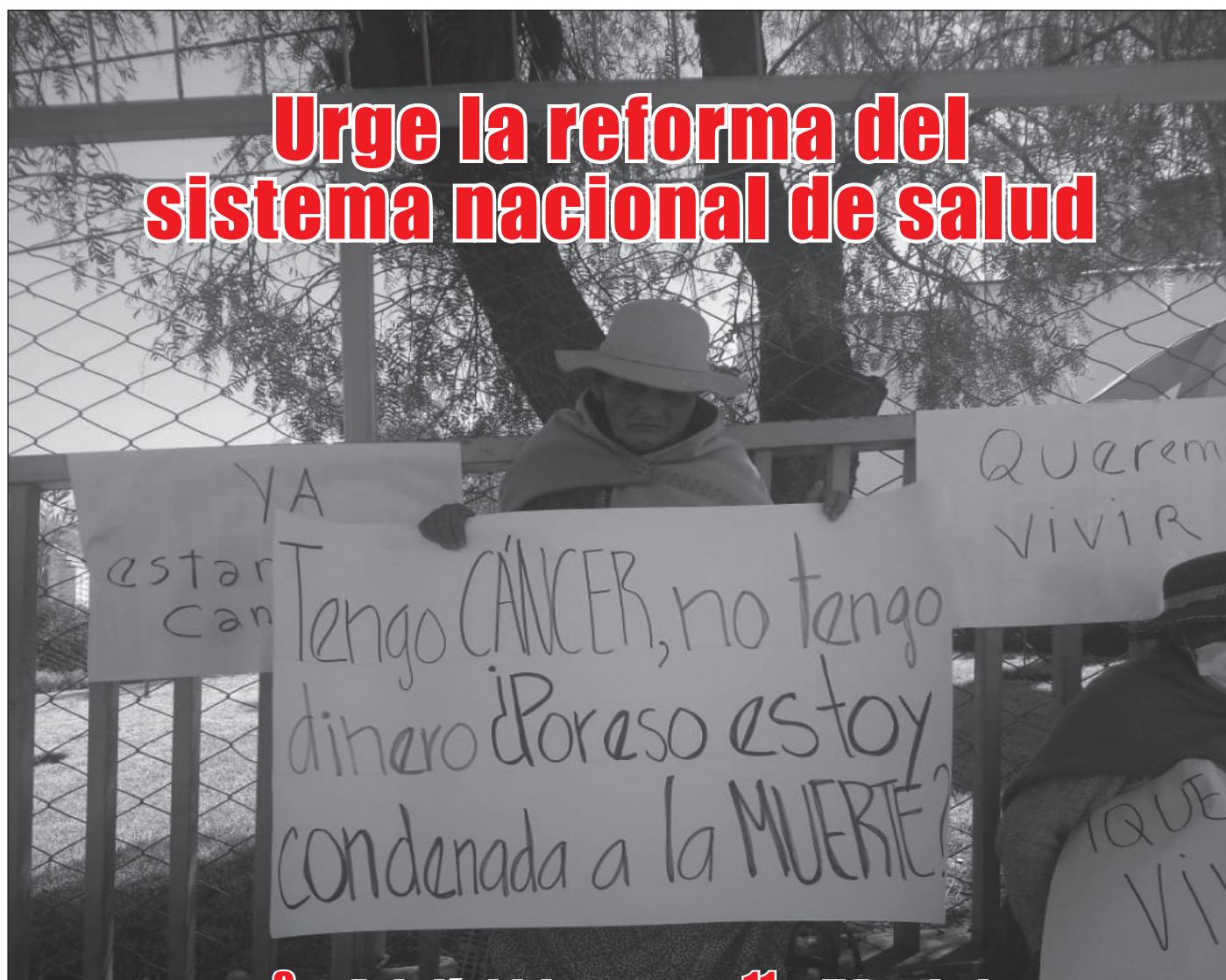




Urge la reforma del sistema nacional de salud



- | | | | |
|----------|--|-----------|---|
| 3 | Evolución del sistema | 11 | El financiamiento en las cajas sectoriales |
| 5 | Tendencias de la transición epidemiológica y neoliberalismo | 13 | El sistema actual |
| 6 | Urge la reforma | 15 | El modelo SAFCI |
| 8 | De la crisis a un nuevo sistema universal de salud | 16 | Programa "Mi Salud" |
| | | 17 | La salud y el desarrollo |
| | | 19 | Salud es vida |



CRISIS DEL SISTEMA: POSICIÓN DEL CEDLA

Distantes en el tiempo pero convergentes en las necesidades, dos eventos sobre un mejor sistema nacional de salud han permitido reflexionar profunda y oportunamente acerca de los retos presupuestarios y la forma más eficiente de gestionar el seguro universal y gratuito.

El primero se realizó en diciembre de 2016, cuando fueron reunidos en La Paz los responsables de cuatro seguros locales: San José de Chiquitos, Sucre, Tarija y Pando, que describieron su experiencia de cobertura pionera a mujeres y hombres comprendidos entre los 5 y 59 años de edad, que no cuentan, ni de manera privada ni pública con este beneficio, que es a la vez un derecho social reconocido a todos los bolivianos en la Constitución.

El segundo se ha desarrollado con intensidad y polémica, sobre todo en los últimos meses, desde que se detuvo en los hechos la reestructuración de la Caja Nacional de Salud como una vía de sumarla al seguro universal junto a las otras cajas sectoriales, y el gobierno derogó —aunque grupos afines intentan resucitarla— la ley de libre afiliación para que trabajadores, especialmente estatales, puedan enrolarse al subsector administrado por el respectivo Ministerio.

Casi nadie desconoce que la salud pública en Bolivia pasa por una crisis estructural debido a la ausencia de una

política y a su precaria infraestructura y equipamiento, insuficiente personal médico y limitaciones de acceso a medicamentos, pero sobre todo por su modelo de gestión y la paradójica asignación insuficiente de recursos estatales, pese a la reciente bonanza de ingresos.

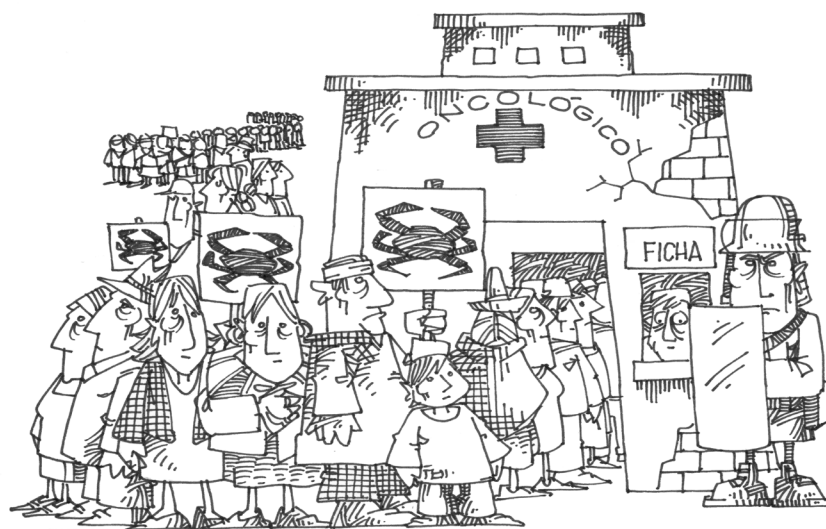
Cuando el debate se acerca a definiciones, queda clara la posición del CEDLA: es necesario encarar una reforma que, con base en la atención primaria integral de salud, se proyecte progresivamente hacia la universalización mediante un seguro sustentado en la **integración** de todos los sub-sectores del sistema y sus niveles de atención, y en la **dirección** de los recursos financieros de origen contributivo y no contributivo.

Es indispensable para ello una toma de conciencia de todos los actores y sectores involucrados.

Ofrecemos en esta nueva entrega de Alerta laboral, aparte de los recuentos históricos y diagnósticos actuales, otros horizontes, caminos y alternativas a la crisis del sistema de salud pública.

Javier Gómez
DIRECTOR EJECUTIVO
CEDLA

Café tinto



Síguenos en:



cedlabolivia



@cedlabo



cedla



cedla



69775464

Visita también el
Observatorio Boliviano
de Empleo y Seguridad Social
<http://cedla.org/obess>

Visítanos

www.cedla.org

Alerta laboral

Director Ejecutivo
Javier Gómez Aguilar

Síntesis:
Rolando Carvajal

Escriben:
Carlos Arze Vargas, Guillermo Cuentas Yañez,
Javier Torres-Goitia Torres.

Producción editorial y diagramación:
Unidad de Comunicación y
Gestión de Información - CEDLA
Carlos Alemán Macías.

Ilustraciones:
Gonzalo Llanos

Fotografía de tapa e interiores:
Página Siete, CEDLA.

Achumani, Calle 11, N° 100 entre Av. García
Lanza y Av. Alexander / Tel. 279-4740, Fax
279-9848,
279-1075 / E-mail: info@cedla.org
La Paz - Bolivia

Los sistemas de seguridad social basados en el financiamiento contributivo continuaron desarrollándose en medio del forcejeo entre la universalización y la privatización de la atención de salud.

ENTRE DOS MODELOS ENCONTRADOS

Evolución del sistema

La crisis del sistema nacional de salud no es reciente sino un mal que se arrastra durante toda la historia del país. Más allá de esa verdad indiscutible, es necesario referirse a la evolución del sistema en las últimas décadas con el fin de perfilar una respuesta orientada a la superación de esta crisis.

Para interpretar esa trayectoria¹ en términos de cambios estructurales, resulta valiosa la noción de “transición de la salud”, que comprende dos conceptos: la transición en las condiciones de salud o la transformación del perfil epidemiológico, y la transición en la atención.

Se considera que la transición epidemiológica —un proceso continuo que sigue en curso— tendría las siguientes características:

- La substitución entre las primeras causas de muerte de las enfermedades infecciosas comunes por enfermedades no transmisibles y lesiones;
- El desplazamiento de la mayor carga de morbilidad desde los grupos más jóvenes a los grupos de edad avanzada;
- El cambio de una situación de predominio de la mortalidad en el panorama epidemiológico a otra en la que la morbilidad es lo dominante.

La transición epidemiológica vendría aparejada o correspondería, casi siempre, a “transformaciones demográficas, sociales y económicas más amplias”.

Además, se remarca que, a pesar de las diferencias nacionales, tendría una dirección

predominante: se estaría pasando de la prevalencia de enfermedades infecciosas “asociadas con carencias primarias (por ejemplo, de nutrición, suministro de agua, condiciones de vivienda)” hacia el predominio de “enfermedades crónicas y degenerativas, lesiones y padecimientos mentales”.

DIFERENTE PERSPECTIVA SOCIAL

Respecto a la atención de la salud —al ser influida de manera determinante por la transición epidemiológica— asume ciertos rasgos que dan cuenta de las prioridades del Estado y de los otros actores del sistema.

En la trayectoria de los sistemas de salud se habrían adoptado, claramente diferenciados, un modelo “guiado por tecnologías complejas y basado en hospitales”, y otro de “enfoque integral de la atención primaria de salud, basado en la comunidad” (Frenk et. al. 1961, 486).

En el fondo de la disputa que se desarrolló desde los primeros años del siglo pasado entre esos dos enfoques, se hallaba la diferente perspectiva social sobre el papel del sistema de salud y su relación con el desarrollo.

Protagonizaron la pugna, por una parte, los defensores de la acción del mercado que proponían como mejor solución a los problemas sociales de salud el desarrollo de la atención privada y su orientación prioritaria hacia la curación.

Por otra, profesionales y autoridades consideraban que el sistema de salud debería

contribuir al desarrollo, por lo que propugnaban un sistema público financiado por el Estado, basado en la integración de la atención médica preventiva con la curativa y orientado a asumir la responsabilidad por determinantes sociales de la salud como la pobreza².

COMBINACION EN DIFERENTE GRADO

Aunque el debate sobre la orientación del sistema —específicamente del modelo de atención— giró en torno a esos dos enfoques cardinales, en realidad, la evolución de los sistemas de salud no fue lineal, sino que combinó en diferente grado ambas opciones o enfoques.

Así, en los mismos países pioneros en la implementación de sistemas universales a cargo del Estado, subsiste un amplio margen para la atención por parte de entidades privadas; del mismo modo, conviven la atención curativa en manos privadas con la atención preventiva a cargo de entidades públicas.

Más aún, los sistemas de seguridad social basados en el financiamiento contributivo creados en el siglo XIX, continuaron desarrollándose en medio del forcejeo entre la universalización y la privatización de la atención de salud.

LA ATENCIÓN PRIMARIA

En 1978 en Alma-Ata (ex Unión Soviética), se aprobó una Declaración que planteó que al ser la salud un estado de bienestar “físico, mental y social” y no sólo la ausencia de enfermedad,

era necesario que el sistema de salud se basara en la participación plena de toda la sociedad.

Por tanto, para alcanzar el objetivo de salud universal, consideraba que la clave era impulsar la atención primaria de salud, entendida como la “atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar”.

Esta forma de gestionarla, implicaba “como mínimo”, la educación sobre problemas sanitarios, promoción de una correcta nutrición, suministro de agua potable y alcantarillado, atención materna e infantil, inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas, prevención y control de enfermedades endémicas, tratamiento de enfermedades comunes y traumatismos y provisión de medicamentos esenciales³.

DESMONTAJE NEOLIBERAL Y RETORNO

La orientación fue asumida masivamente por los países atrasados y prevaleció por muchos años, como la principal en la institucionalidad sectorial.

La irrupción del neoliberalismo en la década de los años ochenta, significó un fuerte golpe para los sistemas de atención de salud.

Dio también un impulso extraordinario a las tendencias que enaltecían el papel del mercado para resolver los problemas de la salud y que se apoyaban en la necesidad de superar la crisis de financiamiento de muchos Estados, nutriéndose de las ideas y soluciones del arsenal teórico neoclásico profusamente

difundido por los organismos financieros multilaterales.

De ese modo, se encararon numerosas reformas de los sistemas nacionales de salud que intentaron desmontar la institucionalidad que había incorporado principios como la universalidad, la gratuidad y la participación social en los modelos de atención de salud.

A finales del siglo pasado, la continuidad y hasta el agravamiento de muchos de los problemas que había prometido superar el neoliberalismo, volvieron a poner sobre el tapete de la discusión el enfoque de la atención primaria integral en salud, sus virtudes y sus limitaciones, aunque rescatando lo esencial de su propuesta, que tiene que ver con la concepción integral de la salud.

Según Margaret Chan (OMS)⁴, a causa de la implementación de los programas de ajuste estructural que suponían la reducción del financiamiento para la salud, y de la aparición de nuevas enfermedades de alto riesgo, se impusieron los enfoques de intervención selectiva.

Así, se abandonó o redujo el interés estatal por los programas de base amplia, sustituyéndolos por una “gestión urgente de las situaciones de emergencia de alta mortalidad”, por lo que las metas de salud propugnadas por la Declaración de Alma-Ata parecían menos probables de alcanzar.

Con todo, la evaluación de la situación de la salud, a la luz del fracaso del neoliberalismo, no debería suponer una reposición de las orientaciones supuestamente basadas en la propuesta de Alma-Ata, pues ésta —como erróneamente se interpretó— no significaba “centrarse exclusivamente en el primer nivel de atención” sino que postulaba una forma de organizar la atención de salud que involucraba la

participación de toda la sociedad, abarcaba tanto la prevención como la curación y requería un financiamiento suficiente y adecuadamente distribuido en todos los niveles de atención.

En suma, quedó claro que, de ambos, el concepto de transición de las condiciones de salud o transición epidemiológica resulta ser la noción sustantiva, pues hace referencia a los cambios ocurridos en los “patrones de muerte, enfermedad e invalidez”; mientras que el segundo, que tiene que ver con las modificaciones adoptadas por el sistema de atención, sólo alude a la respuesta institucional a las necesidades y desafíos de las condiciones de salud prevalentes en un momento dado en un país determinado (CAV).

NOTAS

1. Frenk, Julio; Frank, Thomas; Bobadilla, José L.; Stern, Claudio; Lozano, Rafael; Sepúlveda, Jaime y Marco José. (1961) La transición epidemiológica en América Latina en: Bol Of Sanit Panam, 111(6).
2. Vega Romero, Román. (2009). El papel de la Atención Primaria de Salud en la transformación de los sistemas de salud, en: Atención Primaria Integral de Salud, Bogotá.
3. Pan American Health Organization. Declaración de Alma. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978 (en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).
4. Chan, Margaret. Regreso a Alma-Ata, OMS, 2008 en: <http://www.who.int/dg/20080915/es/>.



Desde más o menos 1950 la región ha sido marcada por un proceso heterogéneo de transición de la salud, en general benéfica para la población por superar, en distinto grado, las condiciones de salud derivadas del atraso económico y las estructuras sociales tradicionales.

Por esa razón, se la califica, en un sentido amplio, como “progreso” pues implicaría el abandono de una situación de alta vulnerabilidad social. Sin embargo, la transición no ha sido homogénea y en algunos casos el perfil epidemiológico conserva características propias de la pre y la post-transición.

Coexisten, por ejemplo, elevados índices de enfermedades infecciosas junto a índices importantes de enfermedades no infecciosas o se da la prevalencia elevada de mortalidad infantil en un marco de preeminencia de la morbilidad.

En el caso de Bolivia, la OPS en 2008 destacaba la pervivencia de un perfil epidemiológico con un “patrón de transición, teniendo aún altas incidencias de enfermedades transmisibles, combinándose con un incremento paulatino en la prevalencia de enfermedades crónicas”.

Más recientemente en 2015 se lo caracterizó como ‘acumulativo y polarizado’, debido a que

Paradoja: En el marco de la reducción de la pobreza, Bolivia muestra prevalencia de enfermedades vinculadas a la pobreza y de aquellas que expresan cambios propios de la modernización y del acceso a mayores recursos económicos.

POBREZA Y MODERNIZACIÓN

Tendencias de la transición epidemiológica y neoliberalismo

los rasgos centrales de la definición de la OPS se han mantenido en términos cualitativos.

DATOS ESENCIALES DEL PERFIL

La tasa bruta de mortalidad habría bajado de 7.6 por mil a 7,1 por mil en los períodos de 2005-2010 y 2010-2015.

La razón de mortalidad materna habría pasado de 416 por cien mil nacidos vivos en 1989, a 229 en 2003 y a 185 en 2014.

La mortalidad infantil de menores de 1 año, de 81,8 por mil nacidos vivos a 53,6 y a 48, y la de menores de 5 años, de 129,4 a 75 y a 56 en los mismos períodos.

En correspondencia, se habrían producido algunos cambios demográficos importantes: la tasa global de fecundidad se redujo de 4,9 a 3,5 hijos por mujer entre 1989 y 2008; la

esperanza de vida al nacer se habría incrementado de 65,5 años para el período 2005-2010 a 67,2 años para el período 2010-2015.

Empero, estas mejoras habrían estado acompañadas, (OMS, 2001-2014), de la elevada presencia de enfermedades transmisibles y la creciente participación de las

enfermedades crónicas, como causas de mortalidad.

Así, la Mortalidad Proporcional (porcentaje del total de muertes para todas las edades y sexo), entre 2010 y 2014 (cuadro 1).

Complementariamente, la evolución ascendente de algunas enfermedades crónicas en el período 2010-2015, dio por resultado incrementos en:

- Diabetes, de 64.136 a 88.058
- Enfermedades cardiovasculares, de 46.185 a 60.152
- Hipertensión de 102.109 a 161.435
- Enfermedades reumáticas, de 77.292 a 80.543
- Sobrepeso, de 35.315 a 67.294.

Esta evolución en las condiciones de salud tuvo lugar en el marco de una reducción importante de la pobreza en el período 2006-2014: pobreza moderada de 60,6 a 39,3% y pobreza extrema de 38,2 a 17,3%, como porcentajes de la población total.

Por tanto, Bolivia mostraría un perfil que combina características de las dos etapas de evolución de las condiciones de salud: prevalencia de enfermedades vinculadas a la pobreza y de aquellas que expresan cambios demográficos y socioeconómicos propios de una mayor modernización cambio en la pirámide de edad, fecundidad, etc.; acceso a mayores recursos económicos, aumento de la desigualdad económica, urbanización acelerada, etc. (CAV).

Cuadro I
Cambios en la prevalencia de enfermedades, 2010-2014

Tipos de enfermedades	2010	2014
Cardiovasculares	22	24
Cáncer	8	10
Respiratorias	5	3
Diabetes	3	4
Otras	19	18
Transmisibles (maternas, perinatales y nutricionales)	35	28
Trauma/lesión	8	13

Fuente: OMS. ENT Perfiles de Países. Bolivia, 2001 y 2014.

En muchas oportunidades se ha intentado incorporar los recursos de la seguridad social a la implementación de un Seguro Universal de Salud, sin el correspondiente traducirse en el incremento

Nuestra posición: urg

Afirman algunos expertos que la crisis del sistema de salud boliviano abarcaría el modelo de financiamiento, el modelo de gestión, el modelo de atención y los niveles de atención.

Empero, parece aún más evidente que detrás de las sucesivas reformas implementadas o proyectadas ha estado ausente o ha sido relegado el interés por fundamentarlas en una lectura actualizada del perfil epidemiológico del país.

Se ha intentado llevar a cabo reformas que concentraron su cuidado en el modelo de atención mediante la ampliación de la cobertura de sectores sociales y de las prestaciones, además de la concentración de las fuentes de financiamiento públicas y privadas.

La actual política gubernamental procura superar, supuestamente, la orientación focalizada y privatista del neoliberalismo, que centró sus esfuerzos en la implementación de un sistema basado en la lógica mercantil de

la rentabilidad antes que en la preocupación por el carácter social del mismo.

Sin embargo, muchas de las experiencias de reforma de las últimas décadas convergen en la búsqueda de incorporar los recursos de la seguridad social —fundamentalmente su patrimonio— para la implementación de un Seguro Universal de Salud, sin el correspondiente soporte desde el Estado, que debería traducirse en el incremento de la inversión en nueva infraestructura de salud y en mayores recursos destinados al gasto de funcionamiento.

Esta situación revela que entre los tomadores de decisión de las políticas públicas persiste la prioridad del equilibrio fiscal, heredada del anterior modelo neoliberal.

Por ello, destaca a la vista la contradicción —común a todas las políticas públicas— entre la magnitud de recursos fiscales destinados a actividades con propósitos electorales y la de los recursos dirigidos a la implementación

de acciones para la mejora de las condiciones para los servicios de salud.

En ausencia de cambios importantes en la actividad productiva de la economía nacional, y consecuentemente, en el financiamiento del Estado en todos sus niveles, y estando en curso el proceso de descentralización, se ha producido una situación de abierta disputa por los recursos fiscales entre los distintos niveles de gobierno: nacional, departamental y municipal.

Esta disputa descuida la atención efectiva a las demandas sociales, especialmente en el ámbito de la salud, deteriora aún más la cobertura y efectividad de los servicios públicos y alienta en mayor medida la difundida privatización de los mismos.

En consecuencia, el contenido, orientación y, en especial, la implementación de las reformas de los últimos años, revela que no se ha tomado con suficiente interés el estudio y la definición del perfil epidemiológico prevalente, que es el factor imprescindible a la hora de diseñar la “respuesta social” que consiste en el diseño del modelo de atención.

No sólo se ha descuidado la recolección de la información imprescindible sobre el estado de las condiciones sanitarias (desde 2008 no se ha vuelto a realizar la Encuesta Nacional de Salud²), sino que las entidades públicas responsables no han indagado sobre los efectos que este período de bonanza económica ha provocado, no solo en el ámbito de la reducción de la pobreza, el aumento del consumo o la extensión de la esperanza de vida etc., sino en los fenómenos que éstos traen aparejados.

Es decir, los problemas asociados a las nuevas formas y hábitos de consumo y de vida en general, que han derivado en la aparición de nuevas



Pacientes, con cáncer, en demanda de atención de parte de las autoridades.

social, y fundamentalmente su patrimonio, ante soporte desde el Estado, que debería o de la inversión en nueva infraestructura.

CAMINOS ALTERNATIVOS de la reforma¹

patologías y/o el incremento de las enfermedades crónicas.

LA PROPUESTA DEL CEDLA

Desde aquí propugnamos la necesidad de encarar una reforma de salud que, recogiendo el espíritu de la Declaración de Alma-Ata (1978), en particular el carácter integral de la atención sanitaria contenido en la Atención Primaria Integral de Salud, se proyecte hacia la universalización de la atención de salud mediante un Seguro Universal de Salud.

Estamos convencidos de que este objetivo sólo podría ser alcanzado a través de la integración de todos los sub-sectores del sistema y de todos los niveles de atención, dirigiendo los recursos financieros de diferente origen: contributivos y no contributivos, al mismo y único propósito.

Demandamos también que la participación del Estado en el financiamiento del sistema universal sea proporcional a la magnitud de las necesidades de la población que no cuenta con acceso a la seguridad social; esto es, un financiamiento adecuado para dotar de infraestructura a todos los niveles de atención y cubrir el gasto corriente en recursos humanos, insumos y medicamentos.

Se debe liberar, consecuentemente, el proceso de elaboración e implementación de las políticas del sector, es decir la definición de las prioridades, de la disputa de los recursos fiscales entre los diferentes niveles de gobierno, mediante el establecimiento de una prima anual per cápita de salud para todos los ciudadanos, la cual debería garantizar su atención a través de cualquiera de los prestadores públicos de servicios del sistema, independientemente de si pertenecen al nivel

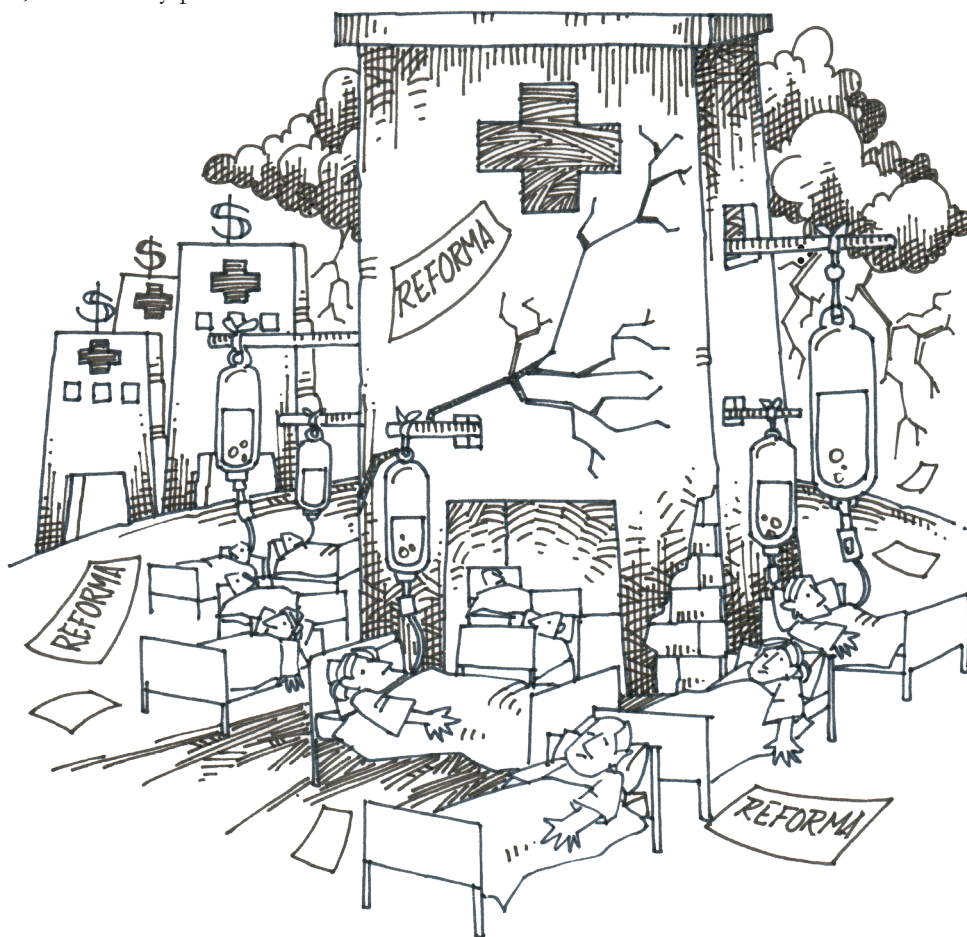
municipal, departamental o central del Estado o de instituciones sin fines de lucro adscritas al sistema público.

Finalmente, reivindicamos la necesidad de que los distintos actores relacionados con la salud, encabezados por el Estado, desplieguen esfuerzos extraordinarios en los ámbitos de investigación e información en salud, formación/actualización de los profesionales del sector, capacitación en aspectos sanitarios de la población — especialmente de los grupos más vulnerables— y fortalecimiento de la participación social, a través del involucramiento de las organizaciones sociales, sindicales y profesionales.

La reforma sólo podría ser alcanzada mediante la integración de todos los sub-sectores del sistema y de todos los niveles de atención y la concentración los recursos financieros de diferente origen: contributivos y no contributivos, al mismo y único propósito

NOTAS

1. Carlos Arze Vargas, economista investigador del CEDLA. Informaciones y segmentación condensadas y editadas con base en su contribución en: Revista GPFD N° 21, mayo, 2017.
2. La Encuesta de Demografía y Salud 2016 se publicó recién en octubre de 2017.



Se requiere un nuevo modelo de gestión con múltiples prestadores para utilizar toda la capacidad instalada de salud incluido el sector privado con y sin fines de lucro, además de conocer el costo de las prestaciones de las patologías prevalentes.

DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

De la crisis a un nuevo sistema universal de salud¹

El desafío nacional es construir un nuevo sistema de salud basado en el pluralismo estructurado con múltiples prestadores de servicios.

Pero el actual atraviesa una crisis estructural que engloba a sus cuatro componentes:

Financiamiento • Para alcanzar el promedio sudamericano se debe triplicar el gasto per cápita, lo cual es improbable por el nivel de dependencia de la exportación de materias primas y las fluctuaciones de precios en el mercado.

Gestión • Es imprescindible debatir sobre las competencias de salud asignadas a los municipios, debido a la heterogeneidad demográfica y capacidad institucional de los mismos, particularmente, en aquellos municipios con menos de dos mil habitantes y dispersos donde es imposible implementar políticas de salud.

Atención • Precisa un ajuste estructural para la construcción de nuevo modelo en función de los actuales perfiles epidemiológicos y demográficos del país.

Niveles de atención • El déficit de infraestructura, equipamiento y, fundamentalmente, de recursos humanos calificados, impiden otorgar las prestaciones de salud con calidad y eficiencia en todos los niveles, especialmente en el primero, por baja capacidad resolutoria.

¿Cómo superar la crisis?

Se requiere establecer un pacto nacional en salud con todos los actores del quehacer sanitario y definir un nuevo sistema que permita construir un Seguro de Salud de acceso universal.

En lo sucesivo, el debate para el nuevo sistema de salud debe plantear la conformación de:

- Un financiamiento sostenible de las prestaciones mediante dos vías: un fondo contributivo con los actuales recursos de las Cajas de Salud, y un fondo no contributivo con recursos provenientes de los impuestos, para facilitar el acceso a los ciudadanos que no estén asegurados en las actuales Cajas.
- Un nuevo modelo de gestión con múltiples prestadores para utilizar toda la capacidad instalada de salud en el país, incluyendo al sector privado con y sin fines de lucro; siendo imprescindible conocer el costo de las prestaciones de las patologías prevalentes en el país y de los niveles donde puedan ser resueltos.
- Un modelo de atención SAFCI en el primer nivel, con mejorada capacidad resolutoria e implementación, para el segundo, tercer y cuarto nivel, del tipo de medicina basado en la evidencia.
- Una política agresiva para superar el déficit crónico de recursos humanos.

De acuerdo a las normas internacionales se requieren 2,5 médicos por cada mil habitantes; Bolivia tiene actualmente 1,2, cuando debería tener por lo menos 25.000 médicos, 800 para cada una de las principales especialidades.

En cuanto al número de camas se tiene un déficit de 14.000 camas hospitalarias que debe ser superado junto a la mayor dotación de equipamiento adecuado y la construcción de una política nacional de acceso a los medicamentos gratuitos para los pacientes hospitalizados y para las principales patologías crónicas y un sistema de co-pago para la consulta externa.

Finalmente, es imprescindible construir tres modelos metropolitanos:

En La Paz, El Alto y los municipios adyacentes (Viacha, Achocalla, Laja, Mecapaca y Palca).

En Cochabamba, Sacaba y Quillacollo y los municipios adyacentes (Vinto, Colcapirhua).

Y en Santa Cruz, Montero, Warnes y La Guardia.

NOTA

1. Guillermo Cuentas Yáñez es especialista en salud pública. Informaciones y segmentación condensadas y editadas con base en su contribución para la revista GPFD N° 21, mayo, 2017.



Un sistema de salud, responde en su diseño, organización e implementación como política pública a un contexto histórico, ideológico, económico y social específico de cada país. La estructuración y funcionamiento de un sistema de salud se construye con cuatro pilares o modelos:

- De Gestión, que es la expresión del modelo político.
- De Financiamiento, que responde al modelo económico.
- De Atención, que es el componente técnico.
- Niveles de Atención, que son la expresión de la capacidad instalada de un país en el desarrollo de sus políticas públicas sociales.

Su construcción contempla la relación intrínseca que debe existir entre estos cuatro componentes, y las asimetrías entre los mismos pueden impedir el desarrollo de cualquier sistema de salud.

El desarrollo de los sistemas de salud fue configurando distintos modelos y sistemas que hoy diversos autores clasifican esencialmente en: Público Integrado, Público Segmentado, Público con subcontratos y Público Intensivo en contratos.

REFORMA Y PERFIL DEMOGRÁFICO

Es un proceso dinámico que debe responder al perfil epidemiológico y demográfico de un

Es imprescindible atender la actual demanda insatisfecha con una oferta de prestaciones que respondan con eficiencia y calidad a la emergencia de nuevas patologías prevalentes

SISTEMAS DE SALUD

¿Qué son y cómo se desarrollan?

país en un período determinado y a los cuatro pilares estructurales mencionados (gestión, financiamiento, atención y niveles de atención) en cuanto a su capacidad resolutoria en infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

Bolivia se encuentra en un período de transición epidemiológica y demográfica, lo que determina que el actual perfil epidemiológico sea acumulativo y polarizado o de múltiple carga porque junto con las enfermedades inmuno-prevenibles y endémicas transmisibles coexisten las crónicas, emergentes y desatendidas, y los accidentes de tránsito.

Una de las características del período de transición epidemiológica en el país es que no sigue una secuencia única. La presencia de enfermedades transmisibles y crónicas persistirá en el tiempo y este período de transición será prolongado; su efecto directo se traducirá en un nuevo tipo de demanda de servicios.

En términos generales, se trata de una atención privile-

especializados y un seguimiento constante.

Se trata de una atención de alto costo para instituciones y pacientes, y los modelos de gestión, financiamiento, atención y la capacidad resolutoria de los niveles de atención deben responder a este perfil epidemiológico y a los cambios demográficos.

Por ello, es imprescindible reformar el sistema de salud para superar la actual demanda insatisfecha de la población con una oferta de prestaciones que respondan con eficiencia y calidad a las necesidades de atención en las nuevas patologías prevalentes, en sus componentes de autocuidado, promoción, prevención, curación, rehabilitación y reinserción social.

Si se analiza la carga de enfermedad por grupos etarios, se tiene que en el grupo de 0 a 14 años y en la población adulta son diferentes (cuadro 1).

En cuanto al perfil demográfico en transición, el Censo de 2012, mostró una disminución significativa del grupo etario de 0 a 14 años al 31,2% con relación al 41,5% que comprendía el Censo de 1992 y un aumento del grupo etario de 15 a 64 años del 54,3% en 1992 al 62,7% en 2012. De manera similar, la población de personas de 65 años y más subió del 4,2% en 1992 al 6,1% en 2012, incremento que anuncia que las enfermedades crónicas serán en el futuro las principales causas de morbilidad. Para el año 2035 se proyecta que Bolivia

Cuadro 1
Principales causas de morbilidad en Bolivia

Grupo etario	Causas
0 a 14 años	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, IRAS y perinatales
Adultos	Enfermedades Cardiovasculares
	Cáncer (Mujeres: Cérvix, Mama; Hombres: Próstata, Colon, Pulmón, Digestivos, Genitourinarios)
	Accidentes de tránsito

Fuente: Ministerio de Salud, 2015. Elaboración propia.

giada, polimedicamentosa, tecnológicamente exigente, que requiere de especialistas para la atención en hospitales de segundo y tercer nivel, un personal altamente calificado para la atención en los institutos

tendrá 14.110.019 habitantes con una menor tasa global de fecundidad de 1,2%.

Los cambios demográficos en los últimos 20 años revelan claramente el envejecimiento de la población y, con ello, el aumento de la esperanza de vida que incrementará la demanda de servicios de alta complejidad. Estos cambios determinarán que el año 2020 la esperanza de vida sea de 73,9 años, 70,5 años para hombres y 77,5 años para mujeres.

Asimismo, generarán una demanda de atención diferenciada por grupos etarios. De acuerdo a la Encuesta de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas de 2012, el 54% de los menores de cinco años demandaba atención de servicios de salud, mientras que, la demanda de la población de 11 a 20 años con relación a años anteriores fue disminuyendo hasta llegar al 10%. A su vez, las poblaciones de 50 a 69 años y de 70 años y más, incrementaron la demanda de atención médica, develando que el envejecimiento de la población genera una atención mayor de las enfermedades crónicas que son poli-morfológicas y requieren servicios de alta complejidad.

Los actuales perfiles epidemiológico y demográfico, modificaron las principales causas de morbilidad y mortalidad en Bolivia ya que ahora son las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 13,73% y las neoplasias malignas con el 11,34%, las dos principales causas de mortalidad general (cuadro 2).

GASTO PER CÁPITA

Usualmente se utiliza el porcentaje del PIB que un Estado destina para financiar el funcionamiento de su sistema de salud como un indicador de los resultados en cuanto a morbi-mortalidad materna infantil y de la

prioridad que asigna a sus políticas sociales, específicamente.

Se plantea que este indicador debería estar entre 9 y 10%; el promedio mundial es de 9,11% (Banco Mundial, 2015). Sin embargo, la determinación de este porcentaje tiene la limitación de que el presupuesto neto asignado a las acciones sanitarias depende del tamaño del PIB de cada país; por ejemplo, Nicaragua destina el 9% de su PIB para salud, pero su gasto per cápita es apenas de 77 dólares (cuadro 3).

El país que tiene el gasto per cápita más alto en el mundo es Noruega con 9.055 dólares.

El presupuesto de salud de 18.304 millones de bolivianos previsto para 2017 (2.629 millones de dólares) debería incrementarse en los próximos años hasta 54.740 millones de bolivianos (7.865 millones de dólares), es decir, debería triplicarse y, casi quintuplicarse para alcanzar el promedio mundial; esa es la realidad del financiamiento del sistema de salud en el presente.

Para alcanzar el promedio sudamericano, el presupuesto en salud de Bolivia debería representar el 24,8% del PIB del año 2016 que era de 31.653 millones de dólares, cifra imposible de lograr en los próximos cinco años.

El análisis de la evolución del presupuesto de salud entre 2012 y 2017 muestra un incremento importante del mismo.

En 2012, el presupuesto total era de algo más de 8.132 millones de bolivianos (1.168 millones de dólares) con un gasto per cápita de 107 dólares. De este monto, el 50,5% equivalente a 4.106 millones de bolivianos (590 millones de dólares) correspondía al sector público, 44,7% a la seguridad social con 3.634 millones de bolivianos (522 millones de dólares) y el

4,8% con 392 millones de bolivianos (56 millones de dólares) a los seguros universitarios.

A su vez, en 2017, el presupuesto previsto se incrementó en un 15% con relación al año precedente, vale decir, a 18.304 millones de bolivianos (2.629 millones de dólares) lo que implica un incremento en términos absolutos de 2.349 millones de bolivianos (337 millones de dólares) (GCY).



Cuadro 2
Principales causas de mortalidad

Causas	Porcentaje
Enfermedades del sistema circulatorio	13,73
Neoplasias malignas	11,34
Causas externas de morbilidad y mortalidad	10,79
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	10,19
Enfermedades del sistema digestivo	10,18
Enfermedades del sistema respiratorio	9,92
Enfermedades infecciosas y parasitarias	9,54
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	6,74
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos	6,23
Otras	11,34
Total	100,00

Fuente: Ministerio de Salud, 2015.

Cuadro 3
Gasto per cápita en salud, 2015

País	Gasto per cápita (En \$US)
Uruguay	1.432
Chile	1.204
Brasil	1.083
Argentina	1.074
Colombia	533
Venezuela	497
Bolivia	239*
Promedio Sudamérica	715

Nota: * Dato para el año 2017

Fuente: Banco Mundial, 2015 y TGN 2017. Elaboración propia.

En el sector público, en 2017, el mayor monto de su presupuesto fue destinado al pago de sueldos y salarios con 412 millones de dólares transferidos a los SEDES, pero otros rubros de mayor importancia tienen menor asignación presupuestaria.

¿CUÁNTO SE INVIERTE EN SALUD?

El financiamiento en las Cajas sectoriales y otros niveles

El presupuesto de la seguridad social de corto plazo en 2015, era de 5.590 millones de bolivianos (803 millones de dólares), monto que se incrementó en 2017 a 9.296 millones de bolivianos (1.335 millones de dólares) lo que representa un aumento del 67% con relación al del año 2015.

Sin embargo, lo paradójico del funcionamiento de las Cajas de salud es que, contando con significativos recursos, éstos no fueron ejecutados íntegramente, considerando las necesidades de atención de salud existentes. Justamente, en el año 2015, el total de sus ingresos fue de 5.590 millones de bolivianos y sus egresos de 4.945 millones de bolivianos generando un saldo significativo de 645 millones de bolivianos (92 millones de dólares).

En el caso de la Caja Nacional de Salud que es la más grande del sistema de seguridad de corto plazo, en el mismo año,

tuvo un ingreso de 3.330 millones de bolivianos (478 millones de dólares) y sus egresos fueron de 2.778 millones de bolivianos (399 millones de dólares), con un saldo sin ejecutar de 552 millones de bolivianos (79 millones de dólares) reflejo de una gestión ineficiente (cuadro 1).

EN EL SECTOR PÚBLICO

En la gestión 2017, el mayor monto de su presupuesto fue destinado al pago de sueldos y salarios con 2.874 millones de bolivianos (412 millones de dólares) transferidos a los SEDES. En contraste, otros rubros de mayor importancia tienen menor asignación presupuestaria.

Precisamente, a las acciones referidas a la universalización del acceso a la salud se asignó un presupuesto menor de 1.592 millones de bolivianos (228 millones de dólares,) y un monto todavía más reducido a la

inversión en salud de 508 millones de bolivianos (73 millones de dólares). Este monto es una cifra insuficiente para las necesidades de inversión en salud.

Sin embargo, el Gobierno indicó que, por la venta de bonos soberanos, el país contaría con 6.960 millones de bolivianos (1.000 millones de dólares) para inversiones en infraestructura hospitalaria que contribuirían con aproximadamente 5.200 nuevas camas, reduciendo en casi 50% el actual déficit de camas hospitalarias. De concretarse esta previsión, sería el proyecto más importante en cuanto al desarrollo de infraestructura del sistema público de salud se refiere.

EN LOS MUNICIPIOS

En 1994, la Ley 1551 de Participación Popular transfirió a los gobiernos municipales la administración de la infraestructura de los centros de salud y de hospitales de segundo y tercer nivel y, la responsabilidad de su equipamiento y dotación de medicamentos e insumos. Posteriormente, la ley marco de Autonomías y Descentralización Andrés Báñez (Ley 031) transfirió a los gobiernos departamentales, la administración de los hospitales de tercer nivel y la responsabilidad de su equipamiento y dotación de insumos y medicamentos.

Para 1996, en este marco, se inició el proceso de implementación de seguros públicos

Cuadro 1
Relación de ingresos y egresos en las cajas de salud, 2015

Institución	Ingresos (en \$us)	Egresos (en \$us)	Saldo (en \$us)
Caja Nacional de Salud	478.534.576	399.239.910	79.294.666
Caja Petrolera de Salud	147.110.128	150.655.367	3.545.239 (-)
Caja de la Banca Privada	57.264.436	53.962.676	3.301.760
Caja de Salud de CORDES	38.660.378	31.773.098	6.887.280
Caja de Salud de Caminos	16.798.114	14.665.412	665.412
Total	803.149.660	710.582.452	92.567.208

Fuente: INASES, Anuario 2015.

dirigidos inicialmente a los grupos vulnerables de mujeres embarazadas y de niños menores de cinco años a través del DS 24302 que dispuso la creación del Seguro Nacional Materno Infantil financiado con el 3,2% del 85% de los fondos de coparticipación tributaria para 32 prestaciones de salud.

En 1998 se promulgó el DS 25265 que creó el Seguro Básico de Salud con 92 prestaciones, financiado con el 6,4% del 85% de los fondos de coparticipación tributaria y del TGN, que se amplió con el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) establecido por la Ley 2426 aprobada en 2002 con el financiamiento del 10% del 100% de coparticipación tributaria y hasta el 10% de la cuenta del Diálogo 2000. Estos seguros marcan el inicio del modelo de Beveridge para financiar prestaciones en salud en nuestro país con recursos provenientes de fuentes impositivas.

También en 1998, mediante la Ley 1886, se creó el Seguro Médico Gratuito de Vejez para todos los mayores de 60 años que no tengan ningún seguro social o público. Fue financiado con una fórmula híbrida de “prima capitada” de 56 dólares anuales por asegurado, pagados semestralmente en un 60% por el TGN y 40% por los municipios; cubre todas las prestaciones en especie establecidas en el Código de Seguridad Social. Este modelo de financiamiento es una combinación del modelo bismarckiano al determinar una “prima” para cubrir todas las prestaciones establecidas en el Código mencionado y del de Beveridge por el pago efectuado con fondos de impuestos.

En enero de 2006 se promulgó la Ley 3323 que transformó la de 1998 en el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) modificando el

modelo de financiamiento al transferir la responsabilidad de administración de los recursos a los gobiernos municipales y autorizar el uso de recursos del IDH. De esta manera, este seguro se convirtió en un modelo clásico de Beveridge.

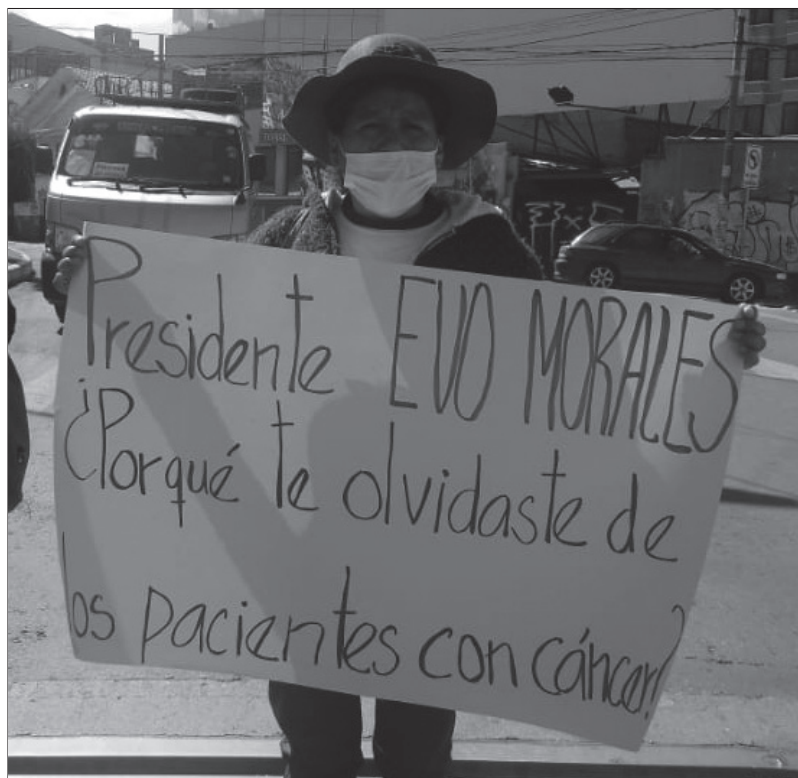
Para 2013 fueron fusionados el SUMI y el SSPAM mediante la Ley 475 de “Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia” financiado con el 15,5% de los fondos de coparticipación tributaria, TGN, IDH y con los saldos de la cuenta del Diálogo 2000, administrados en una cuenta municipal de salud. Con esta ley se crea el Fondo Compensatorio Nacional de Salud (COMSALUD) cuya administración fue encargada al Ministerio de Salud. Todas estas disposiciones mantienen el modelo de Beveridge para el financiamiento de los servicios de salud.

Desde el año 2007 se crearon varios seguros públicos promovidos por algunos gobiernos

subnacionales como el de Tarija con el SUSAT y en el departamento del Beni el SUSA, junto con otros seguros escolares municipales en El Alto, Cobija, Carapari, Tomina y Villa Alcalá.

Todos estos seguros son loables en cuanto a su buen intento, pero, sin mayor trascendencia e impacto en los indicadores de morbilidad y mortalidad con excepción del SUSAT.

Destaca, de manera negativa, la baja inversión de recursos en infraestructura y en otros medios de atención de salud (no superan el 20%), tanto en el nivel central del Ministerio de Salud como en los gobiernos departamentales, municipales y en las entidades de la seguridad social. En 2015 los municipios contaron con un presupuesto de 2.913 millones de bolivianos (418 millones de dólares) de los cuales sólo el 18% fue destinado a la inversión (GCY).



Pacientes, con cáncer, tuvieron que recurrir al bloqueo de calles y a la huelga de hambre reclamando atención de las autoridades.

El sistema oficial profusamente promocionado y presentado como ‘Sistema Único’ y más tarde como Seguro Universal de Salud (con la misma sigla, SUS), sigue como un anuncio: el primer plazo de inicio estaba señalado para el 2010 y sin explicación alguna aparece ahora como gran proyecto a cumplirse el 2020.

Uno de los intentos de implementación del SUS fracasó por la resistencia de las Cajas de Seguro de Salud que salieron en defensa de sus recursos económicos frente al proyecto gubernamental de concentrarlos en una caja común para crear este sistema.

Quedó claro que ningún sector de la población se resignaba a perder lo cierto por lo dudoso. No se tuvo en cuenta que para mejorar algo no es necesario destruirlo. No se analizaron experiencias nacionales que lograron coordinar lo disperso en beneficio de un bien mayor, como ocurrió durante el primer gobierno de la recuperación democrática en el país (1982).

En ese momento, el Ministerio de Salud, robustecido por los Comités Populares de Salud, pudo ejercer su rol rector sobre las cajas de seguro, los servicios de la iglesia, las ONG y hasta en los servicios privados, logrando que todos

Existe una fuerte corriente de opinión, preferida por los regímenes populistas, que insiste en diferenciar como Sistema Único de Salud exclusivamente a la organización centralizada, financiada y gestionada directa y exclusivamente por el Estado, vale decir, como un sistema estatal de salud.

LA POLÍTICA Y LOS SEGUROS DE SALUD

El sistema actual¹

participaran por igual en las grandes movilizaciones para erradicar el bocio endémico y reducir la mortalidad infantil que bajó de 200 a 75 por mil.

En la práctica, se unificó todo el sistema poniéndolo al servicio de la salud de toda la población dando un paso importante hacia la conformación de un sistema universal de salud.

Para la creación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) se logró la participación de los servicios de todo el sector y pese a la adversa situación política, hasta los alcaldes contrarios al régimen

de gobierno contribuyeron a su estructuración.

Una inteligente coordinación de los distintos componentes del sistema es posible sin perjuicio de su progresiva integración de acuerdo a las necesidades.

NOTA

1. Javier Torres-Goitia Torres ha sido funcionario internacional en el sector de salud pública. (Notas y segmentación condensadas y editadas con base al artículo escrito en CEDLA, Revista GPFD N° 21, mayo, 2017).

TRES CONCEPTOS BÁSICOS

Política de salud • Es la estructuración y uso del poder nacional, departamental o local, para utilizar recursos, fijar objetivos generales y establecer acuerdos con otros sectores del gobierno o instituciones ajenas a él; abarca la totalidad de los problemas incluyendo la forma de gestión que puede ser descentralizada o no, con o sin autonomía.

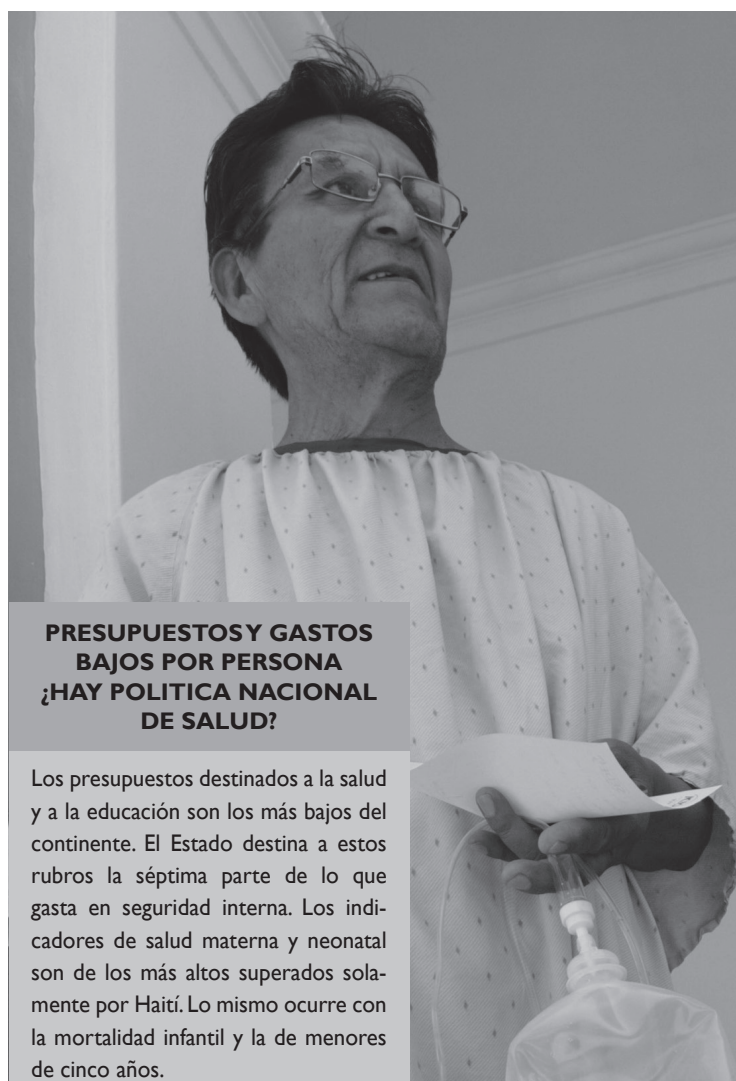
Gestión • Organización y administración de recursos para la producción de bienes y servicios. Debe estar relacionada con la cultura local y desarrollarse con la participación activa de la comunidad. Aplica la política y la retroalimenta, estableciendo una relación dinámica entre ambas.

Sistema de Salud • Engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión (OMS). Existe una fuerte corriente de opinión que insiste en diferenciar como Sistema Único de Salud exclusivamente a la organización centralizada, financiada y gestionada directa y exclusivamente por el Estado, vale decir, como un sistema estatal de salud.

Esta corriente es la preferida de los regímenes populistas.

Se publicita que la gestión oficial se centra en el Sistema Único de Salud, el modelo SAFCI y la vigencia del derecho a la salud. Con un mínimo de concreción, estos planteamiento se mantienen como proyectos o ensayos de realización

Octubre de 2018



PRESUPUESTOS Y GASTOS BAJOS POR PERSONA ¿HAY POLÍTICA NACIONAL DE SALUD?

Los presupuestos destinados a la salud y a la educación son los más bajos del continente. El Estado destina a estos rubros la séptima parte de lo que gasta en seguridad interna. Los indicadores de salud materna y neonatal son de los más altos superados solamente por Haití. Lo mismo ocurre con la mortalidad infantil y la de menores de cinco años.

Cuadro I
Mortalidad infantil y en menores de cinco años en
Centro y Sud América*, 2013-2014

País	Tasa de mortalidad infantil ** (2014)	Tasa de mortalidad en menores de 5 años *** (2013)
Haití	49,4	66,7
Bolivia	38,6	35,3
Guyana	33,6	31,7
Guatemala	23,5	27,8
Paraguay	20,8	19,7
Nicaragua	20,4	20,8
Perú	20,2	15,0
Venezuela	19,3	13,2
Brasil	19,2	12,1
Honduras	18,7	19,7

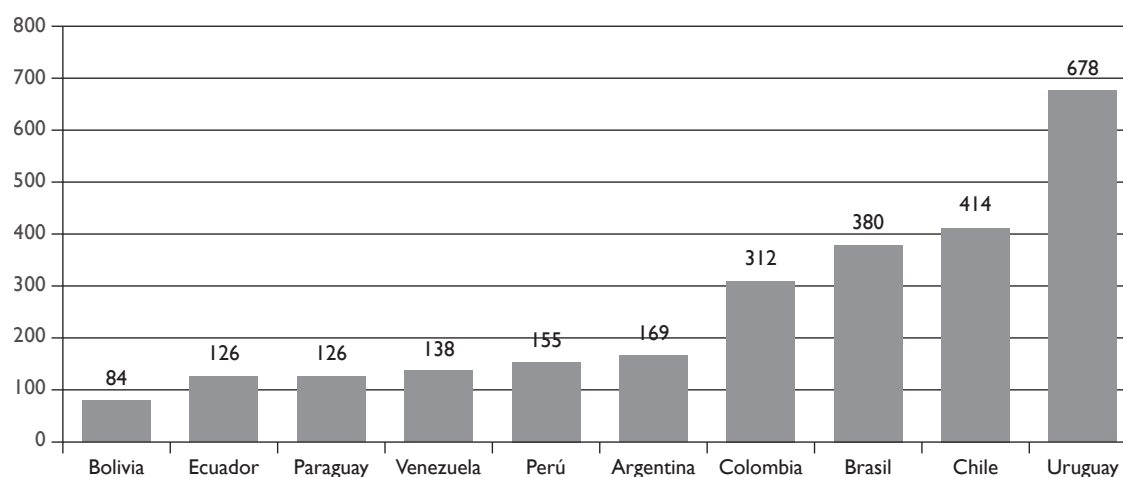
Notas: * Países con las tasas de mortalidad más altas.

** Número de muertes de niños menores de un año de edad por cada 1.000 niños nacidos vivos.

*** Número de muertes de niños menores de 5 años de edad por cada 1.000 niños nacidos vivos.

Fuente: www.indexmundi.com/es

Gráfico I
Gasto anual en salud por persona
(En dólares americanos)



Fuente: Banco Mundial (<https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD?locations=BO>)

Elaboración: Dr. Javier Torres-Goitia Torres, incluida en su artículo para la Revista GPFD N° 21.

Se considera la expresión ideológica de la política de salud del actual gobierno. Paradójicamente, pese a su discurso de avanzada social y fuerte crítica a gestiones pasadas, trata de reproducir dos experiencias “coloniales y neoliberales”.

HERENCIA, DEUDAS Y EFICACIA

El Modelo SAFCI

Fue diseñado en el comienzo de la gestión gubernamental y aprobado por el Decreto Supremo 29601, en 2008, que en su artículo 2 señala:

“El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población”.

Con un discurso político de avanzada social y fuerte crítica a las gestiones pasadas, el modelo SAFCI, paradójicamente, trata de reproducir dos experiencias “coloniales y neoliberales”.

La primera • Médicos del Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud (PIAAS) que actuaron eficazmente con innegables logros en salud en el primer período abierto por la recuperación de la democracia en 1982.

La segunda • Gestión Compartida y Concurrente con Participación Popular, que

el gobierno depuesto en 2003 puso en vigencia con la aprobación de la ley del SUMI.

La abundante promoción del modelo SAFCI lo muestra como un instrumento para poner en práctica los postulados de la nueva Constitución Política del Estado con relación a la salud.

El decreto pone énfasis en el contenido social del sistema de salud, mantiene el sistema de redes de servicios locales de atención coordinados por el DILOS de cada municipio y ratifica el funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud bajo la orientación de la Dirección Nacional del Ministerio de Salud.

Sin embargo, las pequeñas variantes en la gestión del sistema de salud ya mencionadas desarticulan el anterior funcionamiento restándole eficacia.

Pese a todo, el modelo SAFCI está considerado como el documento básico y la expresión ideológica de la política de salud del actual gobierno.

Según las publicaciones oficiales “logra romper esquemas antiguos y abre espacios para que la población acceda a los servicios de salud. En la Bolivia de hoy, la salud ya no es privilegio de pocos es un derecho de todos”.

Es fácil observar que las declaraciones teóricas no guardan coherencia con la práctica y no se ha hecho ningún esfuerzo por incorporar el SAFCI al sistema que continúa sin cambio.

Los médicos del modelo oficial están desparramados en municipios afines al oficialismo, cumplen funciones asistenciales y los que pueden hacen, además, trabajo comunitario con promoción de la salud y educación. Pero el SEDES, prácticamente los ignora.

Muchos de ellos son contratados directamente por el Ministerio de Salud y no figuran en las planillas departamentales. Esta situación irregular ha dado lugar a reclamos de los propios médicos SAFCI generando conflictos con esta cartera de Estado (La Razón, 29 octubre, 2014).

La situación de los médicos del modelo es similar a la de sus colegas cubanos que han llegado al país por convenio intergubernamental. Trabajan en dependencia directa del Ministerio de Salud en muchas áreas rurales y en algunas urbano-marginales, prestando servicios asistenciales convenidos con el municipio, pero, habitualmente sin ítem presupuestario reconocido oficialmente, tema de muchas aristas (JT-GT).

••

Con un discurso político de avanzada social y fuerte crítica a las gestiones pasadas, el modelo SAFCI, paradójicamente, trata de reproducir dos experiencias “coloniales y neoliberales”.

Este es otro programa manejado directamente por el Ministerio de Salud por fuera del sistema actual: cada médico contratado tiene un barrio asignado y se hace responsable de la atención gratuita de toda la población que habita en la zona.

Además de atender pacientes en el consultorio debe visitar a la población en sus domicilios, elaborar una carpeta familiar y hacer seguimiento y control de las enfermedades crónicas. Es una réplica del vigente en Cuba, donde funciona como parte básica del sistema y en coordinación con los hospitales de segundo y tercer nivel.

En gran parte, esta modalidad es la que contribuye eficazmente a la atención médica con la diferencia importante de que allá no funciona como programa aislado con servicios fragmentados como ocurre en Bolivia, sino que está incorporado a la unidad del sistema.

Según el Ministerio, Mi Salud fue inaugurado como un proyecto piloto en junio de 2013 en la ciudad de El Alto, luego se extendió a 78 municipios del departamento de La Paz, 50 de Santa Cruz, 47 de Cochabamba, 29 de Chuquisaca, 34 de Potosí, 24 de Oruro, 11 de Tarija, 19 de Beni y a 15 de Pando, de manera que en tres años y medio, los profesionales dependientes del Ministerio de Salud atendieron a 9.722.633 "personas" de forma gratuita en 307 municipios de Bolivia.

Si las cifras de esta descripción oficial fueran verdaderas el programa podría considerarse universal ya que los municipios en Bolivia son 347 y si se atendió a 9.722.633 personas se habría prácticamente alcanzado la cobertura universal porque la población boliviana, de acuerdo al último Censo de 2012, sumaba un poco más de 10 millones.

Si atendió a casi 10 millones de personas habría prácticamente alcanzado la cobertura universal. Es más verosímil señalar que esa cifra se refiere al número de consultas nuevas y repetidas. Se expande lentamente y sigue una estrategia con influencia de intereses partidarios.

FUERA DEL SISTEMA

Programa "Mi Salud"

Es más verosímil señalar que esa cifra se refiere al número de consultas nuevas y repetidas. Los que viven en el país saben que este programa se expande aunque lentamente y siguiendo una estrategia que parecería deliberada pues lo hace de acuerdo con la influencia de los intereses partidarios completamente al margen del Sistema Nacional de Salud, que está desatendido.

LOS SEGUROS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES

La mesa técnica de trabajo reunida a convocatoria del CEDLA el 8 de diciembre del año pasado, ha ratificado que la aspiración colectiva a contar con un sistema de salud mejor al actual es compartida casi por todos: los esfuerzos que están haciendo las instituciones públicas a nivel local dejan ver claramente esta aspiración y lo mismo que las posibilidades de atenderla.

Tarija ha optado por ampliar el seguro a toda la población, partiendo de la consolidación del establecido para los adultos mayores (SSPAM) y del SUMI para luego extender los servicios a la población de 5 a 59 años no protegida por éstos. Su financiamiento es estable y los aportes indirectos que lo sustentan están metódicamente bien calculados.

Es un seguro sólido con continuidad garantizada, salvo sea afectado por eventos como la caída de los ingresos petroleros del IDH, de manera que Tarija,

en el marco de las autonomías logró hacer lo que pudo haber hecho el gobierno central y no lo hizo.

Santa Cruz tenía un proyecto similar, pero, no lo pudo poner en práctica por discordancias con el gobierno central, y Beni tiene un seguro universal con limitaciones que le impiden servir eficazmente a toda la población.

Los otros seguros buscan la universalidad y gratuidad de los servicios de salud, pero con un financiamiento que depende de la voluntad municipal o departamental. Les falta una base de sustentación sólida que esté por encima de circunstancias variables.

Todos aprovechan la cobertura que da actualmente el seguro social laboral a través de las cajas de salud, el SUMI y el SSPAM, vale decir, que buscan la universalidad y gratuidad de la atención combinando los seguros actuales con un sistema similar al estatal. En la reunión del CEDLA informaron que compran servicios de los establecimientos públicos ya instalados.

En la práctica, es un esfuerzo de algunas gobernaciones o municipios por superar las falencias de los SEDES con el riesgo de que los servicios se fragmenten y segmenten.

Sin embargo, pueden también contribuir a mostrar la posibilidad de expandir la cobertura del actual sistema coordinando y mejorando los servicios existentes sin destruir ninguno (JT-GT).

Universal, gratuito para el paciente, bien financiado y con autonomía de gestión, el futuro modelo debe responder a las necesidades colectivas de toda la nación y ser eficaz, amplio, nada sectario.

SUSTENTABILIDAD Y VULNERABILIDAD

La salud y el desarrollo¹

La aspiración primordial de todo ser humano es disfrutar del máximo bienestar físico, mental y social, y no sufrir enfermedades.

Además, investigaciones serias sobre la capacidad productiva del ser humano, muestran que el capital social tiene mayor rentabilidad que el construido.

Esta capacidad humana, designada por algunos como capital humano, está directamente relacionada con la buena salud. En este sentido la inversión en salud y educación, tiene una tasa de retorno a largo plazo, mayor a cualquiera de las actividades productivas de la industria o el comercio.

Estos conceptos cobran mayor valor, cuanto más pobre es un país, pues en los industrializados, la pobreza es menor y una buena parte de la población accede a niveles de bienestar que aun siendo inequitativos cubren por lo menos las necesidades básicas. El círculo vicioso donde la pobreza perjudica el desarrollo, y el deficiente desarrollo afecta la salud, limitando la potencialidad necesaria para superar la pobreza, es un factor de atraso que ataca más cruelmente a los más pobres. De este modo la pobreza, lejos de justificar la restricción de recursos para la salud, exige mayores inversiones.

Bolivia, ha derrochado sin posibilidad de recuperación los miles de millones de dólares que ingresaron al país por efecto del aumento de los precios de las materias primas. La sola suma de los ingresos extraordinarios

que recibió el Tesoro General de la Nación por el aumento del precio de las materias primas alcanzó a 60 mil millones en el período de 2006 a 2014. Infelizmente toda esa bonanza económica no fue aprovechada para mejorar el sector salud o por lo menos evitar su deterioro.

Y no es que el presupuesto de salud no haya crecido, aumentó, evidentemente, pero siempre en menor proporción a las necesidades crecientes del sector y con graves falencias e ineficiencia. Pero, sobre todo, lo que evidencia el menosprecio del régimen actual por la salud, es que el gasto en este rubro, como porcentaje del PIB, es menor al invertido por los calificados despectivamente como gobiernos neoliberales.

El licenciado Guillermo Aponte, con datos del Banco Mundial, muestra que en el período de los años 1999 al 2002, (período de la república democrática) el gasto en salud fue de 6,3% del PIB mientras que en los últimos 10 años del gobierno actual bajó a 5,3%.

LAS CIFRAS SIGNIFICATIVAS

El gobierno se jacta de haber reducido la pobreza en un 40% en los 12 años de su gestión. Sin embargo, con datos tomados de la CEPAL este descenso, insuficiente para solucionar sus graves problemas, no es, como dice la propaganda oficial, uno de los mayores del continente, pues en el mismo período Perú disminuyó la pobreza en 61%,

Ecuador en 55% y Paraguay en 49%.

Lo grave es que con el 38,6% de pobreza que tenemos, estamos entre los peores del continente y además en el último quinquenio, la pobreza ha empezado a subir nuevamente. Del año 2012 al 2017 aumentó en 6%. Este aumento, ratifica el diagnóstico de los economistas bolivianos quienes afirmaron que el descenso de la pobreza, basado en la volatilidad del rentismo, sin aumento de las fuentes de empleo ni otros componentes de un real desarrollo, no era sostenible y que su vulnerabilidad podría revertir la situación con nuevos ascensos de la pobreza, tal como ya está ocurriendo.

La medicina social actual, planteada inicialmente por médicos pioneros como Virchow, Peter Frank y otros, nació como crítica y rechazo al capitalismo de los inicios de la era industrial y aunque parezca paradójico, el populismo actual que proclama un anticapitalismo dogmático, es el sistema más cercano a ese capitalismo salvaje, a nombre de un socialismo del siglo XXI que contribuye muy poco al desarrollo.

Mientras el capitalismo evoluciona impulsando y aprovechando de diferentes maneras el avance de la ciencia y la tecnología, el socialismo, que nació como alternativa humana de solidaridad social, en su versión del siglo XXI es cada vez más dogmático, autoritario e irrespetuoso de los derechos humanos. La sed de poder y el culto a la

personalidad de un líder único, desplazan viejos ideales de justicia, solidaridad social y paz.

El extractivismo de materias primas, el rentismo social y la sobreexplotación de la naturaleza, que caracterizan al populismo, dañan la economía y provocan perjuicios, a veces irreparables y sobre todo contribuyen al deterioro de la vida humana y de la naturaleza.

Deterioro que se agrava por la aplicación de políticas de corto plazo o proyectos suntuarios faraónicos que, como ocurre en nuestro país, sacrifican un desarrollo integral y sostenible por una serie de actividades demagógicas para sostener la acumulación del poder y desarrollar el culto a la personalidad de un líder único.

Sin embargo, no todo es negativo. En la medida que se desmoronan los ismos ideológicos, que dividieron hasta ahora la sociedad en extremos irreconciliables, nuevas generaciones más sanas retoman viejos ideales y los inundan de esperanza. Gracias a la capacidad productiva que se incrementa cada día, el ser humano no necesita explotar a nadie ni dañar la naturaleza.

Nuestra Constitución Política afirma que la salud es un Derecho de la población y un Deber del Estado, garantizarla. Aunque este enunciado continúa como letra muerta, porque la defensa de la salud no solo que no ha mejorado, sino que ha dado marcha atrás, es posible reencausar la defensa colectiva de la salud.

LACRAS COTIDIANAS

Defectos atribuidos a los regímenes neoliberales y cuya radical condena constituye una bandera de lucha para los socialistas del siglo XXI, como la segmentación, la fragmentación, la insuficiencia del financiamiento,

el gasto de bolsillo y otros son realidades cotidianas en el país.

La segmentación está provocando que los seguros sociales, independientemente de atender sólo a un segmento de la población que no pasa del 30% del total de habitantes, internamente se vuelven a segmentar en las diversas Cajas de Seguro Social. Cada caja tiene diferente financiamiento y población asignada, sin asomo de coordinación, menos cooperación entre ellas. Aunque todas se financian con el 10% de los salarios de los trabajadores asegurados, hay segmentos de población como los pertenecientes a la Caja Nacional cuyos asegurados tienen salarios poco superiores al mínimo nacional como los maestros y gran parte de los empleados públicos, mientras que los de la Caja Bancaria por ejemplo doblan o triplican el monto de esos salarios.

Por consecuencia, los aportes reales que recibe cada caja son diferentes. Esta diferencia que afecta a los más necesitados quiso corregir el gobierno estatizando los fondos de la Cajas para formar un fondo común. Prácticamente era como buscar una igualación para abajo. Con fundadas razones no fue aceptada por ninguna caja con lo cual el Ministerio perdió toda iniciativa, creó una situación conflictiva que le restó autoridad y los servicios quedaron peor que antes.

La fragmentación de los servicios anula la atención integral del paciente.

Los niveles de atención creados para favorecer la conjunción y complementación de esfuerzos de médicos generales de base, con especialistas de segundo y hasta de tercer nivel pierden sentido. Un enfermo, cuyo problema rebasa la capacidad de resolución del primer nivel de atención, queda librado

a su suerte a veces por meses para conseguir cita con el endocrinólogo o el oculista sin que en el ínterin haya quien se preocupe de él. Para colmo el tercer nivel, tiene una administración totalmente separada de los dos primeros pues es administrada por la gobernación departamental mientras que los dos primeros son atendidos por el municipio. El Ministerio de Salud lejos de cumplir su rol rector, no tiene autoridad directa a nivel de los servicios departamentales ni municipales. Diseña sus propios programas que se ejecutan donde su influencia partidaria se lo permite, pero orgánicamente, son ajenos a los Sedes y a los municipios.

El gasto de bolsillo, es el monto de dinero que se ve obligado a erogar el paciente por deficiencia o ausencia del servicio de atención médica que requiere. No es novedad decir que se incrementa a diario.

La segmentación, fragmentación, y el deficiente equipamiento de los actuales servicios médicos, incluyendo las Cajas de Seguro debe y puede corregirse sin destruir instalaciones que están en funcionamiento y sin que los asegurados pierdan lo cierto por lo dudoso.

El Colegio Médico y su buen relacionamiento con los sectores populares y toda la sociedad boliviana permite esperar que su propuesta de un Sistema Universal de Salud, gratuito para el paciente, bien financiado y con plena autonomía de gestión, responda a las necesidades colectivas de toda la nación boliviana y sea eficaz, amplio, nada sectario, y de amplio beneficio para toda la población boliviana (JT-GT).

NOTA

1. El CEDLA agradece la contribución directa del autor para esta entrega de Alerta Laboral.



La población casi unánimemente busca contar con un sistema de salud universal gratuito, de calidad, sólidamente sustentado con gestión descentralizada y activa participación de los propios beneficiarios del sistema en cada departamento, municipio o institución de servicio. La actual participación de los movimientos sociales no es aceptada como popular porque al ser células del partido de gobierno, no tienen la solvencia ni la libertad de acción indispensable.

Es alentador que surjan iniciativas locales, municipales y departamentales para que, desde la base, partiendo de la aspiración de cada familia, barrio o comunidad, se estructuren formas unitarias para universalizar con calidad la atención de la salud, no como un medio de lucro ni de hegemonía política, sino como un bien superior que es constituyente de la vida misma. Su desarrollo merece contar con el respaldo general, particularmente cuando el proceso autonómico está en marcha. Pero al mismo tiempo, esos esfuerzos dispersos

Para que el sistema sea universal y de alta calidad necesita gestionarse con el objetivo único de mejorar la salud de todos. Esta especificidad del objetivo, no significa que la política sectorial se gestione aisladamente del contexto socioeconómico de la población.

SOBRE TODO, LA INFLUENCIA PARTIDARIA

Salud es vida: defectos a superar

muestran decepción con la labor del Estado en su conjunto, que está obligado —y más cuanto mayor sea la autonomía departamental o municipal— a poner en práctica políticas claras en salud, donde el rol rector del nivel central es no solo necesario sino imprescindible.

La mesa organizada por el CEDLA ha permitido ratificar el postulado de que la salud más que necesaria para la vida, es parte de ella, es su principal constituyente y por eso está por encima de todo otro interés.

Confabulan contra estos objetivos varios vicios que conviene señalar para evitarlos.

La política requiere ser bien definida, lo más justiciera

posible, sin exclusión de parte alguna.

El sistema de salud debería estar sólidamente financiado con recursos suficientes para dar impulso sostenido al desarrollo de su objetivo que será más factible cuanto mejor sea la coordinación e integración con las políticas de desarrollo social y económico.

Su gestión debe garantizar eficiencia y eficacia.

En materia de salud los defectos que más la afectan y deben ser superados son:

- La segmentación del sistema que es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de

¿PRIVADO, BISMARCKIANO, BEDVERIDGE O SHEMASKO?: 4 MODELOS DE FINANCIAMIENTO

Los seguros de salud constituyen formas previsionales para enfrentar riesgos futuros. Las previsiones pueden ser adoptadas por las familias, la sociedad o el Estado. El ideal es que el Estado, con la activa participación de todos los interesados, responda a los derechos que reconoce como vigentes, financiándolos de forma suficiente y sustentándolos con instituciones sólidas eficazmente organizadas. Los seguros sociales abarcan a los de corto plazo, como el de salud, con cuatro modelos de financiamiento; y a los de largo plazo como el pago de rentas de vejez, invalidez y de muerte.

Bismarckiano • Creado en Alemania en 1883 bajo el concepto de prima. Refiere a un porcentaje del salario del trabajador pagado con aportes estatal, patronal y laboral. En Bolivia, el Seguro Social de Corto Plazo que comprende a las Cajas de Salud que protege al 37,4% de la población boliviana (INASES, 2015), funciona con este modelo, con la particularidad que el aporte para cubrir las prestaciones de maternidad y enfermedad, asignaciones familiares y accidentes de trabajo es exclusivamente del aporte patronal y representa el 10% del salario total ganado del trabajador. En el caso de los jubilados, ellos aportan con el 3,5% de sus rentas.

Beveridge • Establecido en Inglaterra en 1942, que propuso la creación del Seguro Universal de Salud Inglés financiado con un porcentaje de los impuestos nacionales. En Bolivia, el actual Seguro Integral de Salud que fusiona los seguros del SUMI y SSPAM dirigidos a grupos vulnerables, se financia con este modelo, específicamente con el 15,5% de los fondos de coparticipación tributaria municipal y con un porcentaje variable del IDH.

Shemasko • Creado en la ex Unión Soviética con la asignación directa de recursos estatales. En Bolivia, los sueldos del personal de salud del sector público se financian con este modelo a través de la transferencia de fondos del TGN a los SEDES.

Privado • Comprende a establecimientos con o sin fines de lucro, financiado con recursos individuales (gasto de bolsillo) del ciudadano que requiera atención médica. En América Latina, Costa Rica es el ejemplo típico de aplicación del modelo bismarckiano, Brasil del modelo de Beveridge, Cuba del modelo Schemascko y EE.UU del modelo privado. En el país se utilizan los cuatro. (Guillermo Cuentas)

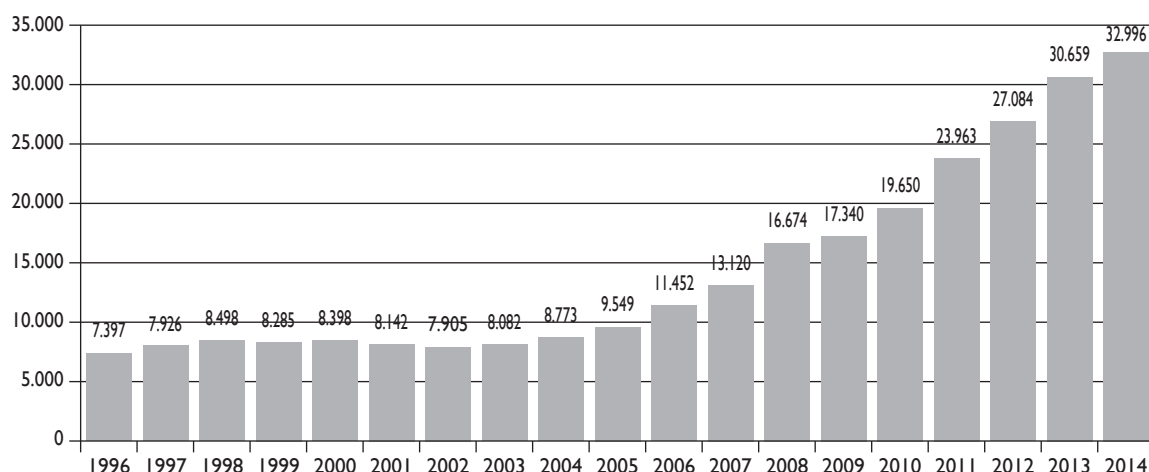
Octubre de 2018

- servicios de salud “especializados” en diferentes segmentos de la población;
- La fragmentación del sistema de salud que, es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial y;
- La ausencia de constitución de un sistema nacional regido por un directorio autónomo, integrado por profesionales seleccionados y una representación legítima de la población desvinculada de los partidos políticos (JT-GT).

LA BONANZA QUE NO SE APROVECHÓ

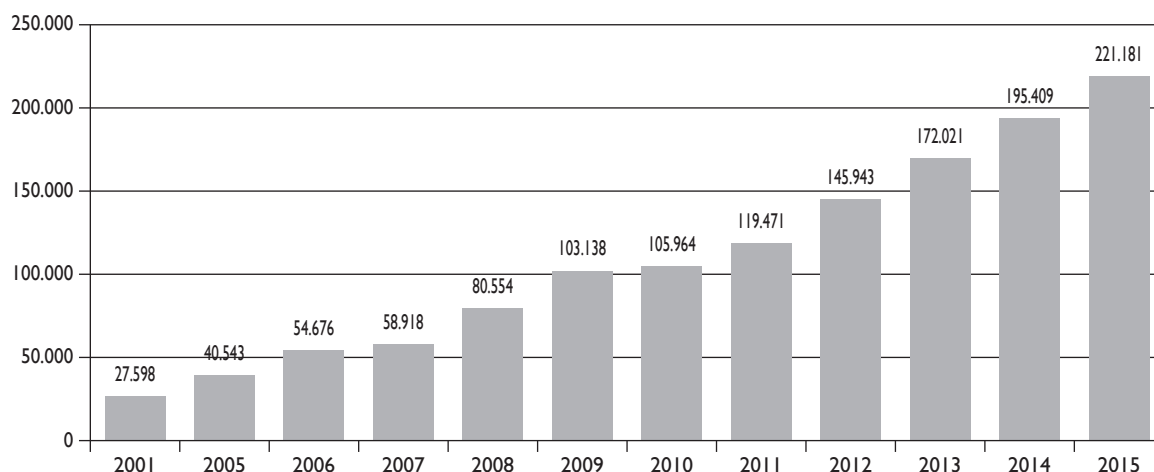
La elevación del precio de las materias primas incrementó el PIB de 9.549 en el año 2005 a 32.996 millones de dólares en el 2014 (gráfico 1). Los ingresos fiscales subieron de 54.676 millones en el 2006 a más de 221 mil millones de bolivianos en 2015 (gráfico 2). Montos millonarios que no se aprovecharon para el beneficio social tan reiterado en la Constitución.

Gráfico 1
Producto Interno Bruto (PIB), 1996-2014
(En millones de dólares)



Fuente: Banco Mundial (<https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD?locations=BO>)

Gráfico 2
Ingresos fiscales, 2001-2015
(En millones de bolivianos)



Nota: Los datos corresponden al presupuesto consolidado para cada gestión.

Fuente: Presentación del Ministro de Economía a la Asamblea Plurinacional en diciembre de 2016, para la aprobación del Presupuesto General del Estado correspondiente a la Gestión 2017.