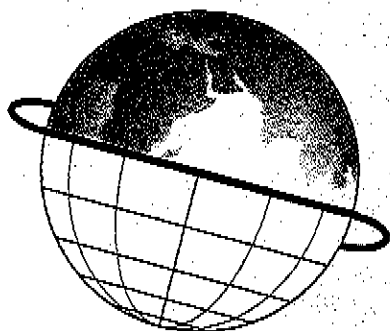


**Serie "Macroeconomía,
Salud y Desarrollo"**



Número 10



**Organización Mundial de la Salud
Ginebra, septiembre de 1994**

WHO/ICO/MSD.18
Original: inglés
Distribución: limitada

**El ajuste
macroeconómico
y sus repercusiones
en el sector de la
salud de Bolivia**

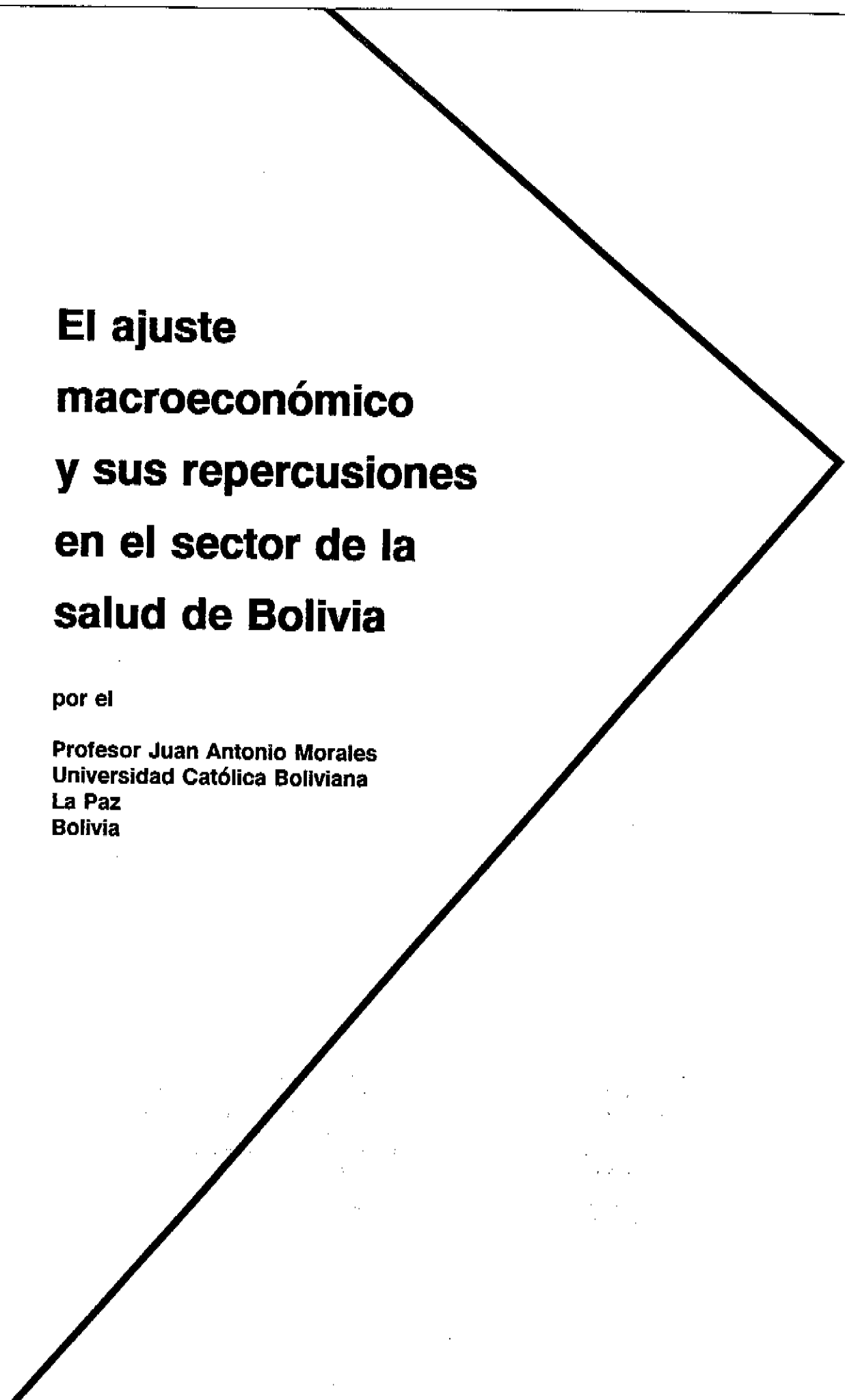
Bolivia

Documento de país

Serie «Macroeconomía, Salud y Desarrollo» N° 10

Los restantes títulos de la serie «Macroeconomía, Salud y Desarrollo» son los siguientes:

- N° 1: Macroeconomic Evolution and the Health Sector: Guinea, Country Paper - WHO/ICO/MESD.1**
- N° 2: Une méthodologie pour le calcul des coûts des soins de santé et leur recouvrement: Document technique, Guinée - WHO/ICO/MESD.2**
- N° 3: Debt for Health Swaps: A source of additional finance for the health system: Technical Paper - WHO/ICO/MESD.3**
- N° 4: Macroeconomic Adjustment and Health: A survey: Technical Paper - WHO/ICO/MESD.4**
- N° 5: La place de l'aide extérieure dans le secteur médical au Tchad: Etude de pays, Tchad - WHO/ICO/MESD.5**
- N° 6: L'influence de la participation financière des populations sur la demande de soins de santé: Une aide à la réflexion pour les pays les plus démunis: Principes directeurs - WHO/ICO/MESD.6**
- N° 7: Planning and Implementing Health Insurance in Developing countries: Guidelines and Case Studies: Guiding Principles - WHO/ICO/MESD.7**
- N° 8: macroeconomic Changes in the Health Sector in Guinea-Bissau: Country Paper - WHO/ICO/MESD.8**
- N° 9: Macroeconomic Development and the Health Sector in Malawi: Country Paper - WHO/ICO/MESD.9:**



**El ajuste
macroeconómico
y sus repercusiones
en el sector de la
salud de Bolivia**

por el

**Profesor Juan Antonio Morales
Universidad Católica Boliviana
La Paz
Bolivia**

El presente documento no se distribuye al público en general, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reserva todos los derechos al respecto. El documento no puede ser comentado, resumido, citado, reproducido o traducido, ni en su totalidad ni en parte, a menos que la OMS lo autorice previamente por escrito. Ninguna parte de él puede introducirse en un sistema de almacenamiento de datos ni difundirse en forma alguna ni por medio alguno, sea éste electrónico, mecánico o de otro tipo, sin autorización escrita previa de la OMS.

Las opiniones expresadas en los documentos por autores cuyo nombre se menciona son de la responsabilidad exclusiva de éstos.

INDICE

	<u>Página</u>
Introducción	1
1. Antecedentes	3
1.1 Evolución económica entre 1980 y 1990	3
1.2 Inflación y estabilización	5
1.3 Condiciones sociales	7
2. Gasto sanitario y público	9
2.1 La crisis fiscal	9
2.2 Gasto en salud	11
2.3 Cambios de la política sanitaria	12
3. Principales características del suministro de servicios de salud	13
3.1 La salud en el sistema de seguridad social	13
3.2 La red de servicios de salud del MPSSP	15
3.3 El sector privado	18
4. Perspectivas y política a plazo medio	19
4.1 Aumento del esfuerzo fiscal	19
4.2 Aspectos de la recuperación de costos	19
4.3 Descentralización	19
4.4 Ingresos procedentes de la privatización	20
4.5 Intercambios entre deuda y gasto	21
Conclusiones	22
Agradecimientos	22
Notas	22
Bibliografía	23

...the patient's condition is not improved by the treatment...

...the patient's condition is not improved by the treatment...

...the patient's condition is not improved by the treatment...

...the patient's condition is not improved by the treatment...

...the patient's condition is not improved by the treatment...

...the patient's condition is not improved by the treatment...

...the patient's condition is not improved by the treatment...

...the patient's condition is not improved by the treatment...

...the patient's condition is not improved by the treatment...

...the patient's condition is not improved by the treatment...

...the patient's condition is not improved by the treatment...

...the patient's condition is not improved by the treatment...

Introducción

Los indicadores del estado de salud de Bolivia han figurado tradicionalmente entre los más pobres de América Latina y el mundo, aunque el ingreso por habitante de US\$ 630 (cifra de 1989) sitúa a Bolivia en el grupo de países de ingreso medio inferior. Las cifras sugieren la existencia de importantes problemas de distribución o de graves ineficacias en la producción de servicios sociales. Esas características hacen que Bolivia sea un caso interesante para el análisis, que permite identificar con facilidad las posibilidades de mejora.

Entre 1965 y 1980 se produjeron algunos avances moderados de ciertos indicadores sociales, pero se perdió el impulso con la grave crisis macroeconómica de los años ochenta. La crisis económica de la primera mitad del decenio 1980-1989 fue extraordinaria en varios sentidos. El producto interior bruto (PIB) descendió cada año entre 1982 y 1985 (también bajó en 1986) y la hiperinflación de esos años carecía de precedentes en América Latina.

En el último trimestre de 1985 se emprendió un programa ortodoxo de tipo FMI, que finalmente detuvo la hiperinflación. El programa de estabilización se acompañó de reformas estructurales muy audaces y, como consecuencia, el modelo de desarrollo de Bolivia, caracterizado por una amplia participación estatal, dio un giro casi total.

Los principales puntos de examen que surgen de nuestro análisis son los siguientes. Los resultados obtenidos hasta la fecha con el nuevo modelo de desarrollo son mixtos. Por una parte existen síntomas claros de recuperación del crecimiento del PIB, del empleo, de los sueldos reales y del gasto público en sectores sociales. Por otra parte, el avance ha sido lento y depende excesivamente de la (fluctuante) ayuda extranjera. El PIB por habitante fue en 1990 todavía un 25% inferior al de 1980. En 1991 se logró una tasa significativa de crecimiento del PIB por habitante, pero persisten las dudas respecto de su sostenimiento a plazo medio. Parte de los modestos resultados del crecimiento puede explicarse por el hecho de que las principales exportaciones de Bolivia experimentaron una enorme caída de los precios en la segunda mitad del decenio 1980-1989.

El rendimiento macroeconómico afecta al estado de salud de la población de distintos modos. (Véase un marco analítico que vincula los cambios de la macroeconomía con los cambios del estado de salud y otros indicadores de bienestar en Cornia, 1987.) A diferencia de otras publicaciones, insistimos en los efectos de la política fiscal. Opinamos que el presupuesto fiscal constituye uno de los canales más directos de transmisión de los desequilibrios macroeconómicos al sector de la salud. Afirmamos que el rigor fiscal y las pérdidas de cobertura de la seguridad social figuran entre los determinantes más importantes del estado de salud y de otros indicadores conexos del bienestar para la mayoría de la población de Bolivia.

El programa de estabilización y las reformas estructurales implicaban importantes costes sociales. Como consecuencia del programa resultaron muy importantes las pérdidas de empleo y en particular el deterioro de la calidad de los trabajos. Asimismo, el presupuesto de salud y otros elementos del presupuesto fiscal sufrieron inicialmente un corte dramático adicional. Ese corte seguía a la serie de reducciones de los años precedentes, pero fue más intenso.

Pese a la disminución de la aportación pública, los indicadores del estado de salud no parecen haber sido dañados (por ejemplo, no hubo pérdidas de los recursos). El costo de la crisis tiene que evaluarse en términos del descenso de la tendencia a mejorar más que en términos de disminución de los niveles de los indicadores.

La actual situación fiscal es todavía frágil. Ello también es cierto por lo que respecta al presupuesto sanitario. La aparente mejora observada en el pasado reciente se debe a los donativos extranjeros y al cobro de honorarios para la recuperación de los costos. Bolivia gasta todavía en salud pública una parte del PIB inferior a la de sus países vecinos de renta media.

La contribución de las organizaciones no gubernamentales (ONG) es muy importante y probablemente aumentará. Ahora bien, las ONG son sustitutos imperfectos de muchos (no todos) los servicios del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (llamado en adelante MPSSP). Es improbable que alcancen más extensión otras formas de participación privada en el sector de la salud distintas a las ONG y todavía más improbable que atiendan a los pobres. Dentro del suministro total de servicios de salud, no parece que una amplia participación de los servicios privados sea una elección factible a plazo medio, teniendo en cuenta el objetivo amplio y generalmente aceptado de la salud para todos. También hemos de afirmar que la utilización del producto de la privatización de las empresas públicas y de los intercambios de deuda extranjera, si bien tienen la posibilidad de proporcionar recursos adicionales a corto plazo para el sector de la salud en forma inmediata, son sustitutos imperfectos de la tributación a largo plazo.

El documento está organizado del siguiente modo. En la sección 1 examinamos los recientes acontecimientos macroeconómicos y sociales registrados en Bolivia. Presentamos un análisis de la crisis muy grave de los años ochenta y de sus secuelas. En la sección 2 examinamos los aspectos del gasto sanitario y público. La sección 3 está dedicada a describir las principales características del suministro de servicios de salud. Se indican en líneas generales los elementos fundamentales de la estructura de los servicios de salud de Bolivia y de la interacción entre los sistemas privado y público. La sección 4 proporciona un examen inicial de las perspectivas y la política a plazo medio y de los medios para aumentar las sumas dedicadas al sector de la salud. La última sección está dedicada a las conclusiones.

1. Antecedentes

1.1 Evolución económica entre 1980 y 1990

El cuadro 1 permite apreciar la gravedad de la crisis de los años ochenta. Puede observarse que el PIB descendió cada año entre 1982 y 1986 (cuadro 1). La situación económica comenzó a mejorar sólo en 1987, pero en tasas moderadas que coincidían aproximadamente con la tasa de crecimiento demográfico. A fines de 1990 el PIB por habitante alcanzaba sólo el 75% de su valor de 1980 (véase también la figura 1). El consumo privado por habitante bajó en la misma proporción que el PIB por habitante, pero el consumo público por habitante descendió mucho más que el PIB por habitante. Teniendo en cuenta que un elevado porcentaje del consumo público consiste en transferencias a los pobres de las zonas urbanas, el descenso empeoró su situación más que el término medio.

Entre 1980 y 1990 se produjo un desalentador descenso del rendimiento de la mayor parte de los sectores de producción de mercancías. Son especialmente dignas de señalar las pérdidas de producción de la minería. El rendimiento agrícola quedó en gran parte estancado. Es preciso destacar que si se desglosa el rendimiento agrícola en el rendimiento de la agricultura comercial y el de la agricultura tradicional, el estancamiento de la última resulta mucho más manifiesto. Ello tuvo importantes repercusiones para el bienestar de los bolivianos más pobres.

Junto a la producción también bajó el volumen de las exportaciones, por lo menos hasta 1985. En 1987 se produjo un nuevo descenso debido al cierre de las minas de estaño, provocado a su vez por la enorme disminución del precio internacional del estaño que se produjo en el último trimestre de 1985 y dura hasta ahora. Entre 1988 y 1990 se observó una fuerte recuperación de las exportaciones reales, que puede explicarse por las nuevas exportaciones de soja, madera y ganado. La recuperación podría exagerarse porque se partía de cifras de base bajas. Obsérvese que el valor de las exportaciones en dólares corrientes en 1990 era todavía inferior a su valor de 1980.

En los años 1982-1985 se produjo también una crisis de las inversiones fijas. Esta tuvo consecuencias muy importantes para la tasa de crecimiento a plazo medio. A partir de 1987 se recuperaron las tasas de inversión, impulsadas principalmente por las inversiones públicas. Pese al objetivo principal de las reformas políticas de 1985, que consistía en conceder un lugar más importante a la inversión privada en el desarrollo económico de Bolivia, el sector privado ha reaccionado lentamente. Esto parece una característica normal después de un largo período de inestabilidad macroeconómica. Incluso una remota posibilidad de cambio de política influye en el valor de la opción de espera para los inversores privados. Eso retrasa las inversiones, sobre todo las de carácter irreversible.

La inversión pública resultó factible debido a la disponibilidad de nuevos créditos extranjeros. La importancia de las sumas extranjeras para financiar las inversiones puede evaluarse también observando los déficits muy altos de la cuenta corriente de la balanza de pagos (en porcentaje del PIB). La recuperación económica de Bolivia de los últimos seis años ha dependido en gran parte de los donati-

vos extranjeros y de la concesión de créditos. Plantea un posible problema la incertidumbre respecto a la permanencia a plazo medio de esos flujos oficiales.

Cuadro 1: Bolivia, indicadores económicos primordiales, 1981-1990

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Tasas de crecimiento anuales (porcentajes)										
Producto interior bruto (PIB)	0,9	-4,4	-4,5	-0,6	-1,0	-2,5	2,6	3,0	2,7	2,6
Agricultura	-0,9	6,9	-17,2	19,0	7,7	-3,5	3,5	2,4	-1,5	-1,5
Minería	3,1	-7,8	-9,2	-18,7	-18,6	-26,5	1,5	41,0	25,3	13,4
Hidrocarburos	5,1	5,7	-4,0	-2,2	-0,6	-1,8	1,5	3,4	4,4	3,8
Fabricación	-7,8	-12,4	0,2	1,0	-8,3	1,9	2,5	5,4	3,5	3,7
Servicios	2,6	-2,7	1,2	-4,7	-0,4	-1,4	2,0	-0,1	1,3	2,0
PIB por habitante	-1,7	-6,9	-7,0	-3,3	-3,6	-5,1	-0,2	0,2	-0,1	-0,2
Consumo total por habitante	7,4	-13,5	-1,5	-3,8	3,7	-7,1	0,4	-3,8	-4,1	-1,0
Inversiones fijas	-19,1	-5,2	-41,3	-14,8	-25,7	6,2	11,0	15,6	3,6	-4,6
Exportaciones reales	-4,1	2,2	-0,2	-3,3	-5,9	16,1	-2,5	6,1	23,7	11,5
Precios al consumo (diciembre a diciembre)	25,1	296,6	328,5	2177,2	8170,5	66,0	10,7	1,5	16,6	18,0
Sueldos reales (diciembre a diciembre)	ND	ND	ND	ND	ND	3,6	34,4	18,0	1,2	8,6
Indices (1980 = 100)										
PIB por habitante	98	92	85	82	79	75	75	75	75	75
Consumo total por habitante	107	93	91	88	91	85	85	82	79	78
Consumo privado	114	93	93	91	99	91	91	85	83	82
consumo público	77	94	84	76	53	56	56	66	58	59
Relación real de intercambio	100	98	102	101	94	86	70	61	68	70
Relaciones (porcentajes)										
Inversiones fijas (PIB)	11,0	13,8	8,6	8,5	7,2	9,5	10,3	12,2	12,1	11,9
Déficit público (PIB)	7,6	14,2	17,9	23,6	9,8	2,3	6,7	5,5	4,2	2,7
Tasa de desempleo	5,2	6,6	8,5	7,4	6,2	5,5	6,7	7,8	7,2	ND
Déficit actual de la balanza de pagos (PIB)	14,3	6,3	6,9	7,2	16,3	11,1	12,8	11,4	8,6	7,6
Deuda extranjera (PIB)	65,2	78,9	102,4	117,6	116,2	112,0	116,8	103,9	84,9	90,0
Otros indicadores (US\$ millones)										
Exportaciones de mercancías y servicios	1 000	904	852	807	722	705	653	673	868	956
Deuda extranjera	2 273	2 837	3 255	3 372	3 511	4 070	4 641	4 451	3 894	4 204

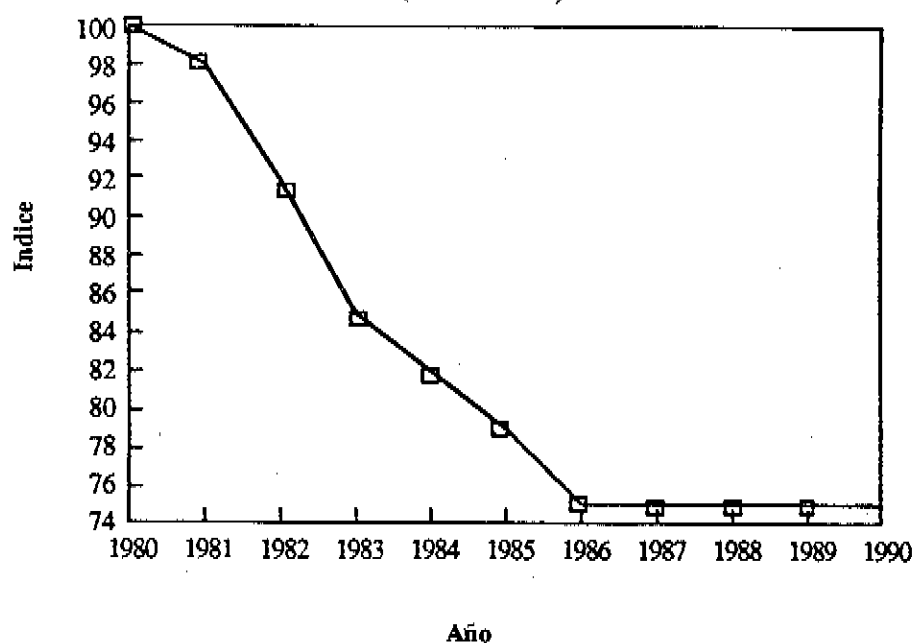
Los indicadores sobre la evolución de las cuentas nacionales proceden de los datos del Instituto Nacional de Estadística, del Boletín Estadístico del Banco Central, 1991, y del Banco Mundial, 1991. Los datos sobre precios y sueldos proceden del Ministerio de Planeamiento, Unidad de Análisis de Políticas Económicas (UDAPE), 1991. Los datos sobre la balanza de pagos proceden del Banco Mundial, 1991. Los datos sobre la deuda extranjera proceden del Banco Mundial, Cuadros sobre la deuda mundial, edición de 1980-1990, excepto los de 1989-1990. Las cifras correspondientes a 1989-1990 proceden de la UDAPE (1991).

Bolivia acumuló una elevada deuda extranjera en los años setenta. Esta continuó creciendo en proporciones muy elevadas durante los primeros años del decenio 1980-1989, pues los atrasos en los pagos de intereses quedaron capitalizados en el principal. Afirmamos que la acumulación producida entre 1982 y 1985 no se debió principalmente a desembolsos de la deuda sino a los intereses capitalizados.

Sólo después del programa de estabilización del último trimestre de 1985 llegaron préstamos frescos. Obsérvese la alta proporción de la deuda en relación con el PIB alcanzada en 1987.

En 1988 se concertó una operación de rescate con los acreedores extranjeros privados. Esa operación y el intercambio de deuda con Argentina a fines de 1989 redujeron el volumen de la deuda en términos absolutos y en porcentaje del PIB. En 1990, la relación entre la deuda y el PIB bajó al 90%. Es inquietante observar que tras el alivio obtenido con las cancelaciones de deuda de 1988 y 1989, el volumen de la deuda está aumentando de nuevo con un ritmo relativamente rápido. Además, esta nueva deuda se contrae principalmente con acreedores multilaterales oficiales; ahora bien, estos acreedores con concesiones son más rígidos en la renegociación de las condiciones, si llega el caso, que los acreedores comerciales.

Figura 1: Producto interior bruto por habitante
Bolivia, 1980-1990
(Fuente: Cuadro 1)
(1980 = 100)



1.2 Inflación y estabilización

Como consecuencia de la crisis internacional de la deuda que hizo explosión en 1982, pero sin deberse totalmente a ella, Bolivia sufrió una intensa inflación, que llegó a ser una hiperinflación entre marzo de 1984 y agosto de 1985. (El aumento de los precios en esos 17 meses llegó a ser del 62,314%.)

En el último trimestre de 1985, el Gobierno del Presidente Paz Estensoro lanzó un drástico programa de estabilización del tipo FMI. En contraste con otros programas de tipo FMI, el boliviano no incluía la reanudación del servicio de la deuda a los acreedores extranjeros privados. Sin embargo, el núcleo del programa

era la corrección fiscal, que incluía inicialmente fuertes cortes de los gastos y el empleo públicos. El programa de estabilización de 1985 tuvo importantes costos sociales, más en forma de pérdidas de empleo, deterioro de la calidad de los trabajos y reducciones de las transferencias gubernamentales a los pobres, como indicamos más adelante, que en términos de descenso de los sueldos reales. Tras una disminución inicial, estos últimos se recuperaron con rapidez, por lo menos en el sector privado (véase de nuevo el cuadro 1).¹ Los datos sobre el desempleo del cuadro 2 merecen cuidadosa consideración. La situación es probablemente más grave de lo que representan las cifras del cuadro 1, teniendo en cuenta las numerosas deficiencias de los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE).

Pese a los costes sociales, que no pueden ignorarse, deben subrayarse dos éxitos del programa. En primer lugar se contuvo rápidamente la inflación. En el segundo trimestre de 1986, la tasa de inflación era del 1,2% aproximadamente por mes (cerca del 15% al año). En segundo término, el descenso de la inflación significó el restablecimiento de la autoridad y, en gran medida, de la legalidad. El Gobierno pudo emprender la preparación de políticas de desarrollo, como de hecho hizo.

Tras la estabilización se produjeron importantes reformas estructurales. Se procedió a liberalizar casi todos los mercados de mercancías y servicios. Una importante excepción es el mercado de la tierra. Todavía rige toda la reglamentación de la ley de reforma agraria de 1985, que limita la venta de tierras agrícolas. El Parlamento de Bolivia está examinando un proyecto de ley para privatizar la mayoría de las empresas públicas que producen mercancías en mercados competitivos. Asimismo, la ley sobre minería e hidrocarburos, aprobada en 1990, concede un trato muy liberal al capital extranjero. El Gobierno de Bolivia estima que la privatización es la reforma estructural más importante del próximo futuro.

Poco después del programa de estabilización descendieron fuertemente los precios de las dos principales exportaciones de Bolivia, el estaño y el gas natural. Morales (1992) considera que las pérdidas de ingresos acumuladas en 1985-1989 supusieron el 10% del PIB de 1985. Esa cifra ilustra la magnitud de las transferencias de ingresos hacia el extranjero a través del deterioro de la relación real de intercambio. Bolivia compensó en parte las pérdidas de ingreso con las importantes reducciones de la deuda que obtuvo.

En los últimos siete años se ha observado una estabilidad de precios (véase de nuevo el cuadro 1), pese al grave deterioro de la relación real de intercambio. La tasa de inflación ha fluctuado entre el 11% y el 22%. Es todavía alta en comparación con la de los países industrializados, pero es baja respecto a los niveles latinoamericanos.

El dramático fenómeno de la hiperinflación ha dejado una marca indeleble. El miedo a la vuelta de la inflación condiciona gravemente las actuales decisiones en política económica, hasta el punto de que a veces ésta no es plenamente entendida por los observadores extranjeros.

1.3 Condiciones sociales

Bolivia sigue siendo uno de los países más pobres de América Latina, con una renta por habitante de US\$ 630,00. Desafortunadamente no se poseen datos recientes sobre la distribución de la renta, pero indicaciones parciales muestran que la de Bolivia es tan desigual como la de los restantes países latinoamericanos. Conforme a las estimaciones de R. Morales (1984), el 80% de la población está por debajo de la línea de pobreza y puede considerarse indigente un alto porcentaje de la población (el 60%).² La pobreza es en gran parte un fenómeno rural, como en la mayoría de los países menos adelantados. Ahora bien, el porcentaje de familias con rentas inferiores a la línea de pobreza es también alto entre los trabajadores autónomos urbanos.

Los indicadores sociales del cuadro 2 nos ayudan a completar la imagen. Primero, obsérvese que Bolivia es cada vez más urbana. La tendencia a la urbanización puede dar más pertinencia a la actual estructura de los servicios sociales. Segundo, y más importante, los indicadores de desarrollo social de Bolivia resultan incongruentes con su renta por habitante. Casi todos los indicadores bolivianos están muy por debajo del promedio latinoamericano e incluso por debajo del promedio de otros países de renta por habitante análoga o inferior. Las tasas extremadamente altas de mortalidad de lactantes y de niños menores de cinco años son especialmente sorprendentes.³ Asimismo es muy bajo el porcentaje de la población que tiene acceso a agua potable y alcantarillado; la falta de esos servicios fundamentales en las zonas rurales es casi absoluta.

Las principales causas de morbilidad son típicas de las economías de baja renta más que de las de renta media (inferior): enfermedades diarreicas y del aparato respiratorio, paludismo, tuberculosis, enfermedades venéreas, varicela, parotiditis, fiebre tifoidea y parasitosis. Se observa también una alta prevalencia de la enfermedad de Chagas y el bocio, pero estas enfermedades no suelen aparecer en los datos de alta de los hospitales. La reciente epidemia de cólera, con sus elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, refuerza el alcance de la observación formulada al comienzo del párrafo.

Los indicadores sociales son obviamente muy desfavorables, pero no parecen haberse deteriorado con el estado de la economía entre 1965 y 1989. En todo caso parece haber algunos progresos. El empleo de 1965 como año de base puede criticarse, pero se utilizó para efectuar comparaciones empleando las mismas fuentes. Este procedimiento tiene el inconveniente de no permitir una clara identificación de los efectos de la crisis en los últimos años. Puede argumentarse que se produjeron progresos hasta alrededor de 1980 y que desde entonces el desarrollo fue escaso. La utilización de fuentes distintas a las dadas en el cuadro 2 no parece apoyar plenamente esa afirmación. Sólo R. Morales (1984) señala con datos fehacientes un marcado deterioro del estado de nutrición de los niños ingresados en un hospital importante de Cochabamba entre 1980 y 1983. También existen algunos informes más recientes pero dispersos que señalan un deterioro de medidas normalizadas de la nutrición (altura, peso, peso/altura, para una edad dada) en los niños escolares.

**Cuadro 2: Principales indicadores demográficos y sociales,
Bolivia, 1965 y 1989**

Indicador	1965	1989
<i>Tasas anuales de crecimiento de la población (porcentaje)^a</i>		
Total	2,5	2,8
Urbana	3,6	3,1
Cuatro principales ciudades	5,4	4,8
Rural	2,1	1,7
<i>Población urbana en porcentaje de la población total^a</i>		
	40	54
<i>Esperanza de vida al nacer (años)^b</i>		
Hombres	45	53
Mujeres	42	52
	47	55
<i>Tasas (por mil)^b</i>		
Tasa bruta de natalidad	46	42
Tasa bruta de mortalidad	21	14
Mortalidad de lactantes	160	106
Mortalidad de niños menores de cinco años	282	176
Lactantes con insuficiencia ponderal al nacer	ND	100
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	ND	48
Tasa de fecundidad (niños por mujer en edad fecunda)	6,6	6,1
<i>Acceso (porcentaje)^a</i>		
A agua potable		
Urbana	ND	82
Rural	ND	27
A alcantarillados y letrinas		
Urbanos	ND	34
Rurales	ND	10
<i>Alfabetización e instrucción (porcentaje)^b</i>		
Alfabetización		
Urbana	ND	92
Rural	ND	69
Inscripción en escuelas primarias (% del grupo de edad pertinente)	73	91
<i>Otros^b</i>		
Renta por habitante (US dólares)	ND	630
Suministro calórico diario por habitante	1 868	2 086

ND = No disponible

^a Fuente: Bolivia, Ministerio de Planificación (1989)

^b Fuente: Morales y Rocabado /1988 y Banco Mundial (1989a, 1991)

Es bastante sorprendente que el estado de salud parezca bastante inmune a las condiciones económicas a corto y medio plazo. La protección puede proceder de la reatribución de los recursos públicos y de mejoras de la eficacia. También

puede suceder que la falta de inversiones en capital humano, lo que tal vez ocurre en el curso de la crisis, muestre sus resultados más tarde. Igualmente es posible afirmar que las condiciones reinantes antes de la crisis económica eran tan malas que apenas quedaba lugar para un nuevo empeoramiento. Parece que los costos de la crisis han de evaluarse en términos del progreso previsto y del descenso de la tendencia a la mejora más que en una disminución de los niveles de los indicadores.

Los indicadores de acceso a la atención médica, considerados globalmente, son relativamente satisfactorios y no resisten mal la comparación internacional (cuadro 3). Mientras que el problema principal no es el número de médicos, enfermeras y camas de hospital, su distribución regionales muy problemática. Existe una fuerte concentración de recursos en ciertas regiones urbanas del país, mientras que en la mayor parte de las zonas rurales el personal es muy limitado.

**Cuadro 3: Acceso a la atención médica (por 100 000 habitantes)
Bolivia, 1965-1989**

	1965	1989
Médicos	3,0	5,0
Enfermeras	2,5	2,5
Auxiliares de enfermería	ND	6,3
Camas de hospital	ND	15,9

Fuentes: *Estrategia de Desarrollo Económico y Social, 1989-2000*
e *Informe sobre el Desarrollo Mundial, edición de 1989.*

ND = No disponible

2. Gasto sanitario y público

2.1 La crisis fiscal

Uno de los principales componentes de la crisis económica de los años ochenta fue la crisis fiscal, cuya magnitud puede apreciarse en el cuadro 4. La hiperinflación, causada en sí misma por graves problemas fiscales, agravó a su vez el déficit presupuestario. La erosión del valor real de los ingresos tributarios causada por la inflación fue muy importante. En el primer trimestre de 1985, los ingresos tributarios alcanzaron un nivel tan bajo como el 1,5% del PIB.³ Para tratar de disminuir la inflación se redujeron los gastos, pero evidentemente no podían bajar en la misma proporción que la caída de los ingresos.

Como se ha señalado antes, la corrección fiscal fue el núcleo del programa de estabilización. Pese al esfuerzo realizado existe todavía una importante fragilidad fiscal. Entre 1987 y 1990, los déficits del sector público no financiero alcanzaron un promedio del 4,8% del PIB, lo que se considera una cifra muy elevada. Si la inflación fue baja, ello se debió a que la mayor parte del déficit fue financiado por préstamos y donativos extranjeros. En 1990, el déficit descendió a un razona-

ble 2,7%, pero aumentó de nuevo al 3,5% en 1991.6 Son previsibles nuevos problemas fiscales debidos a los bajos precios de nuestras exportaciones a la Argentina.

Los gastos del sector público no financiero, como parte del PIB, bajaron fuertemente entre 1980 y 1986, equilibrándose a continuación. Las cuentas del sector público no financiero engloban las del gobierno general y las de las empresas públicas. Los altos déficits registrados entre 1986 y 1990 no se debieron a falta de disciplina en los gastos, sino a descensos transitorios del gasto público, producidos principalmente por el deterioro de la relación de intercambio. El ajuste del gasto refleja la magnitud del ajuste fiscal realizado en Bolivia.

Es preciso destacar que el equilibrio fiscal (más exactamente el déficit presupuestario que pudo financiarse con préstamos extranjeros y nacionales) se obtuvo en gran parte mediante la restricción fiscal. Esta actuó en dos sentidos. Primero, en el sentido de que el Gobierno aplazó gastos que debería haber efectuado de otro modo, y al actuar así sólo pasó los problemas a los gobiernos sucesivos. Segundo, en el sentido de que por falta de gastos suficientes se perdió la eficacia. La pérdida de personal cualificado producida por la disminución de los sueldos reales en el sector público es un ejemplo de la segunda interpretación de la restricción fiscal.

Un segundo punto que debe destacarse es el hecho de que el esfuerzo fiscal, medido por la relación entre los ingresos tributarios procedentes del sector privado y el PIB, es todavía demasiado bajo y claramente inferior a la relación latinoamericana. Además, los ingresos públicos dependen todavía en demasía de impuestos sobre la gasolina (visibles y ocultos), que son en general regresivos.

Cuadro 4: Operaciones financieras del sector público, 1981-1990
(porcentaje del PIB)

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990 ^a
Ingresos totales	34,7	31,7	22,2	17,6	20,7	24,4	22,0	22,4	22,1	23,0
Ingresos tributarios	9,0	4,7	2,4	2,3	5,5	8,3	10,0	9,2	10,5	10,5
Otros ingresos	25,7	27,1	19,7	15,3	15,2	16,1	12,1	13,2	11,7	12,5
Gastos corrientes	35,4	32,6	28,7	27,4	23,7	23,2	23,6	21,3	20,9	20,7
Transferencias corrientes netas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,6
Superávit/déficit corriente	-0,8	-0,9	-6,5	-9,9	-3,0	1,2	-1,6	1,0	1,8	3,0
Ingreso en capital	0,6	0,1	0,2	0,1	0,1	1,0	0,2	0,7	1,2	1,3
Gasto en capital	6,1	5,9	4,2	3,7	3,3	4,6	5,3	6,8	6,6	6,9
Transferencias netas en capital	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,6	0,0
Superávit/déficit en capital	-5,5	-5,8	-4,1	-3,6	-3,2	-3,6	-5,2	-6,1	-5,9	-5,6
Otros gastos	1,3	7,5	6,4	7,7	1,9	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
Superávit/déficit global	-7,5	-14,2	-17,0	-21,2	-8,1	-2,3	-6,7	-5,5	-4,2	-2,7
Préstamos netos	7,5	14,2	17,0	21,2	8,1	2,3	6,7	5,5	4,2	2,7
Extranjeros	3,9	0,7	-1,3	2,2	3,6	5,5	2,2	4,0	1,7	1,9
Nacionales	3,6	13,5	18,3	19,0	4,4	-3,2	4,5	1,5	2,4	0,8

Fuente: Cálculos del autor basados en los datos del Ministerio de Planeamiento, Unidad de Análisis de Políticas Económicas (UDAPE), 1991.

^a Preliminar

2.2 Gasto en salud

Antes de 1981, el gasto público en salud fue relativamente bajo, en términos absolutos, en proporción del PIB o incluso como porcentaje de los gastos estatales totales. En el período 1982-1985, el gasto público en salud descendió respecto al nivel de 1981 y bajó fuertemente en 1986 como consecuencia del programa de estabilización de ese año (cuadro 5). La corrección fiscal incluida en el programa de estabilización produjo una reducción inicial del gasto social, incluido el correspondiente a la salud. El gasto en salud descendió del 0,8% del PIB en 1981 a un nivel tan bajo como el 0,2% del PIB en 1986. Asimismo, el gasto en salud en porcentaje del gasto estatal bajó sistemáticamente entre 1980 y 1986. En 1986, esa relación fue sólo del 30% de la registrada en 1981.

A partir de 1987 pudo observarse una recuperación enérgica del gasto en salud. Los datos tienen que interpretarse con cuidado dado su carácter preliminar. Desde 1987, la recuperación del gasto en salud ha sido más marcada que la recuperación de los gastos totales del sector público no financiero. La recuperación del gasto ha ido acompañada de cambios notables en la composición de su financiación (cuadro 6). En primer lugar aumentó notablemente la parte de la ayuda extranjera en la factura sanitaria total. En segundo término aumentó marcadamente la parte de pagos directos del usuario y otros elementos de la recuperación de costos. De hecho, los pagos directos del usuario no constituyen una financiación pública en sentido estricto.

Cuadro 5: Gastos en salud del MPSSP, 1981-1990

Año	Porcentaje de producto interior bruto	Porcentaje de gastos estatales
1981	0,8	4,6
1982	0,4	3,1
1983	0,4	3,1
1984	0,5	3,2
1985	0,4	2,5
1986	0,2	1,4
1987	1,1	6,0
1988*	1,3	6,7
1989*	1,2	6,2
1990*	1,2	5,4

Fuentes: Cálculos del autor basados en datos inéditos sobre gastos de la UDAPE y valores del PIB del Instituto Nacional de Estadística.

* Estimaciones preliminares

En 1987 se creó el Fondo de Emergencia Social (FES), que tenía como objetivo aliviar los problemas de pobreza más urgentes tras el programa de estabilización. No era (al menos no era solamente) un programa de empleo, pues se

refería a la política social en general.⁵ La construcción de alcantarillados y el apoyo al abastecimiento de agua en las zonas rurales figuraron entre los proyectos más importantes financiados por el FES. El FES fue sustituido por el Fondo de Inversiones Sociales (FIS) en 1989. La política del FIS tiende más que la de su predecesor a resolver los problemas estructurales a largo plazo de la educación y la salud.

En términos generales podemos decir que el sector de la salud está más o menos protegido contra la crisis. Conforme a las cifras examinadas al comienzo de la presente sección, y si se exceptúa el año 1986, el grado de vulnerabilidad del gasto en salud respecto a los ingresos y gastos del sector público fue relativamente pequeño. Además, debido a la crisis y no a pesar de ella, se produjeron algunas ampliaciones importantes de los servicios. Una vez restablecido cierto orden económico y político en Bolivia, la crisis impulsó la cooperación internacional, que se dirigió de modo importante a los sectores relacionados con la salud. En la concesión de ayuda extranjera, la salud resultó muy favorecida respecto a la educación y la nutrición.

Cuadro 6: Partes de la financiación del MPSSP por origen (porcentajes) Bolivia, 1984-1988

Fuente	1984	1985	1986	1987	1988
Gobierno	92,2	62,2	48,8	60,2	50,1
Recuperación de los costos	5,6	17,2	30,2	25,4	22,1
Financiación internacional	2,2	20,6	21,1	14,4	27,8

Fuente: Banco Mundial (1989b)

2.3 Cambios de la política sanitaria

Los cambios de la política sanitaria tuvieron también importancia en la protección del sector para lograr un nivel determinado de gasto. En 1982 se anunciaron cambios importantes de la política. Se hizo más hincapié que antes en las actividades preventivas, en particular en el período 1982-1985. La atención primaria de salud (APS) pasó a ser la política oficial. Se realizaron campañas masivas de vacunación, de distribución de sales de rehidratación oral y de yodo y de instrucción de las mujeres respecto a la crianza de los niños. Las campañas se financiaron con donativos extranjeros.

La política destacó la participación activa de la población en los programas de salud. Los residentes en poblados y en barrios urbanos pobres organizaron «Comités de salud del pueblo», proporcionando la movilización social (y política) necesaria para apoyar las campañas. El esfuerzo se centró en gran manera en las campañas concretas relativas a la salud, más que en cuestiones generales, incluyendo también problemas medioambientales, relativos en particular al suministro de agua potable, el alcantarillado y la recogida de basuras.

Pese al fuerte apoyo político concedido a la APS, la atribución de los fondos públicos todavía favorecía la atención curativa. Ello pone de manifiesto las dificultades que plantea la reasignación de fondos cuando disminuyen los presupuestos, como sucedió en ese período. Resultó difícil dismantelar los compromisos y obligaciones precedentes relativos a los gastos. Pudo aprenderse que los cambios importantes a corto plazo en la composición de los gastos sólo pueden obtenerse cuando hay aumento de los presupuestos.

En 1989 cambió de nuevo la política sanitaria. El «ruidoso» enfoque de 1982-1988, aplicado en particular entre 1982 y 1985, con su alto componente de movilización política y social, fue abandonado silenciosamente al conceder más importancia a la red de puestos y clínicas de salud. Proporcionan muchos servicios (en general) gratuitos y una amplia serie de servicios curativos por los que se cobran bajos honorarios. La renovada importancia concedida a los centros y puestos de salud requiere fuentes de financiación más constantes que la política reemplazada. Ahora bien, mientras que el planteamiento más convencional seguido en la actualidad proporciona estabilidad y continuidad, elementos que faltaban en parte en la política activista de 1982-1988, carece de apoyo del pueblo. En particular no garantiza la plena utilización de los servicios de los puestos de salud. Los pobres carentes de instrucción, que presentan los mayores riesgos para la salud, no perciben claramente la gama de servicios que proporcionan los centros de salud.⁶ Además, el carácter de los centros de salud se centra en proporcionar medicina terapéutica más que en organizar campañas preventivas. El MPSSP no ha logrado organizar una red de «gestión social» en lugar de los «Comités de salud del pueblo» para obtener una mayor participación comunitaria.

En 1991, el Gobierno del Presidente Jaime Paz Zamora promulgó un decreto estableciendo una serie de medidas para atacar directamente la pobreza. Con el mismo espíritu, el presupuesto de 1992 comprende gastos proporcionalmente mayores en programas contra la pobreza que los presupuestos precedentes. Una característica principal del Decreto de 1991, así como de las declaraciones oficiales concernientes al presupuesto de 1992, es la propuesta de una política centrada en la asistencia a la población muy pobre, lo que contrasta con el planteamiento bastante más universal seguido hasta ahora.

3. Principales características del suministro de servicios de salud

Tanto el sector público como el privado suministran atención de salud y servicios de salud. El sector público suministra sus servicios a través de dos canales principales: a) el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, y b) el sistema de seguridad social, que en gran parte es autónomo respecto a la red del MPSSP y que sólo es objeto de una ligera supervisión de este ministerio. El sector privado comprende dos amplias categorías: las ONG no lucrativas y el sector privado lucrativo. Para facilitar la exposición comenzaremos con la seguridad social.

3.1 La salud en el sistema de seguridad social

El sistema de seguridad social boliviano se basa en las cotizaciones de empleadores y trabajadores del sector estructurado. Así pues, la creciente desestructura-

ción de la fuerza laboral producida durante la crisis ha conducido a un importante descenso de la proporción de la población incluida en el sistema de seguridad social. Las cifras del cuadro 7 y de la figura 2 muestran la dramática disminución de la proporción de trabajadores (y de sus familias beneficiarias) protegidos por la seguridad social en los años ochenta. Obsérvese que el seguro de enfermedad de la Seguridad Social Boliviana abarcó sólo el 19% de la población en 1990, en descenso respecto al 26,4% de 1982.

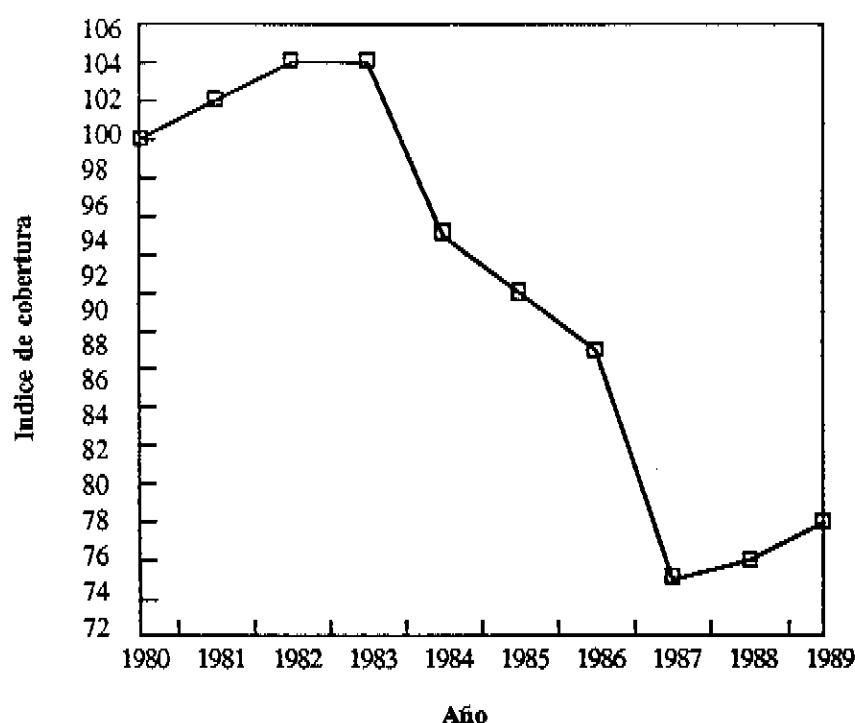
El sistema de la seguridad social comprende 17 instituciones de atención de la salud, que presentan amplias variaciones respecto a las prestaciones y la calidad de la atención médica. Las diferencias de los servicios reflejan las diferencias de fuerza de los sindicatos en el sector público. Los fondos adicionales para sus instituciones de atención de la salud fueron un beneficio marginal frecuente obtenido por los sindicatos de sus empleadores de las empresas públicas.

Cuadro 7: Población cubierta por el seguro de enfermedad de la seguridad social, Bolivia, 1980-1989

Año	Población cubierta en porcentaje de la población total	Indice de cobertura base 1980 = 100
1980	25,4	100
1981	25,8	102
1982	26,4	104
1983	26,3	104
1984	24,1	95
1985	23,3	92
1986	21,6	85
1987	18,5	73
1988	18,8	74
1989	19,2	76

Fuente: Cálculos del autor basados en datos del Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS)

**Figura 2: Índice de cobertura de la seguridad social,
Bolivia, 1980-1989**
(1980 = 100)



Fuente: Col. (2) del Cuadro 7

En 1987 se adoptaron importantes medidas para unificar las instituciones de atención de la salud en lo que respecta a las cotizaciones y la administración. La unificación de calidad de los servicios puede requerir todavía cierto tiempo.

3.2 La red de servicios de salud del MPSSP

El sistema organizativo de los servicios del MPSSP comprende dos tipos distintos de unidades funcionales, que se superponen en parte. Existe una estructura piramidal de política y de gestión que se superpone a la red convencional de hospitales, clínicas y puestos de salud, con un dispositivo de envío de enfermos. Este sistema es discutible y sus insuficiencias se traducen a veces en fallos en la prestación de los servicios.

El MPSSP atiende en principio al 62% de la población. La distribución de los recursos del MPSSP es muy desigual en las regiones y en particular entre las zonas urbanas y rurales (cuadro 8). Obsérvense primero las cifras en conjunto, que muestran por ejemplo que los médicos (por 10.000 habitantes) de las zonas urbanas superan a los médicos de las zonas rurales en un factor de casi 3. La situación respecto a las enfermeras es todavía peor; sólo hay cierto equilibrio en lo que se refiere a las auxiliares de enfermería. La región de Santa Cruz constituye una

excepción a la regla y en ella parece haber cierto equilibrio entre las zonas urbanas y rurales. (Las cifras relativas a la región urbana de Pando exageran el suministro debido al tamaño muy reducido de la población.)

El número de camas de hospital por 10 000 habitantes también varía ampliamente en las diferentes regiones. En general, las proporciones del MPSSP son claramente inferiores a las de la Seguridad Social (cuadro 9). La demanda excesiva de camas en ciertas regiones, unida al suministro en demasía en otras, se debe a la fragmentación del suministro público de servicios, en particular en las instituciones del sistema de seguridad social. Resultan evidentes las mejoras de la eficacia que se obtendría unificando las instituciones de la seguridad social y éstas con los servicios del MPSSP.

La necesidad más acuciante se refiere a las enfermeras y auxiliares de enfermería. La información del MPSSP muestra que, en 1988, las proporciones entre enfermeras sumadas a las auxiliares de enfermería y médicos (1,7 en las zonas urbanas y 3,4 en las zonas rurales) eran demasiado bajas. La escasez de enfermeras con un título universitario es especialmente preocupante. Los sueldos extremadamente bajos de las enfermeras y auxiliares de enfermería (US\$ 89 y US\$ 49 por mes en 1987 para una enfermera y un auxiliar de enfermería, respectivamente, según el Banco Mundial, 1989) hacen que esas profesiones carezcan de atractivo, por lo menos en el sector público.

Un elemento importante que no ha despertado la atención que merece se refiere a la disponibilidad de medicamentos esenciales y suministros médicos en los servicios del MPSSP. Las penurias dañan el suministro de servicios. Además, obligar a los pacientes a pagar los medicamentos que utilizan, como sucede con frecuencia, plantea importantes problemas de equidad.

Cuadro 8: Médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del MPSSP por población total, Bolivia, 1988 (por 10 000)

Región	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de enfermería	Enfermeras y auxiliares de enfermería
La Paz	2,3	0,9	2,8	3,7
Urbana	3,6	1,5	3,2	4,7
Rural	0,8	0,2	2,3	2,5
Santa Cruz	2,6	2,0	6,4	8,4
Urbana	2,6	2,3	5,3	7,6
Rural	2,6	1,3	8,5	9,8
Cochabamba	2,0	0,9	2,9	3,7
Urbana	3,3	1,7	3,9	5,6
Rural	1,0	0,2	2,1	2,3
Potosí	1,3	0,6	2,9	3,4
Urbana	2,5	1,5	2,0	3,5
Rural	0,8	0,2	3,2	3,4
Oruro	1,8	0,9	3,1	4,0
Urbana	2,4	1,4	1,5	2,9
Rural	1,2	0,3	4,9	5,2
Chuquisaca	3,7	2,2	4,1	6,3
Urbana	10,9	6,7	6,2	13,0
Rural	1,4	0,7	3,3	4,0
Tarija	3,7	4,6	6,5	11,1
Urbana	6,6	8,9	8,5	17,5
Rural	1,4	1,3	4,9	6,2
Beni	3,9	1,6	9,8	11,3
Urbana	4,1	1,8	9,0	10,8
Rural	3,5	1,2	10,8	12,0
Pando	6,7	1,1	9,3	10,4
Urbana	37,0	8,5	48,4	56,9
Rural	2,1	0,0	3,4	3,4
Bolivia	2,9	1,5	4,0	5,5
Urbana	4,3	2,5	4,2	6,7
Rural	1,5	0,5	3,8	4,3

Fuente: Basado en datos inéditos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1991. Las discrepancias entre los Cuadros 3 y 8 se deben a que los recursos por 10 000 habitantes en el conjunto de la población son superiores a los de la población cubierta por el MPSSP.

Cuadro 9: Camas de hospital por regiones, Bolivia, 1988
(por 10 000 personas)

Región	En la población total	En la población atendida por:	
		MPSSP	Seguridad Social
La Paz	14,6	11,2	20,7
Santa Cruz	20,7	21,3	27,5
Cochabamba	10,0	8,2	23,3
Potosí	11,3	7,2	31,2
Oruro	15,1	13,5	23,0
Chuquisaca	26,1	27,2	36,8
Tarija	19,2	17,8	31,7
Beni	19,4	20,4	21,5
Pando	51,1	66,7	6,2
Bolivia	15,9	14,2	24,4

Fuentes: *Estimaciones del autor basadas en datos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1989, «Situación de la Salud y sus Tendencias».*

3.3 El sector privado

En el sector de la salud, el sector privado se halla presente de dos modos: 1) numerosas ONG y 2) Suministro privado de carácter lucrativo de servicios de salud (curativos).

Desafortunadamente no hay estimaciones sobre las cantidades gastadas por las ONG en salud, pero parecen ser muy importantes. Sabemos sólo que estas organizaciones introducen algunas innovaciones muy interesantes en el suministro público de atención de salud. Por ejemplo, han tenido gran habilidad al combinar la financiación procedente de fuentes públicas con la recuperación de costos. La falta de coordinación es el principal problema que se plantea a las ONG en el sector de la salud. Ello produce enormes ineficacias y a veces obliga al Gobierno a efectuar gastos imprevistos. Asimismo, algunas ONG tienen metas muy limitadas e intereses muy locales. Como tales, no pueden ser instrumentos importantes de una política nacional amplia.

El suministro privado lucrativo de atención de la salud cubre una fracción muy pequeña de la población, pero está experimentando cambios y ampliaciones importantes. En particular se amplían con rapidez los servicios de salud privados con pagos directos fijados previamente. Su crecimiento guarda paralelo con el descenso de la calidad de los servicios médicos del sistema de la seguridad social. No parece plausible que la cobertura de los servicios de salud de carácter privado lucrativo alcance una cifra significativa y que sustituya a los servicios públicos. Sin embargo, su evolución merece una vigilancia más estrecha que la practicada actualmente.

Aunque el MPSSP supervisa los centros privados, se sabe poco sobre su funcionamiento y aún menos sobre sus inversiones y los recursos que movilizan.

4. Perspectivas y política a plazo medio

4.1 Aumento del esfuerzo fiscal

Sólo pueden obtenerse aumentos notables de las cantidades dedicadas al sector de la salud si el propio PIB crece de modo sostenido. Si éste se halla estancado, la base fiscal no aumenta en correspondencia y ello hace que el crecimiento del presupuesto sanitario sea muy difícil o que dependa en gran manera de la inestable financiación extranjera o de la indeseable recuperación excesiva de los costos.

Incluso si se reanuda un crecimiento vigoroso existe todavía el problema de las transferencias de recursos procedentes del sector privado para financiar el gasto público en servicios de salud y otros de carácter social. Los impuestos en porcentaje del PIB son todavía demasiado bajos (véase de nuevo el cuadro 1). Parece imposible una reestructuración significativa del gasto público sin aumento del presupuesto.

Tras el aumento presupuestario, el Ministerio de Salud necesita obtener una parte igual o mayor que la anterior. Tiene que concederse más atención que en la actualidad a la totalidad del procedimiento presupuestario que financia los proyectos de salud. Una importante observación final: la financiación extranjera tiene que significar recursos *adicionales* para el sector de la salud y no ser un sustituto de los fondos nacionales, como ha sucedido en parte en los últimos cinco años.

4.2 Aspectos de la recuperación de costos

Como se ha indicado, la recuperación de costos parece ser importante en la financiación de los gastos de salud del sector público. Muestra también una tendencia ascendente. El aspecto positivo de la recuperación de costos consiste evidentemente en que concede más recursos al sistema público. Existen también argumentos en favor en términos de eficacia (los pagos directos reducen el mal uso de los servicios y el suministro de atención de la salud) e incluso de equidad (los pagos directos producen una disminución de los subsidios a los ricos).

El problema de la equidad no está resuelto en absoluto. Aunque los pagos directos no tienen que ser regresivos, en muchas circunstancias es probable que lo sean. (Véase al respecto, por ejemplo, Gertier, Locay y Sanderson, 1987.) El problema importante consiste en determinar si los pagos directos apartan a los pobres de los servicios de salud o hacen que difieran el tratamiento, causando más tarde costos privados (y sociales) más altos e incluso la muerte.

4.3 Descentralización

Se estima que la descentralización es una de las políticas primordiales del sector de la salud, primero, para ganar en eficacia, y segundo, para aumentar los

recursos del sector. El argumento relativo a la eficacia es bien conocido: cuanto más cerca esté el uso de la fuente de los fondos, mejor será el uso. El argumento relativo a los recursos adicionales es más sutil.

La actual organización en distritos y regiones de los servicios del MPSSP proporciona sólo una descentralización limitada en la adopción de decisiones e incluso todavía menor en la concesión de fondos. Ciertamente es que los hospitales y los centros de salud conservan el dinero obtenido de los pagos directos y de otras medidas de recuperación de costos, pero los restantes fondos se les asignan a través de un proceso muy centralizado de establecimiento del presupuesto. Este procedimiento puede conducir a disponer de menos recursos para la salud pública de los que puede obtener un sistema realmente descentralizado. En un sistema fuertemente descentralizado, las autoridades locales, como los municipios, y las entidades regionales, como las corporaciones de desarrollo regional, pueden añadir recursos para el suministro de salud pública.

En 1988, el Parlamento boliviano rechazó una propuesta de descentralización debido a la oposición de los sindicatos de médicos y personal de salud. Sin embargo, la descentralización ocupa todavía un puesto elevado en los planes de reformas. La propuesta de descentralización de la política sanitaria lleva consigo un posible riesgo, en el sentido de que las autoridades locales pueden ejercer presión para la ampliación de los servicios curativos, puesto que son más prominentes para los votantes que las campañas de medicina preventiva.

4.4 Ingresos procedentes de la privatización

El proyecto de ley de privatización (examinado en la sección 1) tiene una cláusula que destina los ingresos procedentes de la venta de empresas públicas a proyectos de desarrollo social, incluidas inversiones en instalaciones sanitarias. En la actualidad es difícil juzgar el efecto directo de este modo de financiación sobre el sector de la salud. En primer lugar, las consecuencias fiscales globales a largo plazo de la privatización están todavía poco claras y dependerán en gran manera de los precios de venta. Las estimaciones bien informadas sobre la cantidad que ha de recibirse por la venta de empresas proporcionan una cifra reducida (alrededor de US\$ 100 millones, equivalente al 2% del PIB o al presupuesto de tres años del MPSSP). En segundo término, los ingresos procedentes de las ventas han de dividirse entre los distintos sectores sociales. Por otra parte, una disposición de la misma ley establece que el dinero ha de financiar inversiones fijas. Esto puede representar una limitación para el gasto en salud. Ahora bien, las inversiones en abastecimiento de agua y alcantarillados, aunque no benefician directamente al presupuesto del MPSSP, probablemente tendrán un efecto positivo muy alto sobre el estado de salud del segmento de la población que carece actualmente de esos servicios.

Por último, se plantean algunas cuestiones respecto a la garantía de que los recursos para los sectores sociales tendrán carácter adicional. El Gobierno puede verse tentado a sustituir con los ingresos de la privatización las sumas que de otro modo destinaría a gastos sociales. Si ello sucede, no habrá recursos adicionales para el sector social o éstos serán inferiores a lo previsto.

4.5 Intercambios entre deuda y gasto

La mayor parte de la deuda boliviana está ahora contraída con acreedores oficiales, organismos multilaterales y gobiernos. Las negociaciones con estos últimos realizadas en el Club de París han permitido obtener condiciones muy favorables para Bolivia. La deuda con los acreedores comerciales se ha reducido significativamente a través de operaciones de rescate, con muy amplios descuentos. La deuda pendiente con los bancos privados es de unos US\$ 185 millones, cantidad relativamente pequeña.

En las renegociaciones de la deuda con los gobiernos acreedores sólo un país, Bélgica, ha aceptado intercambiar las sumas pendientes por compromisos de gasto social. Bélgica ha hecho saber al Gobierno boliviano que podría aceptar el pago del servicio de la deuda en bolivianos (la moneda del país). Las cantidades pagadas están destinadas a gastos sociales.⁷

En el Decreto Supremo 21660 del 10 de julio de 1987, el Gobierno de Bolivia estableció un mecanismo de intercambio para su deuda con acreedores privados. Conforme a este mecanismo, los inversionistas pueden cambiar los títulos en deuda boliviana por obligaciones de interés nulo emitidas por el Banco Central, con un plazo de vencimiento de 25 años. Sin embargo, los titulares de esas obligaciones pueden rescatarlas si invierten las sumas obtenidas en Bolivia. El valor de rescate está cerca del 150% del precio de la deuda en el mercado secundario. De hecho, ese intercambio supone una prima del 150% sobre el valor de la deuda en el mercado secundario. Esa prima fue suspendida en 1991. El intercambio de la deuda con una prima del 50% estaba abierto a cualquier operación que implicara gasto en Bolivia. De hecho, algunas ONG con altos gastos en el país se beneficiaron de la operación.

Las autoridades monetarias de Bolivia se han preocupado por los intercambios de deuda con acreedores oficiales y privados, por el temor a sus efectos inflacionistas y a la sobrevaloración de la tasa de cambio. Es cierto que los intercambios pueden ejercer efectos inflacionistas y conducir a una sobrevaloración porque produzcan un gasto adicional en mercancías nacionales. Sin embargo, esos efectos indeseables pueden contenerse imponiendo límites anuales a la cuantía de la deuda intercambiada. El Banco Central ha impuesto límites bajos.

Conclusiones

La economía boliviana se encuentra actualmente en una situación notablemente mejor que hace unos años, en 1985. Además, en general han prevalecido desde entonces el orden democrático y social. Aunque siguen formulándose muchas críticas respecto al modelo actual de desarrollo, el costo de la vuelta atrás parece muy alto. Todos los partidos políticos están de acuerdo en la necesidad de mantener la estabilidad de los precios, en dejar que actúen las fuerzas del mercado y en definir la reanudación del crecimiento y del desarrollo social como las tareas más importantes a plazo medio.

Los principales partidos políticos insisten enérgicamente en la guerra contra la pobreza. El éxito de la campaña implicará algunos problemas de difícil solución. Uno de ellos es la transferencia de más recursos nacionales a los servicios de salud y otros conexos. Esa transferencia interna exige a su vez un aumento del nivel de impuestos, una estructura más progresiva de la tributación y cambios importantes de los gastos en el presupuesto fiscal. La privatización de las empresas públicas y la transferencia de la deuda a fin de obtener más recursos para el gasto social público son sustitutos muy imperfectos de una tributación mantenida. Se necesitan más investigaciones sobre la economía política de las decisiones presupuestarias fiscales y sobre la mezcla apropiada de impuestos y gastos que ha de dar un carácter más avanzado al presupuesto y ampliar en consecuencia la cobertura de los servicios de salud.

Evidentemente no hay relación automática entre las mejoras de la salud y los recursos adicionales. Incluso si hubiera una relación positiva entre la mejora de la salud y el gasto adicional en salud, habría que determinar si el gasto en otro sector produciría mejores resultados en salud. En esta publicación hemos abordado ese problema sólo de modo indirecto. El problema de la eficacia no es banal y necesita trabajos sistemáticos.

Agradecimientos

Sin ánimo de comprometerlos, doy las gracias por sus valiosas observaciones al Dr. Javier Torres Goitía y a los demás médicos que participaron en el seminario de salud pública de la Universidad Andina en La Paz.

Notas

- ¹ El cuadro 1 contiene datos para el período transcurrido después de 1985. Existen datos para los años anteriores, pero los cambios en la definición de los sueldos efectuados por el organismo de compilación y las dificultades de medición durante la hiperinflación impiden obtener comparaciones significativas.
- ² La tasa puede ser incluso más alta que 106/1000 debido a la amplia subnotificación (Colegio de Médicos y UNICEF, 1992).
- ³ El efecto erosionante de la inflación elevada sobre los ingresos tributarios se denomina en las publicaciones efecto Olivera-Tanzi.

- ⁴ Obsérvese que las estimaciones para 1990 y 1991 son muy preliminares. En particular parece baja la estimación del 2,7% para 1990.
- ⁵ El Fondo de Emergencia Social ha recibido amplia atención. Véase, por ejemplo, Banco Mundial (1989).
- ⁶ Se encuentra un examen que sigue orientaciones análogas en Colegio de Médicos y UNICEF, 1992. Véase una perspectiva internacional en Askew (1991).
- ⁷ Los programas de apoyo a la balanza de pagos son de contenido análogo a los intercambios de deuda, incluso sin guardar relación directa con la deuda. En esos programas, el país donante recibe bolivianos en pago de sus exportaciones a Bolivia. Los ingresos en bolivianos se gastan entonces en programas de ayuda.

Bibliografía

- Aaron, H. J. (1991) *Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care*, Washington DC, The Brookings Institution
- Askew, I. D. (1991) «Planning and Implementing Community Participation in Health Programmes». En: Rais Akhtar (editor), *Health Care Patterns in Developing Countries*, Nueva York, Greenwood Press, pp. 3-17
- Banco Mundial (1988-1991) Informe sobre el Desarrollo Mundial, Washington DC
- Banco Mundial (1989) *Bolivia: Public sector expenditure review with a special emphasis on the social sectors* (Informe N° 7746-BO), Washington DC (versión en tratamiento de texto)
- Banco Mundial (1990) *World Debt Tables, 1989-1990 Edition*, Washington DC
- Banco Mundial (1991) *Bolivia: From stabilization to sustained growth* (Informe N° 9764-BO), Washington DC (versión en tratamiento de texto)
- Bolivia, Banco Central (1991) Boletín Estadístico N° 269, La Paz (marzo)
- Bolivia, Ministerio de Planeamiento (1989) Estrategia de Desarrollo Económico y Social 1989-2000, La Paz
- Bolivia, Ministerio de Planeamiento, Unidad de Análisis Político (1991). Estadísticas Económicas de Bolivia, N° 2, La Paz (junio)
- Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (1989) Bolivia: Situación de la Salud y sus Tendencias. Documento de trabajo
- Colegio de Médicos de Bolivia y UNICEF (1992) Dialéctica Social de la Política de Salud. Actas de la Conferencia de abril de 1991, La Paz, Ediciones Gráficas
- Cornia, G. A., (1987) *Economic Decline and Human Welfare in the First Half of the 1980s*. En: Cornia, G., Jolly, R. & Stewart, F., eds., *Adjustment with a Human Face: Protecting the Vulnerable and Promoting Growth*, Vol. 1, Oxford, Clarendon Press), pp. 11-47
- Gertler, P., Locay, L. y Sanderson, W. (1987) *Are user fees regressive? The welfare implications of health care financing proposals in Peru*, *Journal of Econometrics*, 36, 67-88
- Morales, J. A. (1992) *Bolivia's tin and natural gas crisis of 1985-90*, La Paz, Universidad Católica Boliviana, Instituto de Investigaciones Socio-Económicas. Documento de Trabajo DT-04/92 (marzo)
- Morales, R. (1984) Desarrollo y Pobreza en Bolivia, La Paz, UNICEF
- Morales, R. y Rocabado, F. (1988) Los Grupos Vulnerables en las Economías en Desarrollo: El Caso Boliviano, La Paz, Ministerio de Planeamiento

