

Reforma del Sistema de Salud de Bolivia, 1999

Bermúdez H.
Salinas W.
Centro Universitario de Medicina Tropical
Facultad de Medicina
Universidad Mayor de San Simón

Espada A.
Muñoz V.
Servicio Departamental de Salud SEDES

GENERALIDADES

Bolivia es un país en vías de desarrollo que cuenta con índices de salud demasiado bajos, lo que nos sitúa entre la poblaciones de mayor riesgo en el contexto latinoamericano. Bolivia está ubicada en la región central de Latino América, con una extensión territorial de 1'098.581 Km² y una población de 8 millones de habitantes. Geográficamente está constituida por tres pisos ecológicos: la zona montañosa altiplánica con un promedio de 3.600 m. de altitud, la zona de los valles con alturas de 1.500 y 2.500m. y la zona tropical con alturas entre 230 y 800m. sobre el nivel del mar. Está regionalizada en nueve departamentos, de ellos tres agrupan a casi el 50% de sus habitantes, de los cuales la mitad viven en las zonas urbanas. La problemática de salud de la mayor parte de la población esta predominantemente relacionada con las enfermedades de la pobreza, como las diarreas, tuberculosis pulmonar, la desnutrición, las inmunoprevenibles y la precaria higiene ambiental con altas tasas de morbilidad y mortalidad especialmente en el binomio madre niño.

ANTECEDENTES

Recién en 1938 se crea el ministerio de salud en Bolivia, y es el responsable de elaborar políticas de salud que sirvan para instrumentar y cumplir con este articulado de la carta magna. El modelo de atención propuesto era centralista hospitalario. En 1953 se crea un sistema de seguridad social que sirvió para ofertar al trabajador y su familia atención médica, adoptándose la consulta desconcentrada en policlínicos donde se encontraban los médicos especialistas. A partir de la década de los 70, este sistema de la seguridad social adopta un modelo de atención a través de los médicos familiares, que eran médicos generalistas que reciben un adiestramiento en las especialidades básicas, siempre en hospitales.

En 1984 bajo el influjo de la declaración de Alma-Ata, el país inicia una etapa de regionalización de salud, con una concepción de distrito y área de salud, creándose el primer nivel de atención con participación de la población, campañas de inmunizaciones, con conceptos centrados en la Atención Primaria de Salud. En la década de los 80 Bolivia ingresa a una gran crisis económica, considerada por los expertos como la más larga y difícil que se haya experimentado y se denominó como la “Década perdida” para referirse a la magnitud del retroceso que sufrió el país en su desarrollo. Haciendo un análisis sintético del contexto socioeconómico, de la organización política y del sistema de salud de la década de los 80, podemos concluir que:

En el contexto socioeconómico, los estilos de desarrollo que han prevalecido en las décadas anteriores en el país han llevado a una situación extremadamente difícil, agravada en la década del 80. Los modelos de desarrollo implementados estaban basados solo en el crecimiento económico sin tener un impacto social, llevando a una situación de crisis económica y por lo tanto un aumento de la pobreza, obligando a los gobiernos a implementar políticas de ajuste con aumento de la deuda externa para enfrentar esta grave situación y una marcada reducción de los presupuestos del área social.

En el campo laboral, al lado de la fuerza de trabajo incorporado a los sectores modernos de economía, creció una masa de población dedicada a las actividades informales sobre todo en las periferias urbanas. Al mismo tiempo la modernización y la agricultura y las formas del desarrollo agrícola, sumadas al deterioro ecológico, han provocado el creciente desplazamiento de los trabajadores, forzándolos a

la ocupación estacional o a la migración a las ciudades donde se incorporaron, por lo general al sector informal.

El proceso de urbanización fue rápido, profundizando además, las discrepancias en los niveles de ingreso y consumo de los distintos grupos sociales. Cerca del cuarenta por ciento de la población se encuentra por debajo de los niveles de pobreza absoluta. Esta pobreza no se encontraba homogéneamente distribuida en el interior del país sino en las áreas más deprimidas, traduciéndose en el incremento de las disparidades regionales observados hoy día.

Con relación al contexto de la organización política, podemos decir, que por las características del modelo económico, se crearon modelos de concentración del poder, con manifestaciones concretas en los aspectos del control de las fuentes de recursos y en las decisiones globales de políticas económicas y sociales. En el campo administrativo se desarrolló una excesiva centralización, lo que significó una disminución de la capacidad de los niveles departamentales y locales de gobierno para responder a las necesidades de sus poblaciones y una gran limitación de la participación social. Estas restricciones también contribuyeron a una generalización de formas burocráticas en la gestión del sector público, cuyas manifestaciones de ineficiencia y falta de compromiso con los intereses comunitarios pasaron a ser frecuentes, incluso en el sector salud.

El sistema de salud caracterizado por ser un sistema pluralista constituido por el Subsistema Público, la Seguridad Social y el Privado, los cuales desarrollan sus actividades en forma independiente sin ninguna coordinación entre ellos. Se evidencia una disminución del rol del Ministerio de Salud en su función de conducción del sector.

Los servicios estatales son insuficientes en cantidad y calidad, concentración de los recursos humanos en los grandes hospitales de las ciudades y una deficiente capacidad operativa y de gestión de los servicios. Los recursos se concentraban en inversiones físicas, atención de patologías y control de riesgos específicos y con una inversión en tecnologías de alto costo, haciendo que los servicios de salud sean poco accesibles a la mayoría de la población de escasos recursos.

La crisis económica no solamente causó detrimento del bienestar de vastos sectores de la población, sino que han limitado los recursos

económicos disponibles para las instituciones públicas que suministran servicios de salud.

Las limitaciones al acceso a los servicios de salud de grandes masas de población tenían así múltiples causas interrelacionadas. Por un lado, la disminución de las oportunidades de desarrollo al agravarse el desempleo y la capacidad de pago de los grupos de población más necesitados y, por otro lado el deterioro del funcionamiento del sistema de salud por inadecuada inversión, disminución de los presupuestos para gastos de operación y un deterioro en la eficiencia y eficacia de la gestión; consecuentemente las situaciones anteriores agravaron el cuadro de desigualdad del proceso de los servicios de salud. Existía una pequeña fracción de población con altos niveles de ingreso que tienen acceso a todas las posibilidades de consumo privado. Los trabajadores urbanos y en mínima proporción los rurales alcanzaban un nivel intermedio de acceso a la salud a través de la seguridad social y por pagos directos al sector privado, y una presencia importante en la medicina tradicional.

Finalmente, existían una gran masa de población del sector informal, desplazados y marginados, tanto rurales como urbanos, en situación de pobreza extrema, cuyos bajos niveles de ingreso aumentan los riesgos de enfermar y morir y cuyas necesidades básicas incluyendo los servicios de salud, deben ser resueltas por los sistemas de prestación del Estado; la respuesta de éste último, por su parte, era cada vez más insuficiente, tanto en calidad como en cantidad, para atender las necesidades crecientes de estos grupos.

ENFOQUE ESTRATÉGICO DE LA REFORMA

Es evidente, que el país había acumulado una grave deuda social que se expresaba, entre otros aspectos, en las diferencias relativas en los niveles de salud y en el acceso a los servicios. La crisis económica, los factores que han generado, las dificultades de recuperación de la misma y la adopción de nuevos modelos de desarrollo constituían las limitaciones más importantes a las posibilidades del desarrollo socioeconómico. Así mismo, representaban un desafío para buscar un nuevo balance entre los imperativos del crecimiento económico y la atención de las demandas sociales entre ellas las de salud.

Frente a esta situación crítica donde grandes sectores de la población siguen sin tener un acceso real a los servicios de salud y que este déficit de cobertura se produzca en medio de una restricción considerable de los recursos disponibles para el sector, representó un gran desafío para la capacidad de organización y gestión del sistema nacional de salud del país.

Para reducir los efectos de la crisis económica, resultaba de vital importancia que se utilicen, de la manera más eficiente, los recursos para la atención integral de salud y que, al mismo tiempo se produzca una intensa movilización de recursos nacionales, complementada por una movilización de recursos externos, para lograr la transformación del sistema de salud que permita atender las necesidades crecientes de la población. La consecución de esta meta reclamaba transformaciones sociales y económicas de gran significado, así como una revisión de la orientación, la organización y la administración del sistema nacional de salud.

En relación con la situación social se hacía necesario reexaminar las estrategias de desarrollo y activar la búsqueda de logros a fin de estimular el crecimiento económico sin dejar de responder a las demandas sociales, incluyendo las del área de la salud. Por lo tanto, se hacía urgente y prioritario iniciar un proceso de transformación del sistema nacional de salud, por los problemas que afectaban el desarrollo, entre los que se destacaban la grave crisis económica, política y social ; la insuficiencia de las respuestas institucionales ante el crecimiento y evolución de los problemas que enfrentaban el sector salud, la deuda sanitaria acumulada traducida en un cúmulo de necesidades insatisfechas, en los grupos de población desprotegidos y a la falta de equidad, eficacia y eficiencia de las acciones de salud.

El desafío principal que afrontaba el sector salud sería superar la inequidad que se manifestaba en las diferencias de acceso y cobertura de los servicios de salud y en las condiciones sanitarias, que a su vez eran reflejo de las inequidades sociales y económicas que predominaban. Todos los recursos del sector, y de la sociedad en general, debían encauzarse para afrontar este desafío.

Esto obligaba a profundizar en el análisis de la situación existente para reorientar los recursos nacionales e internacionales con mayor precisión, con el fin de traducir el discurso político en acciones concretas más eficaces y eficientes. En ese momento el gobierno debía

efectuar una cuidadosa ponderación de los medios y de la secuencia de acciones necesarias para lograr esos cambios que atenúe o supere la crisis económica, logre afianzar la democracia, y promueva el desarrollo humano sustentable y equitativo como un medio para un mejor bienestar, un aumento de la calidad de vida y de la dignidad humana.

MARCO LEGAL

En base a estas consideraciones el gobierno de Bolivia, a partir del año 1993, empieza a implementar políticas y medidas de reformas estructurales con la promulgación de las siguientes leyes que constituyen la base estructural para el nuevo Sistema de Salud:

1. La reforma de la Constitución Política del Estado, promulgada en 1994, está encaminada a la modernización de la estructura institucional del país, reconociendo el carácter multiétnico y pluricultural de la población y los derechos sociales, económicos y culturales de los pueblos indígenas.
2. La Ley de la reforma educativa persigue corregir la insuficiencia de recursos públicos para atender apropiadamente el sistema educativo; la elevada concentración de los mismos en el sistema universitario (31%); la ausencia de recursos humanos calificados y el excesivo centralismo administrativo; la carencia de textos y materiales básicos de enseñanza y condiciones precarias en el mantenimiento de la infraestructura, mobiliario y equipo; la capacitación insuficiente de los profesores, así como la baja cobertura en el área rural.

En dicha reforma cabe mencionar en especial la inclusión activa de la comunidad en la supervisión de la actividad educativa; el establecimiento de la enseñanza básica en la lengua materna y el currículum adecuado a la realidad de la sociedad boliviana; el fortalecimiento de la capacitación de los profesores y el establecimiento de mecanismos para una administración más eficiente del presupuesto de la educación.

3. La Capitalización de las principales empresas del Estado en los sectores de energía, ferrocarriles, fundición de minerales, petróleo, aeronavegación y telecomunicaciones. Consiste en el novedoso expediente de aportar con los activos actuales de dichas

empresas, a manera de capital inicial, para que inversionistas privados aporten con un monto igual de capital fresco. Esta inversión masiva se espera que tenga fuertes efectos multiplicadores, ayudando también a solucionar las carencias en la dinámica del empleo.

Estaba previsto que el capital del Estado en dichas empresas se distribuya en forma de acciones a la población boliviana. La distribución se realizaría a través de fondos de pensiones privados, que mantendrán la cuota de cada ciudadano en una cuenta de ahorros que genere los recursos para su jubilación. Al impulsar el ahorro forzoso en el largo plazo, cambiaría radicalmente la estructura de los ahorros en el sistema financiero, haciendo posible la contratación de créditos de términos más largos, dirigidos a la inversión privada de riesgo.

4. La Reforma administrativa del poder ejecutivo (1993) redujo el número de los ministerios de 17 a 10 y estableció tres ministerios multisectoriales encargados respectivamente de promover el desarrollo económico, el desarrollo humano y el desarrollo sostenible. La creación del Ministerio de Desarrollo Humano buscaba superar la subordinación de las políticas sociales a las políticas económicas, al mismo tiempo que resolvería de manera inédita la constitución de una autoridad social capaz de coordinar todo el proceso de formulación, ejecución y control de las políticas sociales bajo un enfoque unificado y con una jerarquía política que no había existido antes.

Bajo este Ministerio se agrupaban todas las instituciones que anteriormente se gestionaban como sectores independientes: educación, salud, saneamiento básico, vivienda, cultura y deportes. También debe destacarse la jerarquía institucional conferida a los temas de género y a los asuntos étnicos.

Por consiguiente, las políticas e instituciones de la salud se encontraban desde ese momento supeditadas al enfoque integral del desarrollo humano y a su nueva inserción institucional-administrativa.

5. La Ley de Participación Popular, promulgada en 1994, redefine las relaciones que se establecen entre las instancias ejecutivas nacionales del Estado y la sociedad a través del fortalecimiento

del rol de los gobiernos locales, generando un proceso de descentralización con participación de la ciudadanía a partir de sus organizaciones de base naturales. En términos de la gestión de los servicios de salud la Ley de Participación Popular transfiere al gobierno municipal la propiedad de la infraestructura física de los servicios públicos de salud y la responsabilidad de administrarlos, mantenerlos y renovarlos, reteniendo en la Secretaria Nacional de Salud la función de formular las políticas, planes, programas y normas de índole nacional.

6. La ley de Descentralización Administrativa, promulgada en 1995, refuerza lo establecido por la Ley de Participación Popular estableciendo la transferencia y delegación de atribuciones no privativas del poder Ejecutivo a las prefecturas, conformada por el prefecto y el Consejo Departamental (sistema local).
7. El Sistema Público de Salud Descentralizado y Participativo - Nuevo Modelo Sanitario, Decreto Supremo promulgado en 1996, basándose en la nueva concepción de “la salud desde el desarrollo humano” adecua el Sistema Nacional de Salud a la Ley de Participación Popular, tiene por finalidad alcanzar niveles de equidad, calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud, así como la solidaridad y universalidad en el acceso y la cobertura de la población. Los objetivos son:
 - Definir las prioridades de la Política Nacional de Salud en base a la incidencia, prevalencia y magnitud de las patologías, y en los factores de riesgo que incluye un modelo de atención, de organización, de gestión y un modelo económico.
 - Definir los niveles de atención determinando la red de servicios a través del Modelo de Atención con tres niveles :Centro de Salud, Hospital Básico de Apoyo y Hospital General de Referencia.
 - Definir la estructura Sectorial y las relaciones con los Municipios y comités de vigilancia (comunidad) a través del Modelo de Gestión Sectorial y gestión compartida con participación popular en salud, conformando las Unidades de Gestión Sectorial y el Directorio Local de Salud (DILOS).
 - Definir las responsabilidades y fuentes de financiamiento a través del Modelo Económico Financiero.

Un aspecto que se debe resaltar es que en este periodo, por primera vez en la historia del país, se implementa el Seguro de Maternidad y niñez que cubre atenciones médicas básicas para toda la población del binomio madre niño en forma gratuita en todos los servicios públicos de salud.

A finales de 1997 con el cambio de gobierno, se producen cambios en la Reforma administrativa del poder ejecutivo, anulando los ministerios multisectoriales como el Ministerio de Desarrollo Humano, volviendo al antiguo sistema de ministerios independientes y de esta forma subordinando nuevamente las políticas sociales a las políticas económicas.

Con referencia a las demás leyes de las reformas estructurales no sufrieron mayor modificación, otras más bien fueron profundizadas como la Ley de Descentralización Administrativa y el Sistema Público de Salud Descentralizado y Participativo a través de decretos de regulación del funcionamiento de las Prefecturas y profundización de la descentralización de la gestión en salud, promoviendo la eficiencia y la eficacia de las instituciones públicas a nivel departamental.

Es así que el actual gobierno plantea el Plan General de Desarrollo Económico y Social que se basa en cuatro pilares: Oportunidad, Equidad, Institucionalidad y Dignidad. Al interior del pilar de la Equidad se encuentra el componente de la Salud, con cuatro objetivos: la equidad, la eficiencia, la autonomía y la calidad.

Con referencia al seguro de maternidad y niñez, se cambia de nombre por Seguro Básico de Salud, ampliando las prestaciones de servicio con un enfoque hacia la atención de niños menores de 5 años, mujeres gestantes, Salud Reproductiva y la detección y tratamiento de cólera, malaria y tuberculosis.

Podemos concluir diciendo que:

- Los cambios estructurales iniciados en Bolivia a partir del año 1993 concuerdan con la mayoría de las recomendaciones de los organismos internacionales para acelerar la implementación de la Atención Primaria de Salud y así alcanzar la meta social de Salud Para Todos con equidad, eficiencia, eficacia y calidad, con solidaridad y universalidad.

- Que al presente son seis años de un proceso de cambio estructural, que nosotros consideramos todavía breve para medir los impactos en las condiciones de vida de la población.
- Sin embargo, es evidente el cambio importante en el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de primer nivel aumentando de esta forma la accesibilidad geográfica de los sectores más marginados.
- Otro logro importante en este proceso es la implementación del seguro básico de salud que permite romper las barreras económicas para la gran mayoría de la población y de esta forma aumentar la cobertura en salud particularmente de los grupos vulnerables.
- Por último es innegable, el valor de la incorporación de la comunidad, dentro de este proceso de cambio al asumir con responsabilidad la toma de decisiones y control de las acciones de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. OPS-CEPAL, 1994. “Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe, Washington, Dc, 1994.
2. OPS, 1995. “Acceso equitativo a los servicios básicos de salud”. “Hacia una agenda regional para la Reforma del Sector Salud”. (documento interagencial. Washington DC, agosto 1995.
3. Grebe H, Urdininea J.B. La Descentralización y los Cambios en el Sector de Salud en Bolivia. Fundación Milenio. 1995.
4. Cabrero M. Enrique, 1996. “Las políticas Descentralizadoras en el Ambito Internacional, CIDE, México, 1996.
5. Secretaría Nacional de Salud. Normas Legales en el Sector Salud. La Paz. Bolivia. 1997.
6. La descentralización de Recursos humanos en Salud en Bolivia. Mimeo, La Paz, Marzo 1998.
7. Profundización de los procesos de Descentralización en el Sector Salud. Publicación del Ministerio de Salud y Previsión Social. 1999.