitos, abonándose pequeños honorarios para el tratamiento ambulatorio y la hospitalización. Estos honorarios, sin embargo no van al que practica individualmente, sino a la institución organizada en el que esa persona presta servicio (a cambio de un salario). Además se han organizado muchos sistemas locales de seguros de enfermedades tanto en establecimientos industriales urbanos como empresas agrícolas o comunas rurales. Con el fin de estimular la autorresponsabilidad local se delegan mayores atribuciones para la gestión de todos los servicios de salud en las provincias y en las comunidades locales. Se da amplia publicidad a los métodos de trabajo y normas nacionales, que sin embargo se consideran como sugerencias más bien que como directivas rígidas. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades reciben atención muy prioritaria, insistiéndose sobre todo en la nutrición apropiada, el saneamiento del medio, la inmunización y la planificación familiar. También recibe alta prioridad la educación, por razones de desarrollo social en conjunto así como por motivo de salud.

Esta es una visión de conjunto de los nueve tipos principales de sistemas de salud

que funcionan en los distintos países del mundo. Es evidente que, con ánimo de destacar los rasgos principales y exponer la situación con amplios trazos, se han simplificado en exceso las explicaciones que preceden. Se espera, sin embargo, que estas descripciones de sistemas sean lo suficientemente exactas y claras para permitir una diferenciación de estructuras y funciones entre estas nueve categorías de países y dentro de cada una de ellas. De este modo se facilitará en principio la elaboración, para el mejoramiento de los sistemas de salud, de unas estrategias que sean razonablemente apropiadas con respecto a las diversas circunstancias nacionales.

CAPITULO III

LA SITUACION DE LA SALUD EN BOLIVIA

III.1 Indicadores de Salud

Antes que la falta de atención médica curativa, son el déficit nutricional de la población, junto a enfermedades transmisibles y las precarias condiciones de vivienda, saneamiento básico y educación sanitaria, las principales causas de morbimortalidad en menores de 5 años, representa el 65 % de la mortalidad total. Dicho de otra manera: más del 70 % de la problemática de salud actual solo podrá ser resuelta mejorando cuantitativa y cualitativamente la nutrición de la población especialmente del binomio madre-niño, ampliando la cobertura de vacunaciones y realizando acciones de infraestructura básica social, llámese vivienda, habilitación de sistemas de agua potable, alcantarillado, letrización, y saneamiento ambiental, especialmente en el área rural, para la eliminación o control de vectores de las enfermedades transmisibles.

El mejoramiento de la salud en Bolivia será, entonces, el resultado de un desarrollo integral y sostenido donde participen en forma coordinada múltiples sectores e instituciones.

Todas estas afirmaciones se deducen de tomar como referencia el estudio de EMSO, los indicadores de salud, saneamiento y vivienda para nuestro país en los 1987 - 1988 pueden resumirse en el siguiente cuadro.

CUADRO Nº 2
INDICADORES DE SALUD,
SANEAMIENTO Y VIVIENDA (años 1987 - 1988)

INDICADORES DE SALUD.	
Procedia de expectativa de vida al nacer	53 años
Tasas de desnutrición en menores de 5 años	46.5 por ciento
desnutrición leve	39.2 por ciento
desnutrición moderada	6.8 por ciento
desnutrición severa	0.5 por ciento
Tasa bruta de mortalidad	14.8 por mil
Mortalidad Infantil (I)	169.0 por mil nacidos vivos
Mortalidad Materna	46.8 por diez mil nacidos vivos.
INDICADORES DE SANEAMIENTO Y VIVIENDA 1987.	
Agua Potable	
Población Urbana	58.7 por ciento
Población Rural	12.2 por ciento
Disposición sanitaria de excretas	
Población Urbana	33.7 por ciento
Población Rural	9.8 por ciento
Déficit cuantitativo de viviendas urbanas	
Déficit de Energía Eléctrica	
Area Urbana (2)	24.8 por ciento
Area Rural (39)	99.8 por ciento
INDICADORES DE SANEAMIENTO Y VIVIENDA 1988. (4)	
Déficit cuantitativo de viviendas urbanas	
Hogares que reciben agua por cañería	
Area Urbana	89.3 por ciento
Area Rural	38.5 por ciento
Hogares servidos por sistema de alcantarillado	
Area Urbana	42.3 por ciento
Area Rural	2.9 por ciento
Hogares servidos por carru basurero	
Area Urbana	43.3 por ciento
Area Rural	1.4 por ciento
Hogares que tienen energía eléctrica	
Area Urbana	91.7 por ciento
Area Rural	26.5 por ciento

Fuente: Banco Mundial, World Development Report 1988. Estrategia de Desarrollo económico y Social, 1989 - 2080. NPC. Instituto Nacional de

Alimentación y Nutrición, Boletín Nº 1, mayo 1985. "Conclusiones del Seminario sobre Tecnologías Apropriad para la Autoconstrucción", 1987. MAU.

- (1) De acuerdo con la ENCUESTA NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDA 1988 DEL INE, es de 102,0 por mil nacidos vivos.
- (2) Sobre 741.198 viviendas urbanas.
- (3) Sobre 769.442 viviendas rurales.
- (4) Obtenidos en base a la misma encuesta del punto (1)

Fuera del marco común para todo el país, referido a las enfermedades de la pobreza, cabe agregar otras que completan el perfil epidemiológico o nosográfico. Nos referimos a la tuberculosis con una prevalencia del 50% en el grupo de 5 a 14 años y 16.000 nuevos casos bacilíferos para 1987; la enfermedad de Chagas ampliamente extendida en vastas zonas rurales con serología positiva de un 30 al 45% de la población expuesta a riesgo en 6 de los 9 departamentos; el bocio endémico por deficiencia de yodo en la alimentación, para muchos el problema número uno de salud pública y nutrición por afectar a un promedio del 61% de la población escolar caracterizando al país en su conjunto como la zona más endémicamente bociosa de Sur América; las enfermedades parasitarias, que agravan aún más los cuadros producidos por desnutrición hipovitaminosis y déficit de micronutrientes; las enfermedades de transmisión sexual; y la sarna o sarcoptosis.

Otras enfermedades son más propias de determinadas regiones. Así tenemos el tifus exantemático y la peste en el Altiplano; la malaria, fiebre amarilla, lepra y tétanos tanto en los llanos como en los valles mesotérmicos, y la fiebre hemorrágica, leishmiasis, dengue y diversas micosis para los llanos tropicales. Muchas de estas enfermedades requieren vigilancia permanente para evitar brotes epidémicos, aunque por el momento su impacto cuantitativo pueda ser reducido.

III.2 Diagnóstico Institucional.

Las instituciones responsables del sector pueden ser divididas en cuatro grandes grupos:

- Las pertenecientes al aparato del Estado, señalándose al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, el Sistema de la Seguridad Social y el Ministerio de Asuntos Urbanos por las implicaciones que tienen las condiciones de saneamiento básico y vivienda sobre la salud del poblador.

- Las que pertenecen al Estado pero están sujetas a regímenes especiales y autónomos, caso corporaciones Regionales de Desarrollo, Municipalidades, Empresas Locales de Agua y Alcantarillado, y Universidades.
- Las privadas comerciales y las Organizaciones no Gubernamentales en salud con fines de importancia social.
- Los fondos y agencias de cooperación nacional e internacional que, más que pertenecer al propio sector, patrocinan y financian muchas de las actividades de los anteriores grupos.

En el cuadro Nº 3 se muestran los porcentajes de cobertura poblacional en salud que teóricamente ofrecen las instituciones más específicamente relacionadas.

CUADRO Nº 3
ESTIMACIONES DE COBERTURA TEÓRICA DE SALUD
SEGUN INSTITUCIONES, 1984

COBERTURA	Población	%
Ministerio de Previsión Social	2,443.166	38
y Salud Pública	1,671.599	26
Seguridad Social	321.461	5
Org. Privadas	64.292	1
Otras		
Total Población Cubierta	4,500.000	70
Total Población No Cubierta	1,928.768	30
Total	6,428.768	100

Fuente: Estadísticas de Salud, 1970-1984; Ministerio
de Previsión Social y Salud Pública.

Otros indicadores que tiene que ver con las coberturas y recursos institucionales se muestran en el cuadro Nº 4

CUADRO Nº 4

INDICADORES PARCIALES DE RECURSOS INSTITUCIONALES
Y CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR

Número de camas hospitalarias	14 por diez mil hab.
En áreas urbanas	73 por ciento
En áreas rurales	27 por ciento
Índice de ocupación de camas (%)	
En áreas urbanas	52.6 por ciento
En áreas rurales	27.1 por ciento
Número de médicos	5 por diez mil hab.
Número de enfermeras	2.5 por diez mil hab.
Número de auxiliares de enfermería	6.3 por diez mil hab.
Relación porcentual de médicos (**)	
En áreas urbanas	10.09 por diez mil hab.
En áreas rurales	1.58 por diez mil hab.
Relación porcentual de enfermeras (**)	
En áreas urbanas	6.68 por diez mil hab.
En áreas rurales	0.49 por diez mil hab.
Relación porcentual de auxiliares de enfermería (**)	
En áreas urbanas	11.22 por diez mil hab.
En áreas rurales	4.44 por diez mil hab.
: (c) Para 8 USs Departamentales, excepta US Pando	
: (**) Para 7 USs Departamentales, excepto USs Deoi y Potosí	

Fuente: INE, HPSSP, IBSS - Elaboración EMSO Regional en base a información USs.

III.3 Recursos y Personal del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

El Ministerio del ramo cuenta con 11.500 funcionarios distribuidos en ocho direcciones

nacionales y 25 departamentales, los recursos de este Ministerio desagregan en nacionales y extranjeros, la información evaluada para 1987 y 1988 muestra que los recursos externos donados por organismos internacionales del sector y por convenios entre nuestro gobierno y otros del exterior, cubre por lo menos el 50% (cincuenta por ciento) del presupuesto de este organismo del Estado.

CUADRO 5
 DNs - MPSS: PERSONAL Y RECURSOS DE LAS DNs
 (En funcionarios y miles de Bs.)

DIRECCIONES	NUMERO	RECURSOS	1987	RECURSOS	1988		
NACIONALES	FUNCION.	NACIONALES	EXTERNOS	TOTAL	NACIONALES	EXTERNOS	
						TOTAL	
SERV. DE SALUD	23	230.17	199.99	430.16	244.39	8.00	244.39
FN SERVICIO SOCIAL	11	77.29	0.08	77.29	99.49	0.00	99.49
DN REC HUMANOS (*)	35	66.03	0.07	66.10	85.01	0.00	85.01
DN MATERNO INFANTIL	16	97.78	2,642.50	2,740.28	62.92	2,811.29	85.01
DN EPIDEMIOLOGIA	99	2,198.03	2,892.71	5,090.74	2,408.96	2,137.36	2,874.22
DN NUTRICION	33	105.71	1,982.95	2,088.66	138.56	946.89	4,538.32
DN SANEAMIENTO BASICO	35	1,059.67	964.33	2,024.20	1,068.91	61.77	1,085.45
DN PLANIFICACION	15	1,518.39	0.00	1,518.39	1,889.37	8.80	1,130.68
TOTAL DNs	267	5,353.87	8,682.75	14,036.62	5,989.61	5,957.31	1,889.37
VARIOS	365						
TOTAL USs	10,725	45,581.37	0.88	45,581.37	55,944.54	0.00	55,944.54
VARIOS	11,500		8,840.74	61,938.11	65,938.11	6,044.07	71,982.18

* Incluye 22 funcionarios de la Escuela de Salud La Paz.
 Fuente: INE, MPSS.

Tal situación de dispersión y desequilibrio crea también dificultades en la información que no está sistematizada, impidiendo su utilización para una buena conducción y coordinación de acciones.

El rol de la Dirección Nacional de Planificación tampoco pudo adecuarse a las peculiaridades regionales, por ser las acciones de las Unidades Sanitarias de completo sometimiento a los programas verticales que proceden de las Direcciones Nacionales que, por otra parte, cuentan con el poder del recurso económico centralizado.

Unidades Sanitarias.

En su conjunto constituyen el nivel descentralizado del ámbito de la salud pública del MFSSP. La organización interna de cada U.S. tiende a replicar la propia organización central, notándose la misma hipertrofia de estructura que impide un buen control y coordinación de la dirección sobre las demás repeticiones.

No se observan niveles jerárquicos intermedios donde descargar la autoridad y responsabilidad, ni mecanismos que permitan fluidez en las relaciones internas, excepto por la conformación de "consejos técnicos" de composición variable.

Sus territorios, con excepción de las Unidades Sanitarias de Riberalta y Tupiza, corresponden a los nueve departamentos del país, y de acuerdo con el sistema regionalizado establecido por el MFSSP se dividen en distritos, áreas y sectores. Funcionalmente, esta división es más teórica que real por la falta de recursos materiales y humanos, dificultades de acceso a las localidades rurales, dispersión poblacional, poca supervisión y bajos salarios del personal desplazado que no cumple a cabalidad sus funciones.

En continuación se describen sus principales sistemas de funcionamiento interno:

Planificación.

Los recursos asignados por el T.G.N. solamente abastecen para gastos en sueldos y salarios, alimentación y precario funcionamiento de sus servicios, lo cual supone que casi toda la actividad programática de las Unidades Sanitarias esté supeditada al financiamiento externo conseguido por las direcciones nacionales del nivel central. Por tal dependencia es casi imposible configurar sistemas de planificación que se adecuen a las propias necesidades regionales, ni pretender relaciones horizontales funcionales dentro de una misma Unidad Sanitaria, cuyo director pierde poder para dirigir, coordinar y controlar las actividades. Esta misma verticalidad impide que el personal asignado específicamente a un determinado programa, sea utilizado simultáneamente para apoyar otro, aprovechando su desplazamiento cuando realiza trabajo de campo. Sin embargo, esfuerzos por seguir un proceso de planificación han sido reconocidos en las Unidades Sanitarias de Santa Cruz, Cochabamba, Tarija y La Paz.

Supervisión y Control.

Tampoco existen sistemas de supervisión y control bien establecidos, por carecer de partidas presupuestarias específicas y permanentes para dichos fines, salvo aquellas propias de los programas manejados por las direcciones nacionales. La supervisión directa es esporádica, habiéndose ideado algunos procedimientos de supervisión y control indirecto por concentración de los jefes de área en la cabecera de distrito con algún personero de la oficina central de la Unidad Sanitaria. Esto último es lo que sucede en Cochabamba y Oruro que son los dos departamentos con mejores sistemas de supervisión. En el caso de Oruro esto se facilita por las características homogéneas de su territorio, relativamente vinculado mediante carreteras.

En Beni y Pando particularmente, la supervisión es muy difícil y de alto costo, tanto por la escasa vinculación terrestre como por no existir recursos para lograr desplazamientos por vía fluvial. A esto se suma que gran parte de esos territorios queda anegada en época de lluvias.

El establecimiento de redes de radio más o menos extendidas facilita la supervisión de Chuquisaca, Oruro y Cochabamba.

Los hospitales estatales dependientes del MPSSP, ubicados en las capitales de departamento tienen un alto grado de autonomía para su funcionamiento sin que las Unidades Sanitarias puedan ejercer control sobre ellos ni utilizarlos adecuadamente como nivel máximo en el sistema de referencia de pacientes que requieren internación y asistencia de medicina curativa o reparadora.

Sistema Presupuestario.

La verticalidad de la asignación presupuestaria es un hecho reconocido y lamentado por todas las Unidades Sanitarias, que envían sus requerimientos en base a planes operativos anuales, más como una formalidad que como algo que pudiera ser considerado para la definición final del presupuesto de salud, sea por parte del MPSSP como del Ministerio de Finanzas.

Las asignaciones conseguidas por el financiamiento externo para el desarrollo de programas de las direcciones nacionales no son conocidas en las regiones, que por esta causa no tienen un manejo presupuestario de muchos de los programas que ejecutan.

La asignación de fondos por la presentación de servicios que dependen de las Unidades Sanitarias es desproporcionadamente mayor para el área urbana (ciudad capital), que para el área rural; dándose una relación de 74% para el área urbana y 26% para el área rural. Los hospitales estatales regionales ubicados en las capitales de departamento consumen como promedio el 51% del presupuesto asignado por el MESSP a las Unidades Sanitarias.

Sistema de Personal.

La potencialidad de las Unidades Sanitarias para la designación de su propio personal tampoco existe, por estar sujeta en todos los casos y para todos los niveles a cargo de ratificación o cambio del propio Ministro de Previsión Social y Salud Pública, quien es en última instancia el que firma los memoranda

finales, incluidos los del personal de servicio.

El favoritismo o el factor político para la designación vertical por parte del nivel central, así como la remoción o el cambio de personal calificado y de experiencia, son hechos que se repiten en todos los gobiernos generando descontento en las Unidades Sanitarias que, por otra parte pierden continuidad gestonaria y capacidad técnica para coordinar y controlar otras instituciones.

Algo que dificulta aún más la creación de verdaderos sistemas de personal en las Unidades Sanitarias, son los bajos salarios asignados por el T.G.N.

En el aspecto puramente operativo la distribución de recursos humanos es del 70% en el área urbana (ciudad capital) y del 30% en el área rural.

A su vez, los recursos humanos del área urbana están mayormente concentrados en los hospitales para la atención del nivel secundario y terciario de salud, de una parte de la población enferma que puede acudir a estos servicios.

En el Cuadro nº 6 se hace una valoración cualitativa, comparando los sistemas de funcionamiento interno, relaciones, autoridad sobre otras instituciones, capacidad técnico-administrativa y control sobre los hospitales regionales de las nueve Unidades Sanitarias Departamentales.

CUADRO Nº 6
OPERACION CUALITATIVA DE LAS US.

FACTORES DE COMPARACION	U.S. S. CRUZ	U.S. COBBA	U.S. LA PAZ	U.S. CHUQU.	U.S. TARIJA	U.S. POTOSI	U.S. BRURB	U.S. BENI	U.S. PARBO
Gravitación respecto a la salud de la región	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Autoridad sobre las ONGs	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Relación con la Corporación de Desarrollo	***	1	**	**	1	1	1	0	0
Relación con la Alcaldía Municipal	1	1	**	1	0	1	1	1	0
Participación con el Consejo de Salud	**	**	**	0	0	0	0	0	0
Sistema de Planificación	**	**	1	1	**	0	0	0	0
Sistema de Supervisión y Control	1	**	1	**	1	1	**	1	1
Sistema de Personal	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sistema Presupuestario	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Capacidad técnica administrativa	**	**	**	1	**	1	1	1	1
Control sobre los Hospitales Regionales	1	1	1	1	**	1	1	1	1
Control del Sistema privado	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Referencias: *** Bueno
** Insuficiente
1 Precario
0 Inexistente-desfavorable

Fuente: INE, MDES.

Hospitales y Centros Asistenciales.

Los hospitales, o complejos hospitalarios regionales de las capitales de departamento, muestran un alto grado de autonomía y privatización para solventar sus gastos de funcionamiento, dada la debilidad presupuestaria de la respectiva Unidad Sanitaria de la que dependen. Sin embargo, y paradójicamente, en muchos de estos hospitales se nota gran dispersión de recursos y esfuerzos por la multiplicidad de laboratorios, gabinetes de rayos X, salas y servicios que mantienen, para un mismo tipo de atención médica. Es el caso de los denominados institutos nacionales adjuntos a los hospitales generales, como sucede en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Sucre, o el paralelismo de dos hospitales generales en una misma ciudad (caso de Santa Cruz con los hospitales Japonés y San Juan de Dios).

Este fenómeno se ha debido a mala planificación y errático aprovechamiento de la ayuda externa, construyendo nuevos hospitales en lugar de ampliar o modernizar los ya existentes. Obviamente esta tendencia facilita el enfeudamiento de los servicios con mayores dificultades de coordinación y control de las

unidades sanitarias frente a grupos de poder interno, aparte de consumir la mayor parte del presupuesto para mantenimiento y funcionamiento hospitalario, en serio detrimento de las acciones básicas de promoción y prevención, especialmente en el área rural.

En cuanto a los establecimientos o centros asistenciales menores, si bien son suficientes (o a veces sobran) como construcción, están habilitados en una mínima proporción. Se dá el contrasentido de tener hospitales rurales bien equipados sin personal capacitado para hacerlos funcionar, y a la inversa. Como un indicador importante para medir la subutilización de la capacidad instalada se tiene un promedio de utilización de camas hospitalarias para todo el país, del 52,6% en área urbana y del 27,1% en el área rural.

El Cuadro nº 7 muestra el número de establecimientos, número de camas y recursos humanos de las nueve Unidades Sanitarias departamentales, distribuidos en área urbana y rural.

III.4 Infraestructura, Camas y Recursos Humanos-
Ministerios de Previsión Social y Salud
Pública.

En el país se presenta una distribución de la infraestructura para este sector derivada de una serie de limitaciones de carácter económico donde existe marcadas diferencias entre el área urbana y rural que corresponde a cada departamento.

CUADRO NO 7

US\$. MPSSP: INFRAESTRUCTURA, CAMAS Y RECURSOS HUMANOS

	US CHUBUT.	US CORRA.	US S. CRUZ	US TARIJA	US LA PAZ	US BRUBO	US PAHOB	US BENT	US POTBSI	US PRON.	TOTAL NACION.
1. INFRAESTRUCTURA											
NO de Establecimientos											
Urbanos	17	25	29	7	73	12	2	10	13	188	
NO de Establecimientos											
Area Rural	120	163	236	60	178	84	27	54	137	1.009	
2. NO de CAMAS											
NO de Camas Area Urbana											
	834	435	1.076	211	942	206	30	121	159	4.014	
NO de Camas Area Rural											
	385	208	938	198	386	129	12	125	195	2.496	
3. RECURSOS HUMANOS											
NO de Funcionarios											
Area Urbana	719	944	1.622	663	1.778	300	118	250	299	6.695	
NO de Funcionarios											
Area Rural	287	271	674	217	1.314	176	48	277	259	3.515	

Fuente: INE, MPSSP.

Las corporaciones de desarrollo participan en alguna medida subsanando las deficiencias dentro el campo de la infraestructura y acciones de salud y saneamiento a este respecto EMSO dentro de componente del Sector Salud presenta el siguiente cuadro.

CUADRO Nº 8
COMPARACION DE LAS CORPORACIONES REGIONALES DE DESARROLLO
EN ACCIONES DE SALUD Y SANEAMIENTO

FACTORES DE COMPARACION	CORDECROZ	CORDECO	CORDEPAZ	CORDECH	CODETAR	CORDEPD	CORDEOR	CORDEBENT	CORDEPANBB
Repartición Especial de Salud	0	0	B	0	0	B	0	0	0
Personal en Salud	0	0	+	0	0	B	0	0	0
Obras de infraestructura Sanitaria	3	1	1	1	3	1	1	1	1
Acciones en Saneamiento Básico	3	1	2	3	3	1	2	1	0
Convenios internacionales para Acciones de Nutrición y Salud	+	+	+	+	+	+	+	0	0
Participación en Consejo Departamental de Salud	+	+	+	0	0	0	B	0	0
Documento Estratégico de Salud	+	+	0	+	0	0	0	0	B

Referencias: + Existente
0 Inexistente
3 Buena Ejecución
2 Regular Ejecución
1 Pobre Ejecución

Fuente: ZNE, MPSSP.

Las Alcaldías Municipales por su parte también están ligadas a las acciones de salud con una participación que fue evaluada por EMSO en las mismas condiciones que las explicadas para las corporaciones de desarrollo regional.

CUADRO Nº 9
COMPARACIÓN CUALITATIVA DE LAS ALCALDÍAS MUNICIPALES

FACTORES DE COMPARACION	HAM LA PAZ	HAM ALTO	HAM COBDA.	HAM S. CRUZ	HAM SUCRE	HAM TARIJA	HAM DRURU	HAM POTOSI	HAM TRINIO.	HAM PARDO
Repartición Específica de Salud	0	2	2	0	2	1	1	1	1	1
Personal en Salud	0	2	2	0	2	2	1	1	1	1
Acciones en Salud	0	0	2	0	2	2	1	1	1	1
Guarderías Infantiles	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
Control Sanitario	‡	‡	‡	‡‡	‡	‡	‡	‡	‡	‡
Limpieza Urbana	‡‡	‡	‡‡	‡‡	‡‡	‡	‡	‡	‡	‡
Matadero	2	1	2	2	0	2	2	2	1	1
Construcción de Infraestructura Sanitaria	‡‡	‡‡	1	‡	‡	1	1	1	1	1
Participación en Consejo Departamental de salud	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Relación con las U.S.	0	0	2	2	2	1	1	1	1	1
Importancia de comisión de Salud del C. Municipal	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1

Referencias:
0 Existente - Buena
1 inexistente
2 Incipiente - Deficiente

‡‡‡ Buena Ejecución
‡‡ Regular Ejecución
‡ Pobre Ejecución

Fuente: INE, MPSSP.

III.5 Ingresos y Egresos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

La composición de los ingresos se establece por las siguientes fuentes:

CUADRO 10
COMPOSICION DE LOS INGRESOS DEL MPSSP
(En Bolivianos)

CONCEPTO	1987		1988	
	Bs.	%	Bs.	%
INGRESOS TRIBUTARIOS	0.00	0.03	0.00	0.00
RECURSOS PROPIOS	16,324,245.55	14.82	18,754,138.84	26.05
TRANSFERENCIAS TGN	84,388,734.69	76.61	46,245,358.84	64.25
INGRESOS DE CAPITAL	0.00	0.00	0.00	0.00
RECURSOS EXTERNOS	8,840,734.59	8.03	4,044,068.23	5.48
DEPLEO GESTION ANTERIOR	597,069.85	0.54	935,614.08	1.08
INGRESOS TOTALES	110,142,782.76	100.00	71,982,179.11	100.00

Fuente: INE, MPSSP.

Los ingresos propios del Ministerio han evolucionado favorablemente durante 1987-1988 pasando del 14.82% al 26.05% sin embargo el mayor aporte del Ministerio se recibe por transferencias del Tesoro General de la Nación.

La participación en el ingreso a nivel departamental se puede presentar en el siguiente cuadro.

CUADRO 11
PARTICIPACION EN EL INGRESO DEL MPSSP 87 - 88
(En Bolivianos)

DEPARTAMENTOS	1987		1988	
	Ingresos	%	Ingresos	%
LA PAZ	9,753,856.00	6.86	12,601,904.02	17.51
SANTA CRUZ	12,367,192.00	11.23	15,500,377.79	21.53
COCHABAMBA	6,571,198.08	5.97	8,786,034.51	12.21
CRUQUISACA	4,690,325.00	4.26	5,152,811.47	7.16
TARICA	2,672,586.00	2.43	3,515,171.77	4.88
ORURO	3,016,311.00	2.74	2,333,674.66	3.24
PANDO	421,311.00	0.38	665,024.99	0.92
POTOSI	2,548,499.00	2.31	3,337,589.46	4.64
RENI	3,468,096.40	3.15	4,051,950.29	5.63
TOTAL USs.	45,501,374.00	41.31	55,944,538.96	77.72
TOTAL DNs.	14,035,821.91	12.74	11,946,918.05	16.60
NIVEL CENTRAL (*)	50,605,638.40	45.95	4,090,722.10	5.68
TOTAL MPSSP (**)	110,142,834.31	100.00	71,982,179.11	100.00

(*) Incluye Servicios Personales del Nivel Descentralado para 1987.

(**): Cifra provisional.

Fuente: SNE, MPSSP.

Con relación a los egresos por las mismas gestiones se presenta el siguiente cuadro.

CUADRO 12
COMPOSICION DE LOS EGRESOS DEL MPSSP
(En Bolivianos)

CONCEPTO	1987		1988	
	Bs.	%	Bs.	%
SERVICIOS PERSONALES	32,894,281.66	30.59	42,397,458.35	61.82
SERVICIOS NO PERSONALES	8,441,908.95	7.85	7,814,333.99	11.39
MATERIALES Y SUMINISTROS	14,253,368.21	13.26	15,193,113.68	22.15
ACTIVOS FIJOS Y FINANCI.	2,870,126.25	2.67	2,853,214.49	2.99
DEUDA PUBLICA	532,477.28	0.58	735,139.24	1.07
RESERVAS	0.00	0.00	0.00	0.00
TRANSFERENCIAS	48,538,403.56	45.14	391,014.02	0.57
GASTOS TOTALES	107,522,565.91	100.00	68,584,265.77	100.00

Fuente : INE, MPSSP.

La participación de los gastos a nivel departamental quedan desagregados de las siguiente manera.

CUADRO 13
 PARTICIPACION EN LOS GASTOS DEL MPSSP 87 - 88
 (En Bolivianos)

DEPARTAMENTOS	1987		1988	
	Gastos	%	Gastos	%
LA PAZ	9,423,301.00	8.76	12,131,893.05	17.69
SANTA CRUZ	11,399,925.00	10.60	14,497,729.01	21.14
COCHABAMBA	5,988,460.00	5.57	7,559,563.09	11.02
CRUCUISACA	4,575,232.00	4.26	4,887,394.59	7.01
TARAJA	2,532,536.00	2.36	3,468,300.46	5.06
ORURO	2,726,137.00	2.54	2,292,688.43	3.34
PANDO	428,145.00	0.39	664,796.15	0.97
POTOSI	2,491,400.00	2.32	3,290,786.93	4.80
BENI	3,413,930.00	3.18	4,005,479.38	5.84
TOTAL USs.	42,973,066.00	39.97	52,718,631.09	76.87
TOTAL DNs.	13,946,102.51	12.97	11,870,693.36	17.31
NIVEL CENTRAL (1)	50,603,397.40	47.06	3,994,940.52	5.82
TOTAL MPSSP (1+2)	107,522,565.91	100.00	68,584,265.77	100.00

(1) Incluye Servicios Personales del Nivel Desconcentrado para 1987.

(2) Cifra provisional

Fuente: INE, MPSSP.

En el mismo Cuadro se observan la participación de las DNs. y del Nivel Central del Ministerio. (15.14% y 13.9% en promedio, respectivamente).

Para las USs., la Composición del Gasto durante el periodo 84/87 en promedio es la siguiente:

-	Servicios Personales	73%	(59 - 84%)
-	Alimentos	10%	(7 - 13%)
-	Medicamentos	5%	(1 - 15%)
-	Otros	12%	(2 - 19%)

Por otra parte la distribución de sus Gastos de Funcionamiento en promedio es:

-	US. Dirección Adm.	23%	(10 - 36%)
-	Hospitales y Dispositivos		
	Urbanos	51%	(36 - 71%)
-	Asistencia médica rural	26%	(14 - 30%)

Esto muestra la alta concentración del Gasto de las USs, en los Establecimientos Hospitalarios, en las Capitales de Departamento, y la pobre asignación para atender los Servicios en el Area Rural.

Finalmente en cuanto a los Egresos del MPSSP el Cuadro 12 indica que los Servicios Personales y Alimentos son financiados casi en su integridad por el TGN que representa cerca del 83% de los egresos de las USs y del MPSSP.

Durante el período 1980 a 1986 se observa un decrecimiento sostenido del Gasto Global del MPSSP en el total de Gastos del Gobierno Central, recuperando los dos siguientes años, como se aprecia en la tabla siguiente.

Gasto del MPSSP (%)

1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
10.0	5.2	3.4	3.2	3.2	2.7	1.8	10.7

En forma parecida como porcentaje del PIB Nacional la participación del MPSSP tiene la siguiente evolución:

Gasto MPSSP (% PIB)

1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
1.9	0.8	0.4	0.4	0.6	0.5	0.3	1.2	1.5

Por otra parte, es evidente la debilidad del MPSSP en los principales sistemas del área financiera; en las USs se puede advertir que el Sistema Presupuestario es limitado por el centralismo con que se desarrolla este sistema:

primero, la fase de elaboración no tiene ninguna relación con la planificación de actividades de la respectiva US. Al no existir margen de planificación regional, tampoco existe programación presupuestaria adecuada (en el mejor de los casos consiste en una proyección inflada de requerimientos y gastos).

El seguimiento y control presupuestario regional se reduce al registro de la ejecución de ingresos y egresos, que sufre modificaciones en el nivel central; que recién comunica el Presupuesto Aprobado pasado el primer semestre de la gestión. Luego a nivel regional no existe base de referencia durante ese período.

El Sistema de Costos, directamente es inexistente por estar establecidos procedimientos y métodos de cálculo, así como por la falta de capacitación del personal suficiente para encarar esta tarea. Por esta razón, la determinación de tarifas es apenas comparativa o directamente a priori.

En general, el personal en las regiones encargado de estas tareas es insuficiente,

aunque tiene relativa formación profesional; una buena parte es empírica (especialmente en el área rural).

En los últimos años el FSE a aprobado 483 Proyectos de diversa índole:

- Programa Rural de Atención Primaria en Salud.
- Programa Urbano de Atención Primaria en Salud.
- Construcción en Infraestructura en Salud.
- Servicios Preventivos.
- Epidemiología.

Por un monto de \$us. 25.027,454 a ser desembolsados en el período 87/89. Correspondiente el 77% a Saneamiento Básico y el 23% a Gastos e Inversiones en Salud. El monto anterior equivale al 21% del total comprometido del FSE en todo el país hasta el 15 de febrero de 1988.

Las CDRs, en general no efectúan otros gastos en Salud excepto los referidos a Saneamiento

Básico y Construcción de alguna infraestructura en Salud; el Cuadro nº 14 muestra los valores y porcentajes de su participación en el Sector.

Las HAMs, con excepción de Santa Cruz, La Paz y Chuquisaca en menor medida no tiene mayor gasto en acciones directas de Salud. Si bien realizan actividades tradicionalmente municipales como Limpieza y Recojo de Basuras, Control de Higiene en mercados, comercios y lugares de expendio de bebidas y comidas, mataderos y comentarios; que tienen relación con el Saneamiento Básico Urbano.

Las Empresas Municipales Descentralizadas son las encargadas del Saneamiento Básico Urbano. El detalle de gastos de las HAMs y Empresas de Saneamiento en Salud y Saneamiento, correspondientes a los años 87/88 se observa en el Cuadro Nº 15.

Los gastos de las corporaciones regionales de desarrollo en Salud y Saneamiento Básico en miles de bolivianos, se puede examinar en el siguiente cuadro.

CUADRO 14
GASTOS DE CORPORACIONES DE DESARROLLO EN SALUD Y SANEAMIENTO BASICO
 (En miles de Bolivianos)

CORPORACIONES	1987				1988			
	SALUD	%	SANEAMIENTO	%	SALUD	%	SANEAMIENTO	%
CORDENPAZ	198.00	12.30	651.00	4.86	1.00	0.03	617.00	3.66
CORDENCRUZ	400.20	24.85	1,855.00	13.85	16.00	0.55	818.00	4.86
CORDENCO	0.00	0.00	36.64	0.27	0.00	0.00	0.00	0.00
CORDENCP	1,005.00	62.41	1,452.00	10.84	607.00	18.57	286.00	1.70
CORDENTAR	0.00	0.00	8,399.00	62.69	2,614.00	79.96	14,633.00	86.89
CORDENCOB	0.00	0.00	586.00	4.37	0.08	0.00	311.00	1.85
CORDENPANDO	0.00	0.00	0.00	0.00	1.30	0.04	0.00	0.00
CORDENPD	3.10	0.19	411.00	3.07	28.00	0.06	175.00	1.04
CORDENBENI	4.10	0.25	7.00	0.05	0.08	0.00	0.00	0.00
TOTAL	1,610.40	100.00	13,397.64	100.00	3,269.30	100.00	16,848.00	100.00

NOTA: Cifras Provisionales
 Fuente: INE, MPSSP.

Por otra parte los gastos de las Alcaldías y Empresas de Saneamiento en salud también en bolivianos pueden explicarse en el siguiente cuadro.

CUADRO 15
GASTOS DE ALCALDÍAS Y EMPRESAS DE SANEAMIENTO EN SALUD Y SANEAMIENTO
(En miles de Bolivianos)

DEPTO.	HMS. 1987		EMPRESA 1987		HMS. 1988		EMPRESA 1987					
	SALUD	% SANEAM.	SANEAM.	% SANEAM.	SALUD	% SANEAM.	SANEAM.	% SANEAM.				
LA PAZ	44.00	100.00	224.00	96.41	2,474.92	43.79	0.80	0.00	460.31	198.11	8,732.93	142.95
S. CRUZ	0.00	0.00	0.00	0.00	2,366.00	38.73	366.60	100.00	0.00	0.00	116.25	1.90
COBABA	0.00	0.00	0.00	0.00	229.00	3.75	0.00	0.00	0.00	0.00	217.40	3.56
CHUG.	0.00	0.00	0.00	0.00	214.80	3.52	0.00	0.00	0.88	0.00	158.20	2.46
TAR.	0.00	0.00	0.00	0.00	17.80	0.29	0.00	0.00	0.00	0.00	56.92	0.93
ORURO	0.00	0.00	0.00	0.00	132.20	2.16	0.00	0.00	38.89	12.91	0.00	0.00
PAREC.	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
POTOSI	0.00	0.00	0.00	0.00	50.23	0.82	0.00	0.00	75.76	32.61	84.15	1.38
BENI	0.00	0.00	8.36	3.59	424.25	6.94	0.00	0.00	0.00	0.00	501.15	8.20
TOTAL	44.00	100.00	232.36	100.00	6,109.20	100.00	366.60	100.00	566.07	243.63	9,859.08	161.38

Fuente: INE, MPSSP.

III.6 Características Fiscal Financieras.

Entre las gestiones 1987 a 1989, la estructura del gasto de la Salud Pública no se ha modificado de manera sustancial, es decir, la preponderancia del gasto destinado a cubrir las planillas del personal médico, técnico y administrativo de ese Ministerio, continúa siendo mayoritaria. Los recursos con los que se financian estos gastos son exclusivamente los provenientes del Tesoro General de la

Nación, por tanto los ingresos generados por el propio sector han venido financiando parte de los insumos necesarios al sistema, como ser principalmente alimentos para atención en los centros hospitalarios, mantenimiento y suministros varios. El cuadro siguiente gráfica de mejor manera lo dicho hasta ahora:

CUADRO Nº 16

ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS GLOBALES
GESTIONES 1988 - 1989

	1987		1988		1989 (*)	
	Miles G	% Miles Bs.	Miles Bs.	%	Miles Bs.	%
HB TRIBUTARIOS	16286	27.0	18855	26.7	18655	26.8
TRANSFERENCIAS	35050	58.5	44958	63.6	50021	71.7
FINANCIAMIENTO	7876	13.1	5982	8.5		
OTROS INGRESOS	823	1.4	867	1.2	1062	1.3
TOTAL INGRESOS	59955	100.0	70682	100.0	69738	100.0
SERV. PERSONALES	32538	56.9	42249	62.6	45356	69.3
MATERIALES Y SUM.	13410	23.4	15802	22.2	12976	19.9
OTROS GASTOS	11261	19.7	18203	25.2	7887	10.8
TOTAL GASTOS	57201	100.0	67454	100.0	65419	100.0

(*) Datos estimados en base a ejecuciones presupuestarias de un semestre

Fuente: MESSP

Elaboración: ENSO Regional

Gastos por Funciones.

Por otra parte, si se analiza la estructura de gastos por funciones, la preponderancia del gasto hospitalario es muy significativa, como puede advertirse en el Cuadro Nº 17 pudiéndose concluir que la asignación de recursos hasta ahora ha estado destinada prioritariamente al pago salarial que cubre la estructura hospitalaria instalada. Esta constituye la principal problemática a resolver en el sector de salud pública.

La descentralización, por tanto, deberá introducir un sistema de prioridades dirigidas más hacia la atención primaria de salud, racionalizando el gasto en servicios hospitalarios que, al margen de ser el tipo de atención más cara, tiene bajos grados de ocupación de equipamientos (52.6% en áreas urbanas y 27.01% en áreas rurales).

CUADRO Nº 17

ESTRUCTURA DE GASTOS POR FUNCIONES

	1987		1989	
	Miles Bs.	%	Miles Bs.	%
DIRECCION Y ADMINISTRACION	15471.9	22.9	11349.7	17.3
ATENCION PRIMARIA	8451.2	12.5	4664.0	7.1
HOSPITALES	29293.4	43.4	29085.9	44.5
DISPENSARIOS URBANOS	3335.2	4.9	6814.7	10.4
ASISTENCIA MEDICA RURAL	10902.2	16.2	13504.5	20.6
TOTAL				
GASTOS	67453.9	100.0	65418.8	100.0

Fuente: NPSSP.

Elaboración: ENSD Regional

En el caso de este sector, se deberá pensar en incrementar las asignaciones dirigidas tanto a prestación de servicios en áreas rurales, entendiendo esta asignación como la dirigida a servicios no hospitalarios, como a programas de capacitación para el personal de los niveles secundarios al distrito, es decir personal de auxiliares de enfermería y promotores de salud principalmente.

Costos en Salud.

A nivel nacional, los costos del servicio de salud resultan muy bajos cuando se toma un factor de comparación poblacional. El cuadro Nº 18, grafica esta situación:

CUADRO Nº 18

COSTO PER-CAPITA

COMPARATIVO TRES GESTIONES

	1987	1988	1989	INCREM. 1987 - 1988	INCREM. 1988 - 1989
LA PAZ	5.33	6.36	6.48	0.19	0.01
COCHABAMBA	6.63	7.79	8.10	0.17	0.04
SANTA CRUZ	10.48	12.21	9.10	0.17	-0.25
CHUQUISACA	18.84	10.87	12.00	0.00	0.10
TARIMA	10.60	13.23	12.80	0.25	-0.03
POTOSI	3.49	4.32	4.60	0.24	0.06
ORURO	7.26	5.99	6.10	-0.17	0.02
BENI	14.49	15.83	16.00	0.09	0.01
PANDO	9.50	13.42	13.70	0.41	0.02
TOTAL REGIONAL	7.42	8.48	8.18	0.14	-0.04

Fuente: MPSSP, INE
Elaboración: ENSO Regional

Dada la ausencia de registros estadísticos sobre población, la estructuración de gastos per-capita en salud, se ha realizado para la gestión 1989, con datos estimados.

Los relativamente más altos costos de algunos departamentos como Santa Cruz o Chuquisaca, se deben a la elevada cantidad de infraestructura hospitalaria existente en esa región. En otros casos como el de Tarija o Beni, la atención de salud pública es preponderante sobre la privada o la seguridad social, demandando mayor cantidad de recursos para su atención. En el caso de La Paz y Cochabamba, cuya capital de departamento tiene una gran infraestructura hospitalaria, la concentración poblacional en ambas hace que los gastos per-capita sean menores, debiendo tener presente al hacer el análisis que éstas ciudades tienen mayor cantidad de servicios alternativos a la salud pública, es decir, seguridad social, servicios privados y, últimamente, atención de ONGs.

El establecimiento de gastos per-cápita será un indicador útil como forma alternativa de financiamiento de la descentralización, porque permitirá un necesario equilibrio

interdepatamental al uniformizar los gastos por habitante, asimismo, posibilitará la adopción de líneas de políticas alternativas que incentiven ciertas áreas o niveles de servicios, principalmente a nivel provincial.

En este sentido, es importante mencionar que Tupiza en el departamento de Potosí y Riberalta en el del Beni, cuentan con estructuras administrativas conformadas en un rango de Unidades Sanitarias, útiles al momento de diseñar el nivel de descentralización provincial.

C A P I T U L O I V

ANALISIS DEL MARCO TEORICO

IV.1 INTRODUCCION

Una investigación llega a ser "ciencia" cuando ellas se han constituido teorías, los datos, los problemas, las hipótesis y las leyes sueltas no constituyen una ciencia.

Se podría decir que las teorías son para la ciencia lo que la espina dorsal para los vertebrados, impulsan a emprender una nueva investigación y su importancia demuestra que:

- a) Los datos se obtienen a la luz de teorías y con la esperanza de conseguir nuevas hipótesis que puedan en su momento, sintetizarse en teorías.
- b) La observación y la experimentación se realizan no solo para recoger información y producir hipótesis, sino también para acometer a constructación (comprobación) las consecuencias de la teoría o bien para saber cual es su dominio de validez. (1º)

c) La función explicativa y predicción de la ciencia se realiza en el seno de las teorías; la acción misma se basa en las teorías. En fin, la teoría es un elemento sin el cual no hay ciencia.

IV.2 CARACTERISTICAS DEL MARCO TEORICO

El problema de la salud como parte del desarrollo de la sociedad, se expresa de distintas formas dependiendo del tipo de enfoque sobre su importancia.

Desde el punto de vista del gasto público la salud forma parte de un sector de servicios cuyos valores se incrementan con los flujos que provienen del gasto privado.

Desde el punto de vista de la presentación de los servicios, la formación del Seguro Social para la salud se presenta como una forma de administración de los recursos empleados en salud, cumpliendo los objetivos fundamentales para la preservación de la salud poblacional.

Desde el punto de vista de la ciencia médica, el problema de la salud se convierte en un objetivo

de permanente investigación con el desarrollo de la ciencia médica.

En el campo de la Teoría Económica se pueden plantear dos apreciaciones completamente diferenciadas la primera queda constituida por los trabajos de investigación dentro de lo que se denomina corriente neo-marxista y por otra parte tenemos aplicaciones teóricas con origen en los modelos de construcción neoclásica.

IV.3 EL PLANTEAMIENTO NEO-CLASICO

La salud como parte de un conjunto de proyectos de carácter social ha merecido distintos tipos de evaluación teórica incluyendo necesariamente la focalización de los servicios de salud como parte de un proceso en el cual su impacto se ubica directamente en la calidad de los recursos humanos.

Para explicar estos cambios que se originan en las inversiones en el campo de la salud, la Escuela Neoclásica propone una forma de evaluación medida por la productividad del trabajo en el siguiente sentido.

La mayor energía que produce una salud mejorada es una de las causas de incremento en la producción,

se admite por ejemplo que los hombres que sufren distintas enfermedades como la disenteria, parásitos, fiebres interrumpen frecuentemente su jornada de trabajo por tanto existirá una propensión a ejecutar una cantidad mínima de trabajo aumentando el tiempo para el descanso.

En un extremo se puede decir que las personas que están mal de salud careceran hasta del vigor mental necesario para mejorar su ritmo de producción.

La salud por lo tanto influirá como variable independiente en el ritmo de aumento o disminución de la productividad del trabajo.

Sobresale por otra parte el hecho de que los gastos en salud posibilitan un aumento en la expectativa de vida e incluso puede afirmarse que los gastos de salud permiten comenzar una vida productiva mas temprana, estos dos aspectos favorecen a cualquier sistema económico, ciertamente se logrará mas hombres-año de trabajo.

Se puede considerar que los gastos en salubridad son una forma de adquirir las utilidades que constituyen la buena salud y el bienestar de

La salud superior logrará mayor fuerza de trabajo y en este sentido la mayoría de actividades de salud pública se pagan por si mismas, quizás lo hagan varias veces, en términos de producción adicional.

Los gastos en salud aumentan la población real y por ende el número de trabajadores y consumidores verdaderos, pero una mejor salud también logra que la población real sea más enérgica y así más efectiva en el trabajo.

Por tanto si tomamos los gastos de salud, la población efectiva adicional incluye a las personas reales más las personas equivalentes que se obtiene como aplicación de ese gasto de salud.

$$\Delta p'' = \frac{H dp''}{dh} ,$$

Donde H representa un pequeño gasto de salubridad, dp''/dh representa un grupo de personas sumamente efectivas, que resulta de un pequeño aumento en los gastos de salubridad y $\Delta p''$ representa la población sumamente efectiva aunque no necesariamente la población real.

La otra relación, que resulta de las tasas decrecientes de mortalidad, es:

$$\Delta P = \frac{H dp}{dh}$$

donde P representa la población real.

Si queremos comparar los beneficios económicos que resultan de los gastos iguales de E o de H, y la base de comparación ha de ser el ingreso per capita (Y/P), tenemos que reconocer que E ocasiona un dY , pero H ocasiona tanto un dY como un dP . Podemos suponer también, por conveniencia, que los trabajadores efectivos de la fuerza de trabajo forman una fracción constante de población real o imaginaria. Por último, hay que darse cuenta de que un aumento proporcionalmente igual al producto ocasiona, debido a los rendimientos decrecientes,

Hay que estipular cierto tipo de función de producción. Supondremos una del tipo Cobb-Douglas tal como:

$$Y = a L^k K^r R^n$$

donde a, es una constante para convertir a las unidades K y R representan, respectivamente, las existencias de capital real y los recursos naturales; la fuerza de trabajo, L, es alguna fracción constante de la población, y la suma de k, r, y n es igual a la unidad, con una función de esta naturaleza, un cambio de X% en L ocasiona un cambio de X% en la producción.

Tales cambios de la fuerza efectiva de trabajo pueden ser resultado de gastos en mejorar la salud o en instrucción. Por ejemplo: el gasto de E dólares en educación tendría por resultado un cambio proporcional en la fuerza efectiva de trabajo que sería igual a:

$$P_1 + \frac{E \frac{dp'}{dp}}{P_1}$$

De manera similar, un gasto de H dólares en mejorar la salud tendría por resultado un cambio proporcional en la fuerza efectiva de trabajo que sería igual a:

$$\frac{P_1 + H \frac{dp''}{dh}}{P_1}$$

Pero los gastos en mejorar la salud (H) aumentarían también la población real, así que una comparación de poblaciones, si se estableciera entre los periodos uno y dos, daría.

$$\frac{P_1 + H \frac{dp}{dh}}{P_1}$$

como valor de P_2/P_1 . Estas ecuaciones parecen iguales, si se exceptúan las primas de las razones marginales: p' indica las personas equivalentes adicionales que ocasiona la educación, p'' indica la oferta efectiva de trabajo adicional que es resultado de que los trabajadores sean más enérgicos, p haya más personas en la fuerza de trabajo, y p represente la población adicional de personas empleadas.

Al hubiera que seleccionar entre gastar la renta neta en educación o en mejorar la salud, y se representen todos los coeficientes de dp'/de , dp''/dh , y dp/dh , se podría escoger de acuerdo con lo que hubiera más efectivamente los ingresos per capita.

Conviene comparar la razón de $(Y_2P_1)/(Y_1P_2)$, donde los subíndices 1 y 2 indican, respectivamente, "antes" y "después" para el caso de los gastos en educación (sin gastos adicionales en educación). Si los valores monetarios de H y E son iguales, pero sólo se puede hacer un gasto o el otro, ambos igualmente serán deseables si:

$$\left(\frac{P_1 + E \cdot \frac{dp'}{de}}{P_1} \right)^I \cdot \frac{P_1}{P_2} = \left(\frac{P_1 + H \cdot \frac{dp''}{dh}}{P_1 + H \cdot \frac{dp}{dh}} \right)^I$$

En esta ecuación, el lado izquierdo muestra el $(Y_2/P_1) - (Y_1/P_2)$ que resulta de los gastos en educación; como la educación no afecta la población real, P_1/P_2 , es igual a la unidad, por lo que podemos eliminar este término. El lado de la derecha muestra el $(Y_2/P_1)/(Y_1/P_2)$ que resulta de los gastos en mejorar la salud. En ambos casos, el monto proporcional de los de la oferta efectiva de trabajo es reducido por el exponente 1, debido a los rendimientos decrecientes de trabajo.

De esta ecuación fundamentalmente es posible obtener el valor "de indiferencia" de cualquiera de los coeficientes marginales, valor que hará que ni la educación adicional sea preferible a la salubridad adicional o viceversa. En realidad, que los gastos en mejorar la salud sean superiores, iguales o inferiores en sus resultados a los que se invierten en educación, siendo dichos gastos del mismo valor, será cosa que dependerá de si:

$$\left[\frac{P_1 + H \frac{dp^o}{dh}}{P_1 + E \frac{dp^o}{dt}} \right]^1 - 1 \geq \frac{H}{P_1} \cdot \frac{dp}{dh}$$

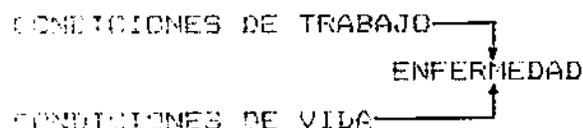
(El lado derecho de la ecuación, (Hdp/Pdh) , puede denominarse la elasticidad de salud de la población).

La afirmación anterior puede ser más significativa si se substituyen números en vez de símbolos. Imaginemos un país cuyo P es de 100 millones de personas y cuyos gastos en salubridad o en educación serán de \$ 100 millones. Supongamos que un dolar que se gaste en salubridad ocasione 101 hombres efectivos adicionales (es decir: $dp''/dh = 0.01$) y que un dolar que se gaste en educación (dp'/de) proporcione 0.005 personas efectivas adicionales. Entonces, el lado izquierdo de la ecuación será de aproximadamente 0.0025, si la elasticidad de trabajo de la producción (ϵ) es de 0.5 en este caso, es asunto de indiferencia si este presupuesto de capital humano se gasta en salubridad, o en educación, si $Hdp/Pdh = 0.0025$. Si \$ 1.000 que se gasten en salubridad, y viceversa.

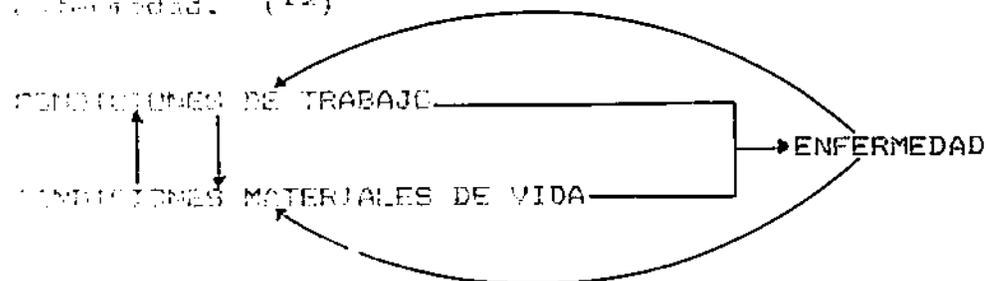
Claro que la formulación que acabamos de mostrar es sumamente burda y aproximada. Hacen caso omiso de muchas relaciones intertemporales. Quizas la refinación de los coeficientes marginales no sea más que una conjetura ilustrada. Pero la lógica esencial de toda comparación racional es la que acabamos de indicar. Y esto, es si, tiene alguna validez.

IV.4 PLANTEAMIENTO NEO-MARXISTA

Dentro de la teoría marxista se afirma que cuanto más deterioradas se encuentran las condiciones de trabajo y las condiciones materiales de vida de la población, mayor será la probabilidad de que sobrevenga la enfermedad. De esta premisa se deduce que la (enfermedad) es resultado de las condiciones materiales de vida, las mismas que actúan como una variable independiente asociándose con las condiciones de trabajo.

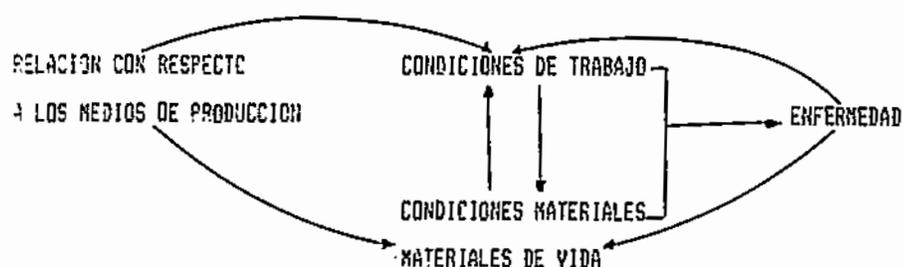


De acuerdo a lo expuesto, la enfermedad depende de las condiciones de trabajo y de vida, pero a su vez estas se encuentran interrelacionadas entre si y también la influencia por decirlo así de la enfermedad. (12)



12. Unzuavientz. Categorías de la dialéctica materialista. pg. 21

Complicando más el asunto puede decirse que las condiciones de trabajo y de vida dependen a su vez de las relaciones que guardan los hombres con respecto a los medios de producción



De acuerdo con lo anterior, la enfermedad es un producto social, es una expresión de la desigualdad económica entre los hombres que hace "más enferma aquella porción de la sociedad que se encuentra con más desventajas económicas".

Para la confirmación de este análisis, los supuestos de la teoría marxista que se encuentran implícitos son:

1. El modo de producción de la vida material condiciona el proceso de vida social, político e intelectual en general. (13)
2. La contradicción fundamental del modo de producción capitalista, se da entre el capital

13. Marx, Carlos. Contribución a la crítica de la economía política.

y el trabajo que se concreta a nivel social en la clase burguesa y la proletaria y es manifestada en la lucha de clases.

3. Las clases sociales son grandes grupos de hombres que se diferencian entre si por el lugar que ocupan en un sistema de producción social, históricamente determinado, por las relaciones que se encuentran con respecto a los medios de producción, por el papel que desempeñan en la organización del trabajo y consiguientemente por el modo y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen. (14)

4. Las clases sociales son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo de otro, para ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social.

b. Las condiciones de trabajo y las condiciones materiales de vida, características básicas de cualquier clase social, dependen de las relaciones que los hombres mantienen con respecto a los medios de producción.

14. Lenin, Vladimir. Obras escogidas. Moscú. Progreso. 1966.

6. La clase burguesa y la clase proletaria se encuentran en relaciones diferentes con respecto a los medios de producción. La primera dueña de estas se apropia del producto del trabajo de la segunda clase que solo dispone de su fuerza de trabajo para subsistir.
7. La clase obrera es la que se encuentra en relación directa con los medios de producción y por lo tanto la que está expuesta a los accidentes y enfermedades de trabajo (enfermedad)
8. Por lo tanto, las condiciones de trabajo y las condiciones materiales de vida (determinadas básicamente por aquellas) determinarán, en última instancia, la "enfermedad" considerada como un proceso físico, mental y social que incapacita al individuo para satisfacer sus necesidades básicas (y desarrollar sus capacidades intelectuales, artísticas cuando sea posible) en una formación determinada.
(18)

18. Korsch, Paul. El proceso de la Investigación científica.

IV.5 ALCANCE DEL MARCO TEORICO

Al presentar estas dos versiones teóricas sobre el desarrollo del marco teórico, que corresponde al estudio del problema de la salud encontramos distintos grados de alcance, en la interpretación del problema en el modelo Neo-clásico que presentamos en el marco teórico con la característica de marginar la implicación social y política que constituye el marco externo del problema de la salud originándose de esta forma una versión parcial del alcance del problema, al contrario dentro del análisis marxista hay una versión del todo determinado por las condiciones materiales de producción y del cual se deriva el Estado "de la salud" como una de las partes que desagregada no pierde su vinculación con el análisis dialéctico "de lo general".

CAPITULO V ESTUDIO DE LA HIPOTESIS

V.I. FUNDAMENTACION

La investigación ha tomado como base de análisis el proceso global en el cual históricamente se determinaban las características estructurales y dinámicas del sistema socio-económico boliviano, se ha llegado a determinar que una de las expresiones más críticas y difíciles del subdesarrollo se expresa en la crisis de salud que afecta a la mayor parte de la población, esta crisis contempla a su vez la deficiente participación del Estado dentro de este campo, razón por la cual el índice de cobertura de los servicios de salud pública se consideran restrictivos a los sectores urbanos con una mínima participación del sector rural.

Este proceso de deterioro del nivel de salud de la población se manifiesta en una alta tasa de mortalidad infantil, en una baja esperanza de vida y en menor profundidad en el campo económico se nota una disminución de la capacidad de trabajo en casi todos los sectores de la economía.

V.2. COMENTARIO SOBRE EL MARCO TEORICO

El problema de la salud ha recibido en los últimos años una constante preocupación por las implicaciones que tiene dentro del funcionamiento de un sistema socio-económico así en la investigación se ha pasado del análisis presupuestario definido por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública a la formulación de esquemas teóricos contruidos sobre la base del Pensamiento Neoclásico y del Pensamiento Marxista y Neo-marxista.

Es llega a establecer que la aplicación de las investigaciones de salud desde el punto de vista Marxista originan crecimientos en el valor de la producción final de esta manera en forma efectiva la cantidad de trabajadores de un país se incrementa dando por supuesto un potencial productivo para el cual es significativo de aquel que se obtiene con aportaciones reducidas para el fortalecimiento del bienestar en salud de la población.

El marco teórico desde el punto de vista marxista establece que las condiciones determinadas por la forma material en que se da el proceso económico establecen a su vez el tipo de salud al cual tiene acceso la población, si estas condiciones materiales están determinadas en un bajo nivel de desarrollo las condiciones de trabajo que se derivan

formaran a su vez las condiciones que como causa generarán el efecto de un mayor grado de enfermedad, situación que se hará más crítica en la medida en que los medios de producción se encuentren concentrados en pequeños grupos sociales, estando la gran mayoría de la población despojada de poder crear sus propias condiciones de subsistencia, de esta manera los grados de enfermedad tomaran valores extremos como los que se presentan en la salud boliviana.

V.3. EXPLICACION DE LA HIPOTESIS

La difícil situación en la cual se encuentran los servicios de salud pública en los últimos años han viabilizado la discusión sobre la necesidad de proceder a una descentralización de los servicios de salud como alternativa para ampliar el grado de cobertura de estos.

El proceso de descentralización comprende un conjunto de sistemas en los cuales se encuentra la parte organizacional, social y la parte económica como base para su proyección.

El modelo de descentralización tiene que ser por lo tanto evaluado como una alternativa que resulte viable económicamente, si esta respuesta es

Favorable el proceso de descentralización puede ejecutarse en el campo de la salud. Al contrario si la viabilidad económica no resulta posible entonces la descentralización no resulta viable como parte de un modelo en el cual esten implícitamente determinadas las soluciones al problemas de la salud.

En este sentido no se puede marginar el análisis de la estructura económica del país porque esta en última instancia resulta la base para la aplicación de cualquier modelo de descentralización.

V.3.1. Formulación de la Hipótesis

La hipótesis ha sido formulada en los siguientes términos "LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO RESULTA VIABLE POR LAS CARACTERISTICAS DOMINANTES DE LA ESTRUCTURA ECONOMICA DEL PAIS".

La hipótesis en cuestión presenta dos viables significativas "Descentralización" y "Estructura Económica", sin embargo la hipótesis describe la presentación de un problema que se encuentra implícitamente explicado por el contenido de esta hipótesis y que pueden ser manifestados como hipótesis derivadas.

- a) El grado de cobertura de los servicios de salud puede ser ampliado y mejorado con la aplicación de un modelo de descentralización.
- b) La estructura económica del país esta constituida de forma heterogénea como resultado de procesos de acumulación de capital y crecimiento económico diferenciados.

Para simplificar el alcance de esta investigación sin necesidad de demostración particular admitimos que estas dos hipótesis derivadas "son verdaderas", es decir son respuestas al problema planteado en esta investigación en el ámbito de un conjunto de variables interdependientes dentro de cada una de estas hipótesis.

En este sentido recogemos aquello que resultara esencial para la explicación del problema es decir conocer si la descentralización de los servicios de salud puede o no ser viable como respuesta a la crisis que en este sector presenta nuestro sistema social.

V.3.2. VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

En la hipótesis la variable "Descentralización", se presenta como variable dependiente y como variable independiente se presenta "La Estructura Económica del país".

Las variables de la hipótesis asocian la naturaleza del problema buscando una respuesta dentro de un marco teórico del "materialismo histórico" como figura normativa de la hipótesis, es decir, repitiendo el concepto Marxista, que la superestructura depende de la estructura económica.

En este punto es importante retomar al planteamiento que sobre esta escuela se observa dentro del marco teórico así por ejemplo afirma: aceptar: el mundo, la realidad existe independientemente y con anterioridad al ser humano. Se reconoce la materialidad del mundo; la realidad es cognoscible. esta puede conocerse en los diversos aspectos, relaciones y objetos del universo, los procesos y objetos se encuentran en relación y dependencias mutuas, todo un todo interrelacionado, los conocimientos obtenidos tienen validez para un contexto histórico determinando sus verdades relativas, es decir, históricas y no verdades

definitivas debido a que la realidad esta en continuo cambio.

Asi de esta manera la hipótesis incorpora el modelo dialéctico para su verificación.

El modelo de descentralización forma parte de los procesos de organización comprendidos dentro de la superestructura (dentro de la formación ortodoxa del Marxismo). A partir de este concepto aplicar el modelo de descentralización al margen de las características del proceso histórico en el cual se desarrolla la sociedad y en particular la economía de un país es desconocer la realidad y formularse una visión de problema de carácter esencialmente idealista.

Entendemos como descentralización un tipo organizativo en el cual el todo queda formado por la agregación de cuerpos individuales que tienen un desenvolvimiento autónomo.

Desde el punto de vista de un "sistema administrativo", cada parte opera dentro de una practica funcionalista autónoma, es decir, se desarrolla internamente con la mayor parte de

sus propios sistemas: personal, producción, comercialización, gerencia, etc.

Si el sistema global esta subdividido en "n" unidades administrativas descentralizadas y todas están asociadas funcionalmente por ejemplo (todas tienen que ver con la administración de la salud) y además operan con el mismo grado de eficacia y eficiencia entonces todo se manifiesta exactamente por las partes o al contrario, las partes contienen lo esencial y son idénticas al todo.

Sin embargo este modelo de descentralización donde las unidades solo son dan una interdependencia mínima con el todo no entran en conflicto con el sistema en si mismo y su grado de funcionalidad eficiencia y eficacia son homogéneas con todo el resto de las unidades así la interdependencia solo reproduce la armonía del sistema su perfecto crecimiento en el tiempo.

La realidad expresa otro tipo de condiciones y si consideramos el desenvolvimiento histórico de nuestro país en el campo económico a las muchas diferencias que se han podido establecer la más sencilla señala que al menos en nuestro país existen tres

grandes subsistemas económicos (admitiendo que el país recibe la valorización de un sistema) estos subsistemas regionales que comprende el llamado cinturón central donde se ubican las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz presentan un mayor grado de concentración económica que las otras dos regiones, la del Sur que resultaría la más pobre formada por los grandes centros rurales de Potosí, Chuquisaca y Tarija y por otra parte la región Norte constituida por la región Amazónica del país.

Basta señalar la existencia de esta heterogeneidad para anticipar que el modelo de descentralización resultaría contradictorio en la aplicación de sus objetivos, es más no resultaría como un cuerpo de unidades funcionales que tienen homogeneidad, eficiencia y eficacia similares.

Dentro de cada región de las anteriormente nombradas se presentan procesos internos de mayor contradicción entre la población urbana y rural por lo cual el modelo de descentralización incluso a nivel de cada departamento resultaría deficiente para enfrentar el problema de la sectorialización de la economía.

V.4. MARCO PRACTICO

Para verificar el alcance teórico de la hipótesis es necesario partir de un examen económico que recoja las siguientes proposiciones que determina el modelo de funcionamiento de la economía del país.

- a) Existe un crecimiento económico heterogéneo a nivel departamental y con mayor divorcio entre las áreas urbanas y rurales.
- b) Se han establecido tasas de mortalidad infantil y de adultos por el deficiente sistema de salud que tiene el país, tasas que han sido estimadas por instituciones nacionales y extranjeras como se explican en los capítulos II y III de esta investigación.
- c) La descentralización supone pasar la administración de los servicios de salud pública a los niveles departamentales en los cuales se formularán los presupuestos, los cuales que necesariamente guardan correspondencia con la capacidad financiera de los gobiernos departamentales.

Para explicar la importancia de los gastos de capital dentro nuestro sistema y el impacto que estos tienen en la formación de la fuerza de trabajo se ha elaborado el siguiente cuadro.

CUADRO Nº 19
Composición de la Población

AÑO	POBLACION TOTAL	POBLACION POTENCIAL	POBLACION ECO. ACTIVA
1980	5.579	5.736	1825
1981	5.729	5.918	1865
1982	5.884	6.042	1909
1983	6.044	6.326	1956
1984	6.029	6.625	2008
1985	6.381	6.940	2056
1986	6.558	7.316	2076
1987	6.740	7.800	2138
1988	6.930	8.200	2163
1989	7.085	9.000	2195

Elaborado por el MINT, Min. de Planeamiento y coordinación

Esta primera información puede constituirse como una explicación en términos de las siguientes relaciones:

La Población Total esta en función de la Población Potencial, la relación que se establece sin embargo nos expresa que entre la Población Potencial y Total existe una

diferencia la misma que tiene su origen en los deficientes servicios de salud.

La población potencial se estima tomando en cuenta el índice de fertilidad de la población femenina, la cantidad de nacimientos, el número de hijos nacidos por familia y otros aspectos asociados con el problema del desarrollo de la población.

La población total es aquella que se presume puede "Censarse" y resulta descontando los índices de mortalidad de los recién nacidos, infantil e incluso población adulta que fallece por causas típicamente asociadas a problemas de salud.

La mayor brecha entre la Población Potencial y la Población Total surge con la mortalidad de los recién nacidos e infantil donde la asistencia médica es muy limitada estableciéndose para el país una tasa de 28 recién nacidos fallecidos por cada mil nacimientos, esta tasa se considera una de las más altas del mundo y en América Latina algunos estudios afirman que se trata de la más alta.

La perdida de población debido a problemas de salud en el caso de la población recién nacida a infantil gravita negativamente sobre la proyección de nuestros recursos humanos, por la información estadística del cuadro anterior podemos establecer que para 1989 el País debería haber contado con aproximadamente 9.000.000 de habitantes, al contrario las estimaciones del INE solamente consideran una población 7.085.000 habitantes, las tasas de crecimiento que corresponden a estas dos series pueden establecerse como sigue:

$$C_n = C_0 (1 + i)^n$$

Para la Población Total:

$$7.085 = 5.579 (1 + i)^7$$

$$1.26994 = (1 + i)^7$$

$$1.02693 = 1 + i$$

$$0.02693 = i$$

$$2.69\% = i$$

Para la Población Potencial

$$9.000 = 5.537 (1 + i)^7$$

$$1.62904 = (1 + i)^7$$

$$1.05132 = 1 + i$$

$$0.05132 = i$$

$$5.13\% = i$$

La tasa potencial de crecimiento de la población boliviana ha sido estimada en consecuencia en un 5,13% que para América Latina resulta una tasa con una significación muy grande que ocupa uno de los primeros lugares, la Población efectiva (censada o posiblemente censada) tiene una tasa de crecimiento de solo el 26% que representa aproximadamente la mitad de la tasa potencial.

El gran deterioro del crecimiento de la población boliviana se atribuye a 2 causas fundamentales:

- a) La escases e incluso ausencia en muchas regiones de servicios de salud básicos.
- b) Al proceso de la administración infantil que origina nuevas enfermedades que complican el cuadro epidemiológico como resultado la pérdida de aproximadamente la mitad de nuestra población.

Si bien el comentario anterior obvia el problema de la emigración que para nuestro país representa otra pérdida importante de población, restando su impacto dentro su tasa de crecimiento que puede ser de 0.7% según estimaciones realizadas por el INE y otros

estudios de emigraciones en Bolivia llegamos a concluir que la pérdida por problemas de salud puede llegar al 1.8% anual, porcentaje que nos llama a una profunda preocupación para poder en el futuro con mayor voluntad y esfuerzo desarrollar programas de salud dotados de mejores condiciones económicas y recursos profesionales.

Si utilizamos la técnica de la medición de las elasticidades podríamos encontrar una que nos relacione la tasa de crecimiento de la población total con la tasa de crecimiento de la población potencial.

$$e = \frac{\text{tasa de variación de la Población Total}}{\text{tasa de variación de la Población Potencial}}$$

Resumiendo:

$$e = \frac{2.6}{5.1}$$

$$e = 0.50980$$

Este coeficiente de "e" nos indica que por un 1% de aumento de nuestra población en términos potenciales, la población solo crece en términos efectivos en un 51% técnicamente

existe una relación inelástica, si bien esto no constituye una anomalía ya que siempre la Población Potencial resulta mayor que la Población censada para el caso de los países subdesarrollados, lo que impacta es la brecha tan grande que separa a la Población Potencial de la población censada.

El impacto de esta Población Potencial su correspondiente pérdida tiene relación con el cálculo de la Población Económicamente Activa.

ii) la Población Económicamente Activa (PEA), esta en función de la Población Total, aquí se debe observar que las tasas de crecimiento de ambas variables no necesitan ser necesariamente iguales.

Para el estudio de la Población Económicamente Activa se han tomado distintos criterios, uno de estos es el de INE y UDAPE donde se establece que la Población Económicamente Activa aumento de 1.825.000 de personas a 2.195.000 para 1989. la tasa que le corresponde sería la siguiente:

$$\begin{aligned} C_n &= C_0 (1 + r)^n \\ 2.195 &= 1.825 (1 + r)^7 \\ 0.02072 &= r \end{aligned}$$

$$2.07\% = r$$

La Población Económicamente Activa ha estado creciendo al 2%, es decir, con una relación inferior a la tasa de crecimiento de la población que es el del 2,6%, se admite que esta diferenciación es resultado de un aumento de la población joven "en el país" lo cual a su vez expresa una distribución de edades donde tenemos mayor concentraciones demográficas para niveles inferiores a 18 y 16 años.

Sin embargo si nosotros tomamos en consideración la pérdida que se atribuye a efectos derivados a aspectos de salud que se estima en 1.8% (descontando el 0.7% debido al factor de emigración al exterior), la población económicamente activa podría haberse duplicado para 1989 por ejemplo de acuerdo con la siguiente ilustración :

$$\begin{array}{l} 7085 \text{ -----} 2.195 \\ 9.000 \text{ -----} X \\ X = 2.778,28511 \end{array}$$

La población económicamente activa habría alcanzado de acuerdo con la Proporcionalidad del año 1989 entre la población total censada y

la población económicamente activa a un total de 2.788.000 de habitantes.

Si sacamos la diferencia con relación a esta población económicamente activa tenemos:

PEA Potencial	2.788.000	
	-	
PEA Censada	2.195.000	

		593.000

La pérdida que se atribuye a los servicios de salud alcanzaría a 593.000 personas.

Surge la pregunta ¿Cual es el impacto de esta pérdida para la economía?, para responder a esta indagación tenemos que admitir la existencia de un marco de relaciones socioeconómicas e históricas de carácter muy amplio cuya controversia muestra opiniones muy divergentes por ejemplo si esta fuerza de trabajo quedaba dentro de la agricultura su aporte a la economía podía haber sido muy limitado quizá al contrario la presión por el uso de la tierra se habría extendido aún mas ahondando el problema del minifundio.

Una posición pesimista diría que los excedentes agrícolas que produce la economía

campesina necesariamente habrían tenido que reducirse para alimentar esta población.

Sin embargo existen también criterios optimistas ya que gran parte de esta población podría haber tenido una inserción activa en otros sectores económicos e incluso ampliar la distribución de la población nacional abarcando todo el territorio nacional.

Esta situación de comentar la importancia o no de la población que se ha "perdido" no reviste ninguna connotación importante por lo subjetivo de las apreciaciones al contrario si tomamos patrones esencialmente económicos diremos que el país ha perdido 593.000 personas en edad de trabajar que a un promedio de 220 jornales al año implica 130.460.000 que representa una fuerza de trabajo de gran dimensión para el desarrollo de cualquier sector y cuyo esfuerzo determinado en forma de valor agregado habría influido de una manera importante en el equilibrio de nuestro sistema económico.

Estos valores determinados para establecer el impacto negativo de falta de inversiones en salud, en el desarrollo de la población económicamente activa, que por analogía podemos

admitir que se trata de la fuerza de trabajo en términos generales tiene, mayor contradicción si observamos la distribución urbano-rural de la población.

CUADRO N° 28
DISTRIBUCION DE LA POBLACION URBANO-RURAL

ATO	PBB.RURAL EN PORCENTAJE	PBB.URBANA EN PORCENTAJE	GASTO EN SALUD AREA URBANA EN PORCENTAJE	GASTO EN SALUD AREA RURAL EN PORCENTAJE
1980	53	47	74	26
1981	52.8	47.2	76	24
1982	52.6	47.4	77	23
1983	52.4	47.6	78.5	21.5
1984	52.1	47.9	79	21
1985	51.9	48.1	79.2	20.8
1986	51.6	48.4	79.8	20.2
1987	51.2	48.8	80	20
1988	50.8	49.2	81.3	18.7
1989	50.35	49.7	82.5	17.5

Elaboración propia en base a datos del INE, UBRPE, Ministerio de Planeamiento y Coordinación

En el cuadro anterior podemos encontrar una relación entre la participación de gastos en salud por un 1% de participación de la población urbana y rural.

CUADRO NO 21

AÑO	GSSu	SSr
	% Pu	% Pr
1980	1.57447	0.49057
1981	1.61016	0.45454
1982	1.62447	0.43726
1983	1.64916	0.41030
1984	1.64927	0.40307
1985	1.64657	0.40077
1986	1.64876	0.39147
1987	1.63934	0.39065
1988	1.65244	0.36811
1989	1.65996	0.34791

Fuente: Elaboración Propia en base cuadros anteriores.

El cuadro nos explica por ejemplo que por un 1% de la población en el área urbana se le asigna un presupuesto del 1.57% en cambio por un 1% de población rural para el mismo año solo se asigna el 0.49%.

¿Qué significa esta relación de comparación?, se puede indicar de una manera muy simple que en 1980 en el sector urbano se gastaba en salud tres veces más que en el sector rural por habitante.

Esta conclusión se obtiene de la siguiente manera

$$\begin{aligned}
 & \frac{\text{Porcentaje Gastos en salud area urbana}}{\text{Porcentaje participación de la población urbana}} \\
 a_n = & \frac{\text{Porcentaje gasto en salud area rural}}{\text{Porcentaje participación de la población rural}} \\
 & \frac{1.57347}{3.19007} = \frac{1.47057}{3.19007} = 3.20947
 \end{aligned}$$

Para 1989 observamos un cambio en la estructura de la población del país así obtenemos una conclusión muy importante, la población urbana en cuanto a su participación se incrementó del 47% al 49.7% y por otra parte la población rural disminuye su participación del 53% al 50.3%. Por otra parte los gastos en salud para el area urbana se han incrementado del 74% al 82,5% y como corresponde los gastos para el area rural han disminuido del 26% al 17,5%.

Aplicando el coeficiente "a" para 1989 tenemos:

$$a_{1989} = \frac{1.65996}{0.34791} = 4.77123$$

Este resultado nos indica que el sector urbano en 1989 se ha gastado más de cuatro veces de lo que se gasta en el sector rural en términos per cápita.

La tecnología que se presenta con el cálculo del coeficiente "a" es un esfuerzo "propio" que resulta de la dificultad de conseguir una información en términos absolutos en las instituciones de este sector y por otra parte una marcada diferencia en la presentación de series estadísticas en consecuencia se ha tenido que utilizar distintas fuentes para calcular la significación año por año, los datos de la población a partir del INE y los datos de gasto en salud a partir del Ministerio del Rural y del Ministerio de Planeamiento y Coordinación.

V.5 RELACION CON LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La heterogeneidad del sector rural y urbano se conflictúa más para la aplicación de un modelo de descentralización y la brecha que se va ampliando con el transcurso del tiempo entre los gastos de salud aplicados al sector urbano y los que se destina al sector rural determinan un mayor conflicto técnico, social, económico y con mayor grado de orden administrativo situación que debe ser objeto de un mayor grado de investigación para la aplicación de modelos de descentralización.

V.6. PRIMER DISEÑO DE LOS CRITERIOS DE DESCENTRALIZACIÓN.

La descentralización de los servicios de salud tiene como objetivo de referencia la geografía política que corresponde a los nueve departamentos del país y excluye definitivamente la geografía epidemiológica la misma que se encuentra asociada con la geografía económica.

Se anticipa pues un criterio muy limitado para poder desarrollar un sistema de salud sobre la base geográfica que no corresponde a las necesidades reales en materia de salud.

El cuadro epidemiológico para la región tropical boliviana comprende gran parte de la geografía del departamento de Santa Cruz, Cochabamba, La Paz, Chuquisaca y en forma total Beni y Pando, estructura espacial que no puede ser resuelta con un modelo de descentralización rígido que podría perjudicar más al país con referencia a la actual situación orgánica que representa este sector.

El cuadro epidemiológico para la región de los valles comprende los departamentos de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija y Potosí en consecuencia tenemos una situación similar por ejemplo el mal de chagas necesita una política de

tratamiento en todo este sistema geográfico y resultaría extraordinariamente costoso segmentar sus servicios a nivel departamental.

Existe una situación similar con la región del Altiplano donde también se observa que las políticas de descentralización romperían los flujos de continuidad de los servicios en esta estructura espacial imaginemos que un grupo de vacunación "el varapión" solo puede llegar hasta los límites de un departamento lo cual originará seguramente críticas diversas a estas políticas de descentralización.

Sin embargo en cada una de las grandes regiones "espaciales" que tiene el país, Oriente, Valle y Altiplano existe un problema social mucho más profundo y complejo y se refiere a la existencia de dos sistemas económicos contradictorios desarrollados sobre una base urbana y la otra parte sobre una base rural, como se explicó en los cuadros anteriores las regiones están concentrando mayor asignaciones presupuestarias per-capita en detrimento de los gastos de salud aplicados a la población rural.

La población rural dispersa en una basta geografía necesita de un modelo de servicio de salud "itinerante" en muchos casos de carácter móvil que está explicado por otros sistemas de organización

más asociados a los tipos de enfermedad que identificados con la necesidad de corresponder previamente a esquemas de descentralización.

La Población rural se encuentra en una crisis estructural que por mucho tiempo más no podrá salir de los límites de la extrema pobreza situación que impide a que esta población pueda desarrollar por su propia cuenta recursos destinados a cubrir las necesidades mínimas para los presupuestos de los servicios de salud y en este caso deberán que ser "subvencionados" estos gastos.

La población rural tiene distinto peso entre los departamentos y de igual forma distintos grados de pobreza así por ejemplo los departamentos de Potosí, Chuquisaca y Oruro que tienen alto porcentaje de población rural o alternativamente presentan los mayores índices de pobreza campesina serán los que recibirían mayores aportes para estas subvenciones con lo cual el modelo de descentralización pierde efectividad ya que su dependencia presupuestaria sería determinada con el gobierno central. La geografía económica diferenciada por una sectorialización dualista entre la formación económica urbana y la formación rural agraria, con propiedades diferenciadas entre la formación de una economía que tiende a insertarse al

sistema capitalista por la vía del desarrollo de las actividades económicas urbanas como la industria, el comercio y las finanzas frente a un sector tradicional de la economía que al contrario exhibía una resistencia al proceso de expansión capitalista.

Los datos nos muestran que los gastos de salud se concentran más en la población urbana que en la población rural.

V.7. LOS RETOS DE LA DESCENTRALIZACION.-

Si tomamos en cuenta las condiciones dominantes para el desarrollo de la salud en nuestro país diferenciando sectores urbanos y rurales podemos señalar las siguientes tendencias:

Sobre el problema de la tasa de mortalidad para los recién nacidos se señala en el MPSSP que su porcentaje ha ido disminuyendo como una consecuencia de esfuerzos especialmente aplicados dentro de la población rural y la aplicación de los programas de vacunación infantil patrocinados por la OMS, Organizaciones no gubernamentales y la OPS.

La serie estadística que se presenta en el cuadro de referencia establece la siguiente tasa de variación.

$$\begin{aligned}C_n &= C_0 (1 + n)^t \\128 &= 135 (1 + n)^7 \\0,94815 &= (1 + n)^7 \\0,99410 &= 1 + n \\-0,0059 &= n\end{aligned}$$

La tasa de disminución de mortalidad sobre los recién nacidos alcanza a un 5,9 por mil (0,59%).

Dentro del campo de la salud esta tasa tiene una significación importante sin embargo si se observa el alto porcentaje de mortalidad de recién nacidos, las políticas de salud deben ser significativamente reforzadas por lo menos hasta alcanzar un coeficiente de mortalidad de 40 recién nacidos por mil, que corresponde a naciones que tienen servicios de salud considerados aceptables, por ejemplo en Chile este coeficiente de mortalidad de recién nacidos esta sobre el valor de 16 a 18 por mil y en los países desarrollados es aún menor.

Este drama de la alta mortalidad de recién nacidos debe ser la primera cuestión que debe resolver el problema de descentralización de los servicios de salud.

La mortalidad infantil de igual forma en el Ministerio del ramo que ha venido disminuyendo desde 1980 apreciación que se funda en la ampliación de los servicios preventivos como son los programas de vacunación y el servicio de control de ciertas enfermedades propias de la población infantil cuyos brotes endémicos indican que han disminuido.

La tasa de desarrollo de la mortalidad infantil presenta el siguiente valor:

$$\begin{aligned}
 C_1 &= C_0 (1 + n')^9 \\
 82 &= 87 (1 + n')^9 \\
 0.94252 &= (1 + n')^9 \\
 0.99344 &= 1 + n' \\
 -0.0065 &= n'
 \end{aligned}$$

La tasa nos indica que hay una tasa porcentual de disminución del 6,5 por mil al año, que resulta superior a la tasa de mortalidad de los recién nacidos, lo que a su vez indica que las políticas de salud para la población infantil están dando mejores resultados con relación a las políticas que se aplican a la población de recién nacidos.

De igual manera se puede comentar que el porcentaje de mortalidad infantil que se aplica para nuestro país es comparativamente muy alto y debe reducirse a un 20% de su valor actual esta es otra

de las cuestiones que debe enfrentar la política de descentralización.

Para desarrollar estos dos grandes retos que enfrenta la política de descentralización tenemos una proyección del PIB donde observamos una lenta recuperación desde 1986, afirmándose que para la gestión de 1991 se habría logrado una tasa de crecimiento del PIB del 4%.

En esta parte del análisis no resulta significativo señalar la posible tendencia de crecimiento del PIB a largo plazo dada la inestabilidad de la economía mundial. Sin embargo admitiendo la existencia de tasa de crecimiento positivas y superiores a la tasa de crecimiento de la población dado el bajo nivel de PIB en términos absolutos la situación de pobreza no se llegaría a superar durante un largo tiempo, por tanto se hace necesario optimizar los recursos que se aplican en el sector salud, resultando este otro de los retos que debe enfrentar la política de descentralización.

La serie de salarios nos muestra que en 1989 todavía no se habría logrado superar la capacidad de los salarios asignados para 1989, una menor capacidad de salarios percibidos necesariamente tiene que afectar con una reducción en los gastos de salud principalmente de carácter "preventivo".

La falta de servicios de prevención dentro el campo de desarrollo de la salud ocasiona en la juventud y con mayor frecuencia en la población adulta la presencia de mayor riesgo de enfermedad que demanda por otra parte mayor gasto privado o por la aplicación de los servicios de la seguridad social.

CUADRO No.22

INDICADORES

AÑO	Tasa de mortalidad sobre recién nacidos. (por mil nacidos)	Tasa de mortalidad infantil (por mil)	PIB (en millones \$b. de 1980)	Tasa de salario real anual. (en \$b. de 1980)
1956	138	87	122,946	43,908
1981	134	86	124,083	40,102
1982	134	85	118,674	27,704
1983	133	85	113,378	28,686
1984	132	84	112,696	35,971
1985	132	84	111,688	22,776
1986	132	82	108,828	24,682
1987	131	82	111,659	32,595
1988	129	82	114,963	33,690
1989	128	80	118,096	35,121

FUENTE: INE, Ministerio de Planeamiento y Coordinación, MPSSP y datos.

La información anterior nos permite mostrar la insuficiencia de cambio que se da en el PIB y en los niveles salariales para transformar las altas tasas de mortalidad infantil y de recién nacidos que tiene el país

que han sido calificadas entre las más altas del mundo por los organismos internacionales de salud.

Los gastos de salud permiten que la población de un sistema económico pueda desarrollarse con mayor amplitud y como se explicó en el marco teórico estos gastos de salud se materializan en un incremento efectivo "real" de la fuerza de trabajo.

La información estadística que se dispone para el sector salud es bastante limitada y no permite asociar la correspondencia existente entre las variables productivas, los gastos en salud y los resultados en el output sectorial o nacional.

La breve descripción estadística con la que contamos nos permite observar que por diez habitantes que se agrega como flujo potencial solo se incrementa la población en 5, es decir, tenemos una pérdida de nuestros recursos humanos en un 50%.

La ecuación de regresión encontrada es la siguiente:

$PI = f(PF)$ donde Y: Población total censada
X: Población potencial

$$Y = 3046.83913 - 0.46737 (X)$$

$$R^2 = 0.46737$$

dy

La pérdida de estos recursos humanos limita la expansión de nuestro sistema social cuyo territorio de aproximadamente 1.100.000 km² tiene una dimensión muy grande para la población actual corriendo el peligro futuro de una penetración externa pacífica que ha sido muchas veces anunciada especialmente en las zonas de Beni, Pando y Santa Cruz.

La población Económicamente Activa y su relación con el tamaño de la población potencial tiene un flujo incremental que también resulta muy bajo y es el indicador que con mayor objetividad muestra como la falta de inversiones en salud ocasiona un deterioro extraordinariamente importante en la formación y capacitación de trabajo de la población, por 10 habitantes del flujo de población potencial que se incrementa al final solo 1 llega a formar parte de la población económicamente activa.

La ecuación de regresión encontrada es la siguiente:

PEA= f(PT) donde Z= Población económicamente activa
Y= Población total censada

$$Z = 1217.68819 - 0.11464 (Y)$$

$$\frac{dZ}{dY} = 0.11464$$

A este proceso se le añade además la desigualdad del gasto en salud proveniente del presupuesto público, las donaciones externas e internas, mostrando que el sector rural de la economía en la actualidad está perdiendo importancia en su participación y se está reduciendo el gasto por cápita de manera que la brecha en el nivel de salud entre el campo y la ciudad se ahonda permanentemente.

CUADRO No. 23

Brecha sector urbano - rural

3.20
3.54
3.71
4.02
4.09
4.11
4.21
4.20
4.49
4.47

FUENTE: Elaboración propia en base a cuadros anteriores.

Esta brecha implica que en 1980 en las áreas urbanas el gasto en salud era 3,2 mayor que en el área rural y en 1997 esta se amplía a 4,8 veces más por lo tanto podemos evidenciar un deterioro comparativo para los gastos en salud en el sector rural que equivale a un 30%.

El proceso de la descentralización con esta estructura no resulta viable, si consideramos el crecimiento de la brecha en los gastos de salud en el sector urbano y rural, más aún si tomamos en cuenta que en los distintos departamentos los valores de esta brecha se agudizan en la mayoría de los casos.

V.8. CONFIRMACION DE LA HIPOTESIS.

Los programas de descentralización tocan aspectos financieros y presupuestarios, de organización administrativa, de jurisprudencia constitucional sin embargo el problema desde el punto de vista económico solo es sustancia en lo referente a los diagnósticos de salud.

V.8.1. Descentralización Financiero-Presupuestaria

En el modelo de descentralización se considera que los ingresos estarían organizados para su recepción a nivel del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública bajo la política de una descentralización de estos ingresos. Sin embargo desde el punto de vista de la ejecución los egresos se establecerían para los nueve departamentos en forma descentralizada únicamente de carácter

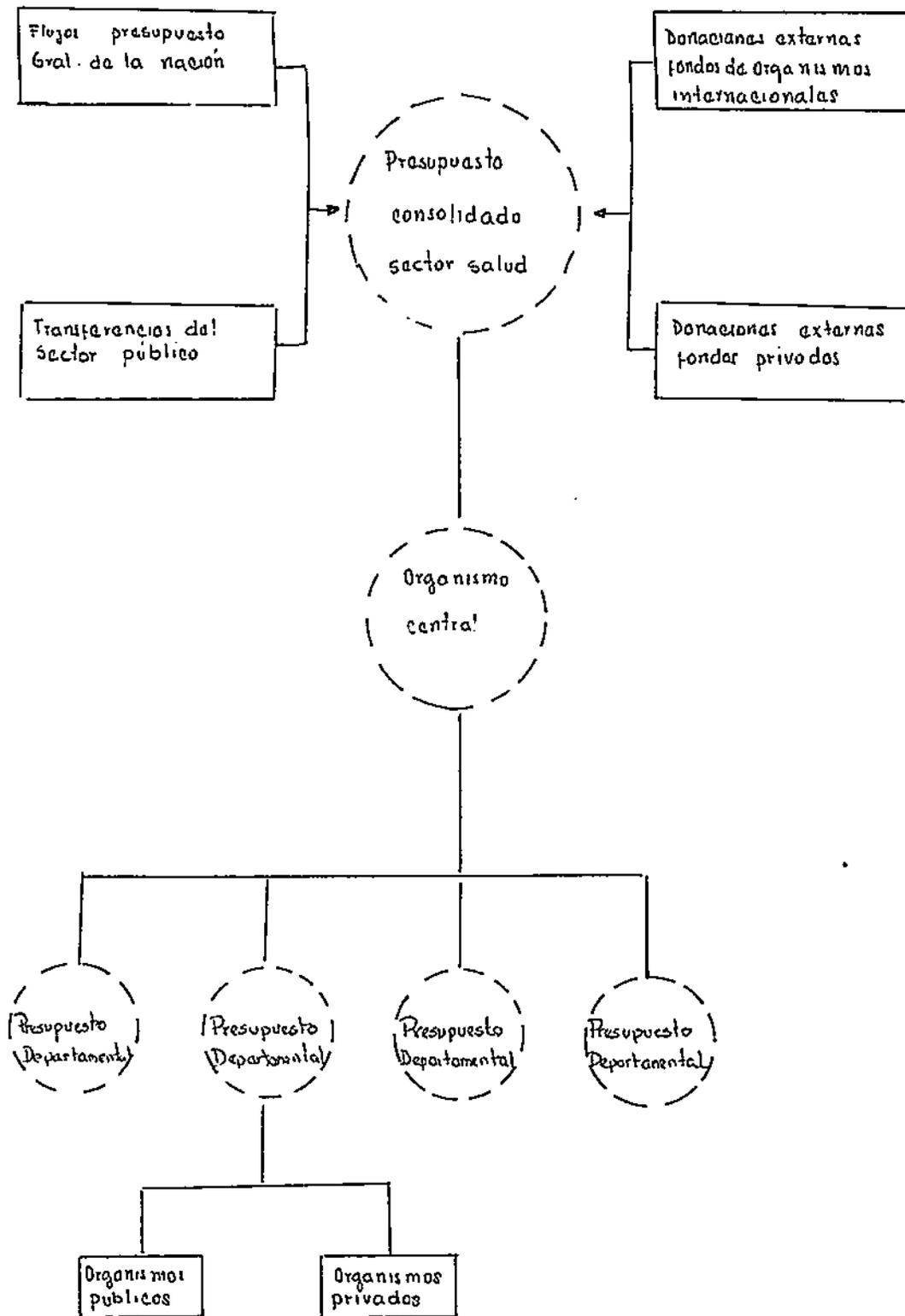
regulador en materia de gasto presupuestario que correspondería al actual Ministerio del ramo.

Cada presupuesto departamental estaría conformado por Recursos de Organismos Públicos y Organismos Privados, para este propósito se plantea algunos modelos de distribución del presupuesto tomando en cuenta variables poblacionales, características epidemiológicas e infraestructura.

Sin embargo se parte de las condiciones actuales que corresponden a los recursos destinados a este sector salud de manera que no tomas los aspectos derivados del grado de pobreza, subdesarrollo, etc. a las distintas regiones provinciales. (flujograma No.1)

Los modelos de descentralización deben considerar procesos de interrelación muy exactos para su efectiva viabilización el esquema global de presupuestos donde se hace necesario desagregar la parte que corresponderá a la administración descentralizada y aquellos que continuarán formando parte de la unidad descentralizada.

FLUJOGRAMA # 1

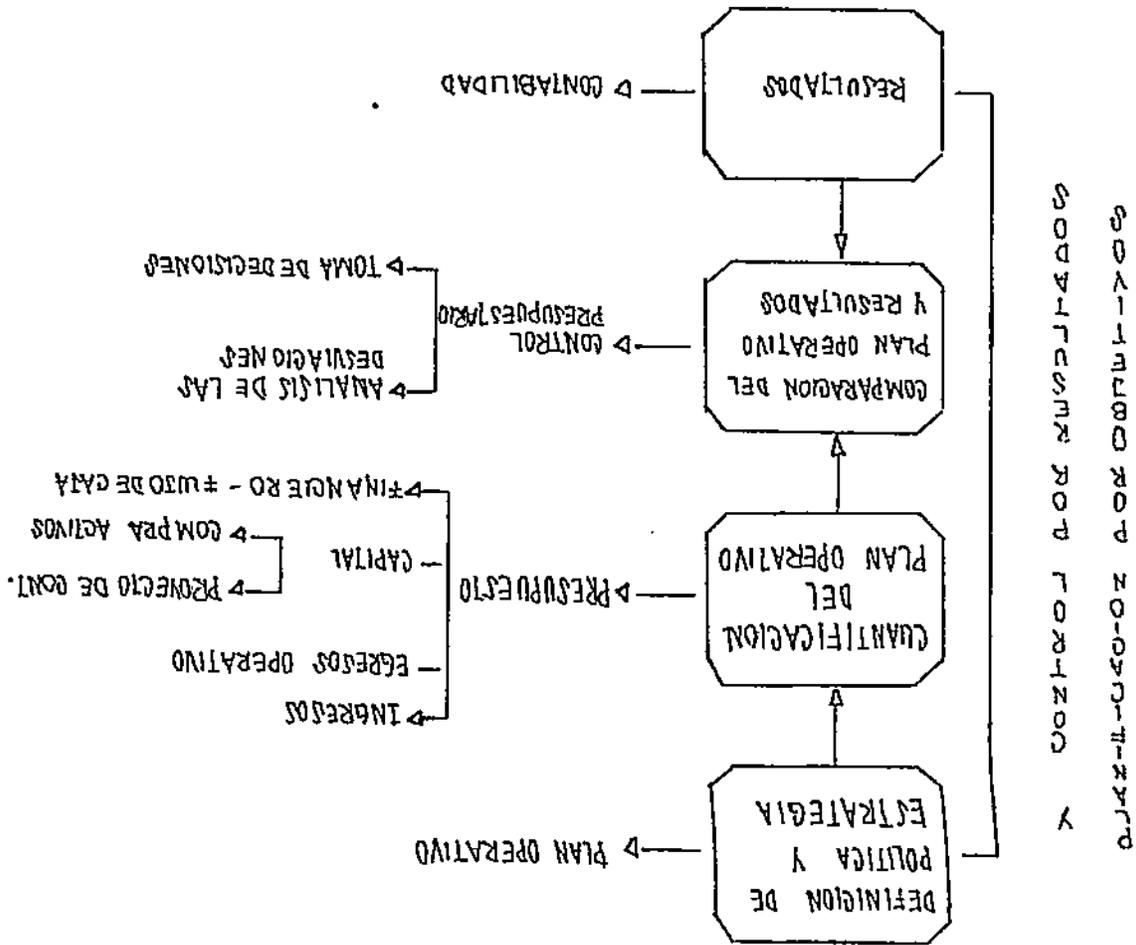


También es necesario advertir que los servicios de salud deberán establecerse en un aspecto de tiempo largo, mediano y de corto plazo, ya que no puede contarse solo con compromisos inmediatos de trabajo surgidos por creencias políticas o regionales. (flujograma No.2).

Se acompaña un flujograma donde se muestra un ejemplo como se podrían formar los presupuestos departamentales a corto, mediano y a largo plazo y se observará la dificultad de descentralizar aspectos que imprescindiblemente deben estar altamente integrados. (flujograma No.3).

Por último se presenta un modelo para manejar las organizaciones de salud, mediante los indicadores de liquidéz financiera, aspecto que hoy es discutido y que en gran parte es la causa para el deterioro de las relaciones organizacionales entre las unidades descentralizadas y la unidad centralizada, por ejemplo existe una permanente queja por la falta de envío de las remesas oportunamente para el desarrollo de las campañas preventivas de salud, lo mismo ocurre con la cancelación de salarios y otros gastos urgentes de las

FLUJIOGRAMA #2



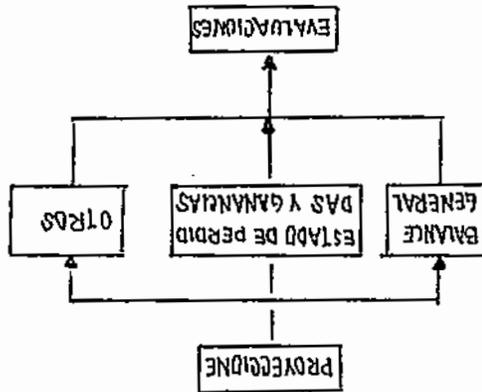
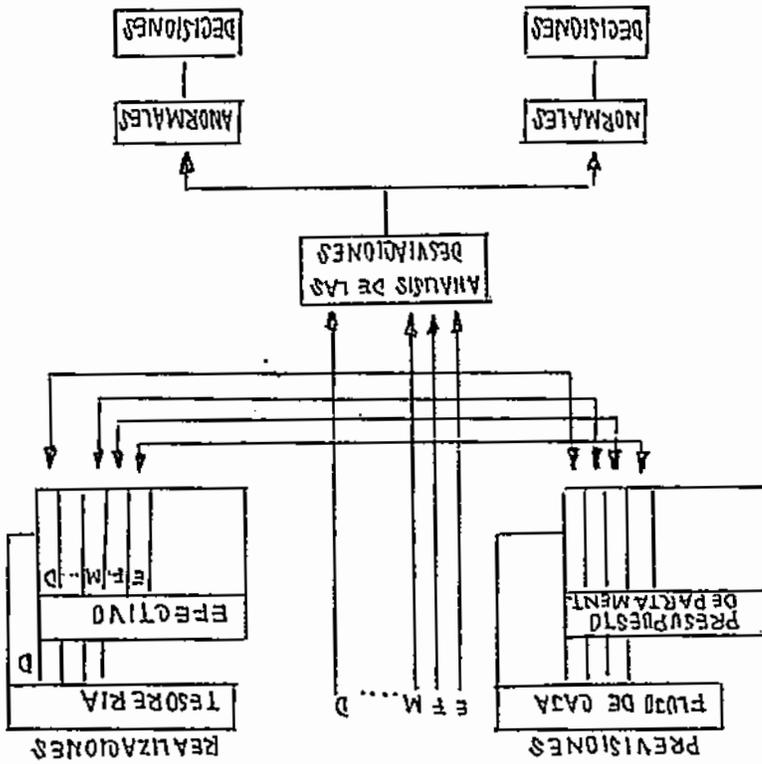
unidades sanitarias departamentales.
(flujograma No.4)

V.8.2. La Descentralización desde el punto de vista de organización administrativa.

Esta parte del modelo actúa sobre la base económica establecida en la parte financiera y tomando la Escuela "Funcionalista", el proceso organizacional comprendería los siguientes campos:

El organismo central en esa parte del modelo tiene por objeto de desarrollo la matriz del presupuesto del sector salud a nivel departamental. Tenemos el manejo de la matriz operativa de salud que comprende el sistema de toma de decisiones, la administración del presupuesto y la administración de recursos físicos y humanos a nivel departamental.

Esta parte de la matriz seguramente reproducirá dentro el nivel descentralizado departamental las actuales condiciones de salud pero resulta la más contradictoria debido a que muchos departamentos tienen distintas zonas geográficas donde el marco epidemiológico se extiende más allá de los límites



FLUJO DE CASH	E	F	M	...	D
SALDO					
7					
8					
+					
-					
TOTAL					
ACUMULADO					

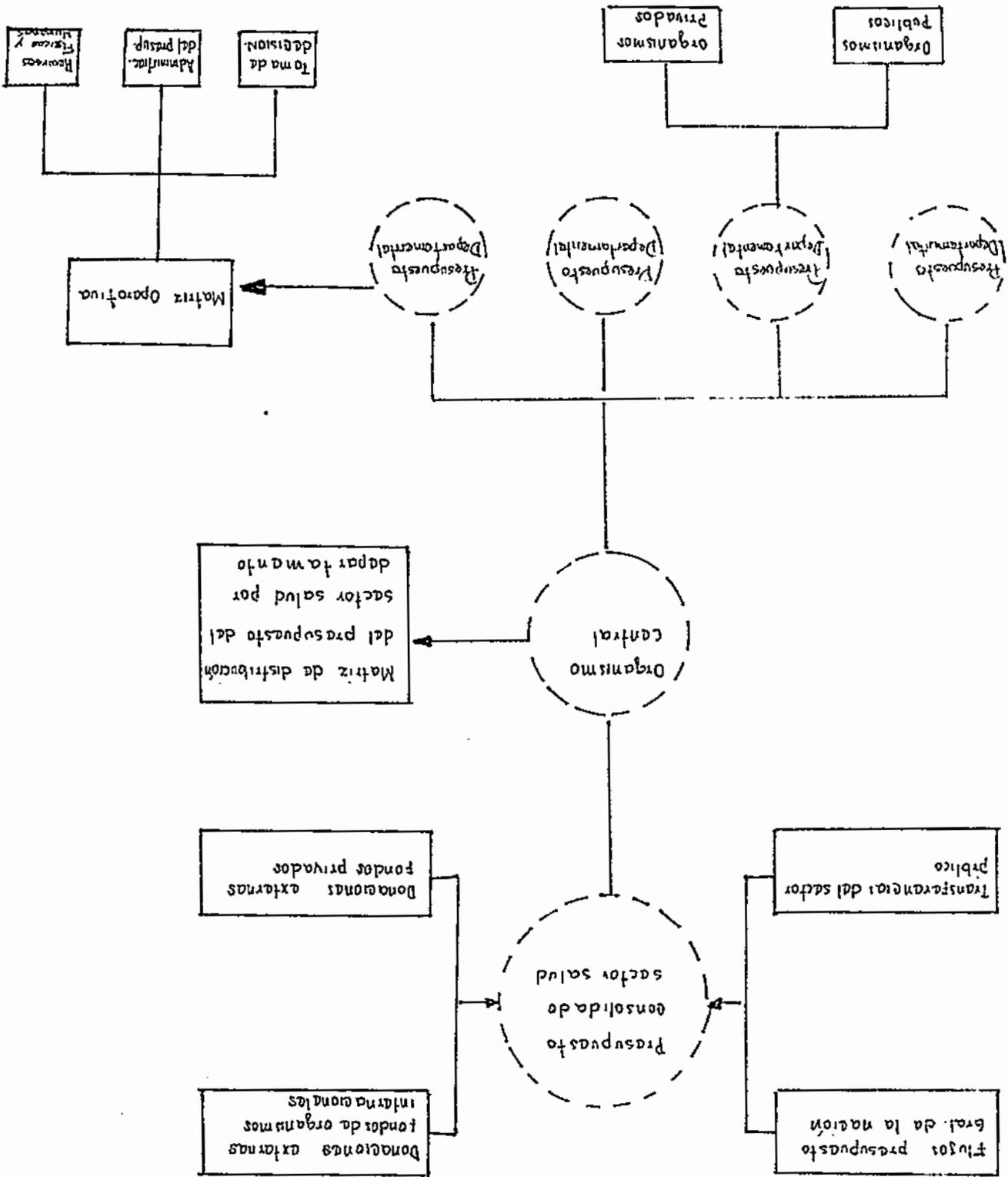
#4 FLUJOGRAMA

departamentales como ocurre con la Amazonía boliviana donde participan Pando, Beni, La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y para esta región que tiene las mismas enfermedades potenciales tendríamos 5 estructuras administrativas con sus respectivos niveles de decisión independientes, sus propios medios físicos y humanos lo cual origina una redundancia de factores con la consiguiente aplicación de deseconomías administrativas. (flujograma 5)

V.8.3. La Descentralización desde el punto de vista Jurídico.

Este punto se considera aplicable al modelo de descentralización sobre la base de los límites políticos departamentales situación que agrava el problema dado que las capitales departamentales no siempre se encuentran de acuerdo con un modelo de descentralización de naturaleza geopolítica por ejemplo el Norte de Potosí tiene más accesibilidad a los servicios de salud de Cochabamba, el Norte de La Paz a los servicios de salud del Norte del Beni, el Sud-oeste de Chuquisaca está ubicado con mayor accesibilidad a los servicios de salud de Potosí y las regiones tropicales de Cochabamba se asocian

FLUJOGRAMA # 3



más con Santa Cruz por lo tanto el sistema presupuestario no captará las necesidades departamentales, únicamente deberá tomar en cuenta áreas de influencia extradepartamentales con lo cual la distribución del presupuesto se hace más complejo y con mayor grado las nueve matrices operativas de salud.

Este proceso por lo tanto permite concluir que la descentralización de salud bajo las actuales condiciones estructurales no resulta viable ampliándose esta conclusión al examen crítico del proceso financiero administrativo-jurídico institucional que impera dentro el sistema nacional.

V.9. PRESENTACION DE UNA ALTERNATIVA DE DISCUSION.

El presente trabajo de investigación después de haber examinado las propuestas sobre el modelo de descentralización y de haber estudiado la asignación de los gastos en salud y el desarrollo de nuestros recursos humanos ha llegado a la conclusión de que la estructura económica actual está creando una brecha entre los gastos destinados a la salud en las ciudades y el campo.

En mi opinión este es el problema fundamental dentro el manejo de la organización de los servicios de salud y no como corrientemente se afirma el problema burocrático de una centralización administrativa en el Ministerio del ramo cuya operancia es objeto de quejas en todo el país por esta razón al concluir la investigación considero necesario formular una alternativa para viabilizar una asignación presupuestaria más adecuada para los servicios de salud dentro de una política de mayor cobertura en el área rural. Para este efecto debe establecerse una mejor utilización de las donaciones estatales, deben ampliarse estas para el Estado y evitar la proliferación de Organismos no Gubernamentales.

En los casos que correspondan a unidades de servicio de gran magnitud como son "Los Hospitales y Centros Clínicos" debe procederse a una descentralización administrativa, es decir, dar autonomía de gestión en determinados campos del área de decisiones sin romper la unidad administrativa que existe con las áreas de centralización.

Una mayor cobertura de los servicios, con mayor calidad a los servicios rurales podrá en gran medida facilitar la renovación de nuestra fuerza de trabajo dentro este sector, facilitar flujos migratorios a las ciudades que contarían con

personas en mejores condiciones de trabajo y se disminuya en el futuro muchos otros costos sociales que se derivan por el mal estado de salud.

Sin embargo persiste la condición estructural definida por bajos niveles de producción y productividad, que será siempre la barrera que limitará el progreso para una gran parte de la población boliviana. Esta barrera constituida como una base material es lo suficientemente fuerte como para poder reducir cualquier política de salud a los niveles mínimos de requerimiento, como se expresa en el marco teórico con la fundamentación del materialismo histórico.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VI.1. PRESENTACION DE LAS CONCLUSIONES.

El trabajo de investigación ha establecido que el desarrollo de los recursos de salud se encuentran en una etapa "incipiente" en comparación con las necesidades que demanda la población boliviana.

Los servicios de salud aún no alcanzan a cubrir a la mayoría de la población y por lo tanto existen sectores sociales totalmente marginados de los servicios de salud.

Los programas de salud son más complicados en nuestro medio porque tienen que enfrentar a una población con un alto grado de desnutrición especialmente para la población infantil que se encuentra vulnerable a cualquier tipo de afección.

De esta manera llegamos a establecer en el capítulo VII la actual situación de la salud en Bolivia la cual que presenta índices muy altos de mortalidad e morbilidad.

VI.2. INDICADORES DE SALUD.

Se establece que la esperanza de vida al nacer alcanza un promedio de 53 años que se considera una edad muy corta con relación a otros países Latinoamericanos donde la esperanza de vida pasa de 60 años (Perú, Colombia, Venezuela, etc.).

Se establece que la tasa de desnutrición en menores de cinco años alcanza al 46.5%, los indicadores de saneamiento que son explicativos de las condiciones de higiene y vivienda señalan para nuestro país que el 41.3% de la población urbana carece de agua, el 95.7% no tiene sistema de alcantarillado y el 56.7% de esta población urbana hecha basura a los vertederos ubicados en las mismas zonas ya sea en las calles, terrenos o lotes sin construcción.

En consecuencia se establece que el desarrollo de la infraestructura necesaria para preservar la salud de la población tiene un déficit que limita la calidad de los servicios prestados por el Ministerio del ramo también las organizaciones privadas de salud.

Se establece también en este trabajo de investigación que la población no cubierta por los servicios de salud alcanza a un total de 1.828.768 personas (30% de la población estimada), este importante porcentaje de la población necesita a

corto plazo ser incorporada a cualquier tipo de los servicios de salud que el país ofrece.

Se establece dentro del sistema financiero el lento desarrollo que este sector presenta con relación al manejo de recursos propios y aportes del Tesoro General de la Nación situación que origina una permanente desorganización en el aparato financiero debido a la falta de planificación en los distintos presupuestos departamentales.

VI.3. Conclusiones sobre el problema de la descentralización.

El marco teórico de la descentralización de los servicios de salud anivel nacional presenta la limitación de no corresponder a un modelo definido como una propuesta de caracter operativo.

Se ha observado que los gastos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública se han ido reduciendo de la gestión 1987 a 1988 principalmente por una disminución del nivel funcional y de gasto del aparato central asministrativo de este Ministerio; al contrario las distintas unidades departamentales han incrementado sus presupuestos de gasto.

Esta política que se observa permite concluir sobre la tendencia que sigue el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública que esta orientada a reducir el gasto de la oficina central eliminando unidades departamentales y otras oficinas con el propósito de transferir funciones a las unidades departamentales y en muchos casos transferir funciones a otras entidades. Dentro de esta relación sobre el problema de la descentralización administrativa se ha podido también establecer que la discusión entre un modelo desarrollado o en base a la división política departamental representa una alternativa que no esta debidamente orientada a la solución del problema de salud, en este sentido se concluye que la "descentralización de los servicios de salud" antes que tomar como elemento indicativo el marco jurídico y político de los límites departamentales debe partir de un modelo esencialmente desarrollado sobre el mapa epidemiológico del país. En este sentido el trabajo de investigación ofrece una alternativa de discusión donde el objetivo fundamental es que todas las unidades que presentan servicios en salud puedan utilizar un sistema de desconcentración administrativa como el primer paso para la formulación de un modelo cuyo desarrollo en el futuro podría alcanzar un mayor grado de perfeccionamiento.

ANEXO

La población tiene características de dos tipos:

- a) **Demográficas:** que son distribución espacial, distribución por sexo y edad, distribución por actividad económica, por nivel cultural, etc. Estas características se modifican en el tiempo y el espacio debido a la dinámica de los factores que determinan el crecimiento de la población (natalidad, mortalidad, migraciones). La relación de estos factores respecto a la población en un determinado período son los llamados índices o tasas, los cuales tienen un comportamiento diferenciado en el tiempo generalmente asumen una dirección descendente, por otra parte para un mismo momento las tasas son de variada naturaleza según las comparaciones geográficas que se asumen. Es así que los indicadores de los contextos urbanos serán diferentes a la de los rurales, en los primeros serán más reducidos, particularmente en lo que concierne a la fecundidad y la mortalidad.

- b) **Socio - económicas:** Cuando mencionamos las condiciones socio-económicas en las que se desarrollan las poblaciones, hacemos referencia a aspectos tales como:

- i) La infraestructura social y de servicios básicos.
- ii) El nivel de ingreso y su distribución.
- iii) La estructura socio-económicas dentro la cual se pueden mencionar: la distribución de las actividades económicas, el modo de inserción de la población económica en el aparato productivo de bienes y servicios. .
- iv) El nivel de alimentación.
- v) El nivel de nutrición, etc.,etc.

Todos los fenómenos responden pues a la base económica de un determinado país, cuando la base económica, es altamente desarrollada tiene su connotación en términos demográficos, haciendo que los indicadores respectivos como índices, tasas, etc. en magnitudes menores que cuando se compara con una base socio-económica escasamente desarrollada. Como conclusión podemos decir que los fenómenos socio-económicos determinan el comportamiento de las variables demográficas y a su vez las características demográficas influyen sobre el sistema socio-económico, lo que en otras palabras implica la interrelación existente en gran medida

entre variables demográficas y las variables socio-económicas.

Indicadores demográficos:

- 1) Tasa bruta de natalidad. es la relación numérica entre el # de nacimientos ocurridos en un determinado periodo y la población media de ese periodo. Conceptualmente indica la frecuencia con que ocurren los nacimientos respecto a un número determinado de personas (generalmente es expresados por mil).

$$1) \quad T_{bn} = \frac{N}{P} \times 1000$$

tasa bruta de natalidad

- 2) Tasa bruta de mortalidad. es la relación entre las defunciones de un periodo determinado y el promedio de la población para ese mismo lapso.

$$2) \quad T_{bm} = \frac{M}{P} \times 1000$$

tasa bruta de mortalidad

Se dice que la tasa bruta de natalidad es tal x que el denominador incluye a la población que no es objeto directo de la reproducción de la especie humana.

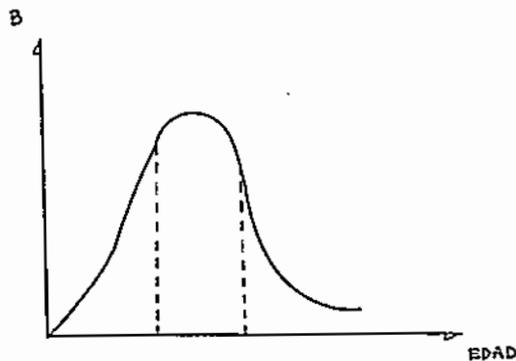
Por lo que razonando 1) tenemos:

1.a. Tasa de fecundidad general. (TFG) toma en cuenta en su denominador a la población que está expuesta a concebir y producir un nacimiento.

$$\frac{E}{P_r(15-49)} = TFG \quad P_r = F$$

Generalmente estas mujeres son las comprendidas entre los 15-49 años de edad.

Por otra parte los nacimientos no ocurren en la misma proporción en mujeres comprendidas en las distintas edades de lo que se llama unidad reproductiva.



de este hecho se constituye el indicador que se denomina:

1.b. Tasa específica de fecundidad. [b(x)]

$$b(x) = \frac{E_x \cdot K}{F_x} \quad \begin{array}{l} x = \text{edad} \\ k = \text{por mil} \end{array}$$

Significa que el número de nacimientos que sobreviven de mujeres según edad o grupo de edad.

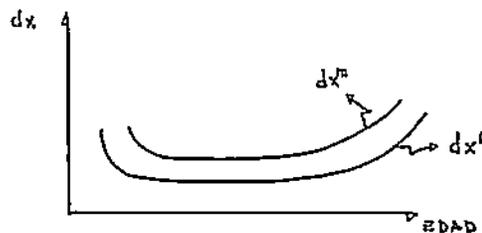
El resumen de las tasas específicas de fecundidad es el denominado:

1.c. Tasa global de Fecundidad.

$$TGF = \sum b(x) \quad (\text{edades simples})$$

Se dice que tasa bruta de mortalidad por que es un promedio que oculta todas las diferencias en mortalidad según sexo y edad, además que está afectada por la estructura de la población actual.

Como que la mortalidad esta distribuida de esta manera según edad y sexo.



Allí observamos que la mortalidad femenina es menor que la mortalidad masculina, cualquiera sea la edad. Por otra parte se observa independientemente del sexo, que la mortalidad en los primeros y últimos años de edad son más elevados que la mortalidad del resto de la población.

Entonces retomando (2) tenemos:

- 2.a Tasa específica de mortalidad (dx) que expresa la frecuencia de muertes ocurridas en la población de una determinada edad o grupo de edades.

$$dx = \frac{D_x}{P_x} \cdot k$$

- 2.b Tasa específica de mortalidad masculina (dx^m)

$$dx^m = \frac{D_x^m}{P_x^m} \cdot k$$

- 2.c Tasa específica de mortalidad femenina (dx^f)

$$dx^f = \frac{D_x^f}{P_x^f} \cdot k$$

Un indicador que refleja el estado de desarrollo socio-económico de un país es el denominado:

2.d MORTALIDAD INFANTIL (MI^c) que no es más que la relación en un año dado entre el número de defunciones de niños de menos de un año y el efecto de los nacimientos vivos.

$$MI_t = \frac{D_{0t}}{B_t} \times k$$

D₀ => población que no ha cumplido el primer año.

Al indicador anterior podemos agregar un otro que también expresa el estado de desarrollo de un país o de una región este indicador se llama:

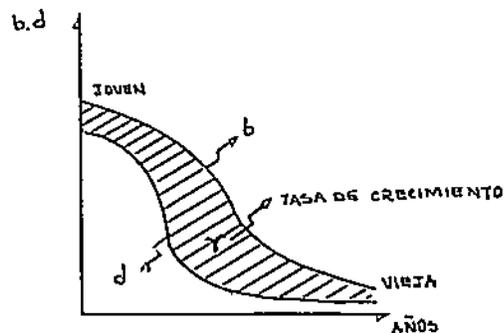
3. ESPERANZA DE VIDA. EX^o. La esperanza de vida expresa el número de años que le queda por vivir en promedio a la población que sea cumplido una determinada edad o esta en el intervalo de un grupo de edades por tanto la esperanza de vida al nacer en Bolivia es de 58 años.

Si la tasa global de fecundidad en los países desarrollados superaban en un poco más a los 2 hijos en los países subdesarrollados esta tasa esta por encima de los 4 hijos. Por otra parte si la tasa bruta de mortalidad en los países desarrollados es inferior al 9 por 1.000, en los países subdesarrollados el indicador supera los 14 por 1.000 si la tasa de mortalidad infantil en los países

desarrollados esta por debajo de los 25 en los subdesarrollados esta por encima de los 60.

En el caso de Bolivia, la mortalidad infantil esta por encima de los 100 por 1.000, la tasa global de fecundidad al rededor de 5 hijos y la esperanza de vida al nacer que no alcanza a los 60 años y una tasa bruta de mortalidad esta entre el 14 y 15 por 1.000

La transición Demográfica.



El encuentro de la población esta dado..

$$\Delta P = B - D \text{ (Población cerrada)}$$

$$\Delta P = B - D + I - E \text{ (Población abierta por el factor migratorio).}$$

$$B - D = \text{incremento vegetativo (V)}$$

$$I - E = \text{incremento migratorio (M)}$$

Dividiendo entre P:

$$\frac{\Delta P}{P} = r = b - d \text{ (tasa de crecimiento vegetativo).}$$

$$r = b - d \pm n \text{ (tasa de crecimiento neto).}$$

La transición demográfica es un concepto considerado por muchos especialistas en población como una teoría que explica los siguientes aspectos.

- i) Los países hoy altamente desarrollados en siglos pasados presentaban altas tasas de natalidad y mortalidad y casi generalmente su tasa de crecimiento era reducida e inclusive tendiente a ser nula.

- ii) Como respuesta a la elevación del nivel de vida de la población producto de los descubrimientos tecnológicos en materia de medicina y todo lo relacionado a extender la esperanza de vida así como el desarrollo económico, la mortalidad empieza a descender aunque al principio levemente pero después con mayor intensidad, había encontrarse en niveles reducidos en los tiempos más recientes.

Este proceso descenso es concomitante con los procesos de urbanización y la restrucción de la economía, es decir el cambio de una economía mayormente agraria hacia una economía industrial y organizada.

iii) La natalidad como respuesta a los anteriores procesos también empieza a descender pero de una manera desfasada con respecto a la mortalidad sin embargo este descenso es más intenso en los tiempos presentes hasta encontrarse niveles reducidos.

Finalmente el proceso anterior expresa por lo menos dos etapas:

1^{ra} Que por fase del tiempo entre la fecundidad y mortalidad respecto a su descenso ha provocado cada vez una mayor tasa de crecimiento de población.

2^{da} El descenso de las variables tienden a encontrarse hasta reflejar niveles reducidos.

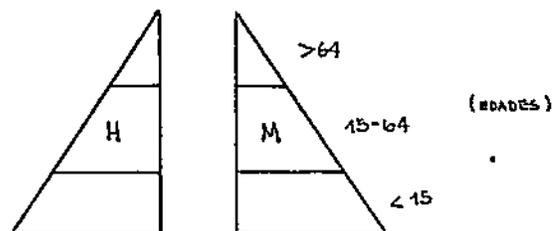
De aquí nace lo expresado de que "la población con el tiempo crece" en sentido logístico concepto argumentado por Gampeter; mediante la Ley de Gampeter la población crece lentamente en la 1^{ra} y con velocidad mayor en la 2^{da} etapa y en la última lentamente.

Consecuentemente lento obedece a situaciones de escaso desarrollo de los países con predominio rural. La última etapa corresponde a

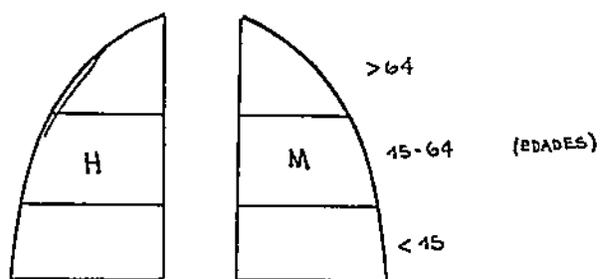
situaciones de alto desarrollo con predominio de actividades industriales y sector terciario modernizado.

Consecuentemente la segunda etapa corresponde a los procesos de cambio de los estados de desarrollo de los países.

En términos de estructura de edades, el proceso anotado significa que las poblaciones con alta mortalidad y alta natalidad son las denominadas "poblaciones jóvenes", con un alto porcentaje en la población < 15 años y una escasa significación en la población con edades avanzadas.

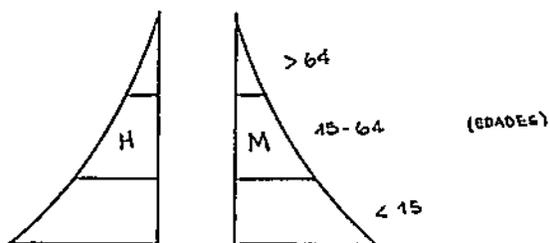


Los países de baja natalidad y mortalidad presentan una estructura denominada "población vieja" donde se destaca una reducción importante en los menores de 15 años y un aumento considerable en la población supuestamente productiva (15-64) y en edad avanzada.



En la etapa intermedia o rejuvenecedora la base de la población adquiere una importancia mucho más significativa, la población entre los 0-15 años aproximadamente representa el 50% de la población total.

Este mayor rejuvenecimiento de la población es el resultado de que las acciones en materia de protección de la salud y todas las políticas sanitarias favorecen a la población infantil.



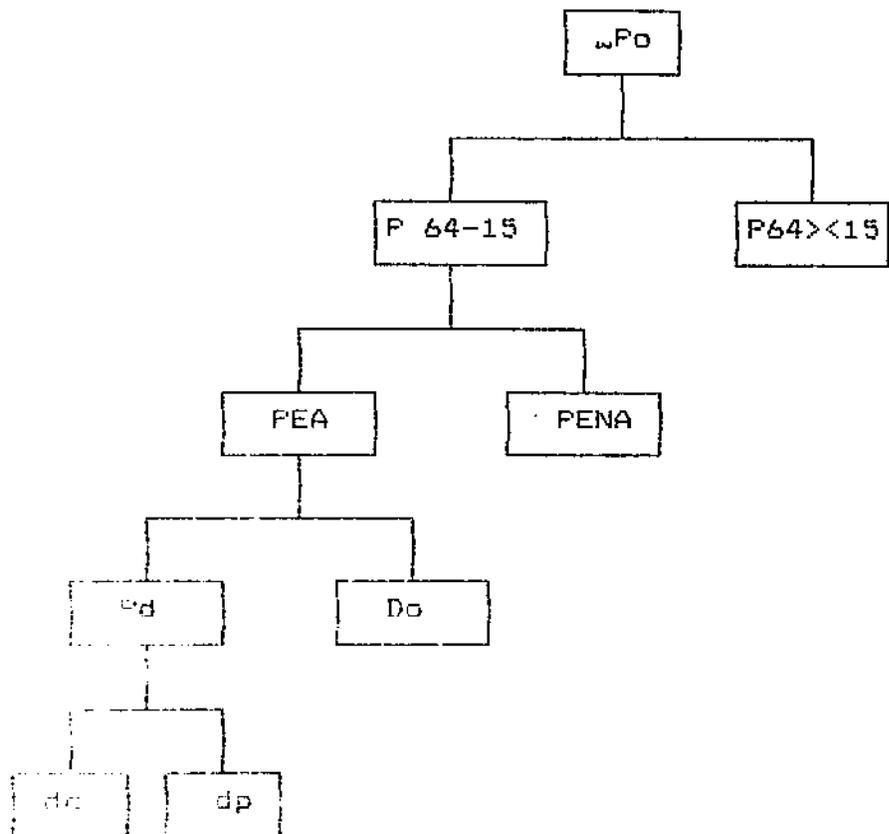
La Población Económicamente Activa. PEA

Es aquella que a partir de una edad alcanzada (15 años) esta dispuesta a participar en la actividad económica desarrollando tareas en la producción de bienes y generación de servicios.

A partir de esta definición se puede decir que la PEA esta compuesta por:

- Ocupados
- Desocupadoscesantes
 principiantes

La Población Económicamente no activa. PENA Es aquella compuesta por amas de casa, estudiantes, jubilados, jubiladas y otros.



Población.

En el sentido más habitual es el resultado de la coexistencia de un centenar de generaciones en la cual se definen diversas subpoblaciones (población censada, PEA, etc.)

Desde un punto de vista más general toda población puede ser considerada como un conjunto en el cual entran

individuos permanecen durante cierto tiempo (tiempo de presencia) y del cual salen.

Distinguir en una población en el sentido más habitual las diversas subpoblaciones de que esta formada, equivale a hacer estudios de estructura.

La población tiene sus características propias en cuanto a su concepción demográfica.

- i) El volumen: que generalmente se refiere al número de personas para un determinado momento en el espacio geográfico considerado.
- ii) La estructura: no es más que la distribución de la población de uno y otro sexo entre las distintas edades o grupos de edades expresadas en porcentajes.
- iii) Distribución espacial: como esta distribuida la población y la atención a las distintas geográfico-administrativas que se generan en el interior de un país, pueden ser: urbano, rural, regional.

1. ... de los ... (1978).

2. ... (1979).

3. ... y Salud. INR. 1989.

4. ... (1988).

5. ... de Hospitales. Banco ...

6. ... (1988).

7. ... (1988).

8. ... (1988).

9. ... (1988).

10. ... (1988).

11. ... (1988).

12. ... (1988).

13. ... (1988).

14. ... (1988).

15. ... (1988).

16. ... (1988).

17. ... (1988).

18. ... (1988).

19. ... (1988).

20. ... (1988).

21. ... (1988).

22. ... (1988).

23. ... (1988).

24. ... (1988).

25. ... (1988).

26. ... (1988).

27. ... (1988).

28. ... (1988).

29. ... (1988).

30. ... (1988).

31. ... (1988).

32. ... (1988).

33. ... (1988).

34. ... (1988).

35. ... (1988).

36. ... (1988).

37. ... (1988).

38. ... (1988).

39. ... (1988).

40. ... (1988).

41. ... (1988).

42. ... (1988).

43. ... (1988).

44. ... (1988).

45. ... (1988).

46. ... (1988).

47. ... (1988).

48. ... (1988).

49. ... (1988).

50. ... (1988).

51. ... (1988).

52. ... (1988).

53. ... (1988).

54. ... (1988).

55. ... (1988).

56. ... (1988).

57. ... (1988).

58. ... (1988).

59. ... (1988).

60. ... (1988).

61. ... (1988).

62. ... (1988).

63. ... (1988).

64. ... (1988).

65. ... (1988).

66. ... (1988).

67. ... (1988).

68. ... (1988).

69. ... (1988).

70. ... (1988).

71. ... (1988).

72. ... (1988).

73. ... (1988).

74. ... (1988).

75. ... (1988).

76. ... (1988).

77. ... (1988).

78. ... (1988).

79. ... (1988).

80. ... (1988).

81. ... (1988).

82. ... (1988).

83. ... (1988).

84. ... (1988).

85. ... (1988).

86. ... (1988).

87. ... (1988).

88. ... (1988).

89. ... (1988).

90. ... (1988).

91. ... (1988).

92. ... (1988).

93. ... (1988).

94. ... (1988).

95. ... (1988).

96. ... (1988).

97. ... (1988).

98. ... (1988).

99. ... (1988).

100. ... (1988).

BIBLIOGRAFIA