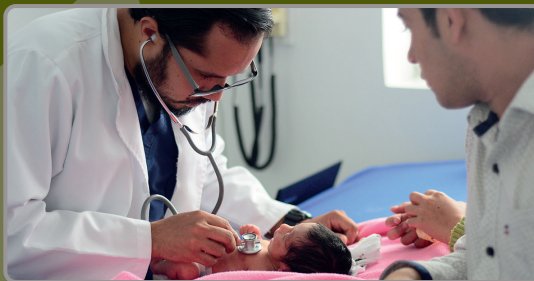


# SALUD PARA TODOS

Las experiencias de los seguros de salud locales en Bolivia



**21 GRUPO SOBRE POLÍTICA FISCAL Y DESARROLLO**

# 21 GRUPO SOBRE POLÍTICA FISCAL Y DESARROLLO

Grupo sobre Política Fiscal y Desarrollo (GPF) / Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario – CEDLA

Salud para todos. Las experiencias de los sistemas de salud locales en Bolivia / CEDLA / Revista de GPF N° 21 / Marzo de 2017 / La Paz Bolivia

Documento de sistematización del evento / Arze, Carlos; Torres-Goitia Torres, Javier; Cuentas Yañez, Guillermo y Unidad de Derechos Laborales y Seguridad Social.

Informe de salud

La Paz: CEDLA, marzo de 2017. vi; 76 p.

I. t.

II. s.

## DESCRIPTORES TEMÁTICOS:

<SALUD> <REFORMA DE SALUD> <SEGUROS DE SALUD> <POLÍTICA DE SALUD> <MEDICINA> <SISTEMA NACIONAL DE SALUD> <FINANCIAMIENTO DE LA SALUD> <MODELO SAFCI> <PROGRAMA MI SALUD> <GOBIERNOS DEPARTAMENTALES> <GOBIERNOS MUNICIPALES> <CAJAS DE SALUD> <SEGUROS DE SALUD LOCALES> <SALUD PÚBLICA>

## DESCRIPTORES GEOGRÁFICOS:

<TARIJA> <CHUQUISACA> <PANDO> <SANTA CRUZ> <SAN JOSÉ DE CHIQUITOS> <BOLIVIA> <AMÉRICA LATINA>

2017, CEDLA

Primera edición, marzo de 2017

**Director ejecutivo:** Javier Gómez Aguilar  
**Producción general:** Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario  
**Producción editorial:** Unidad de Derechos Laborales y Seguridad Social (CEDLA)  
Unidad de Comunicación y Gestión de Información (CEDLA)

## Compilación y

**sistematización:** Bruno Rojas Callejas / Rolando Carvajal Vargas  
**Cuidado de edición:** Soraya Luján Melazzini  
**Fotografías de tapa:** Cortesía Página Siete, El Diario y archivo CEDLA.  
**Diseño y armado:** Milton Iñiguez Durán  
**Impresión:** Hebron Impresores

**Editorial CEDLA:** Achumani, Calle 11, N° 100  
Entre García Lanza y Alexander  
Telfs. 279 4740 / 279 9848  
**Grupo sobre Política Fiscal y Desarrollo (GPF)**  
E-mail: [gspfyd@cedla.org](mailto:gspfyd@cedla.org)  
URL: <http://cedla.org/blog/grupopoliticafiscal>  
**Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario (CEDLA)**  
E-mail: [info@cedla.org](mailto:info@cedla.org)  
URL: [www.cedla.org](http://www.cedla.org)  
La Paz-Bolivia

El presente informe de salud ha sido elaborado en el marco del proyecto "Más recursos para el ejercicio de los Derechos Humanos" impulsado por el Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario (CEDLA), el Grupo sobre Política Fiscal y Desarrollo (GPF) y Educación Radiofónica de Bolivia (ERBOL).

La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad del autor y/o autores y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por ningún medio, sin permiso previo del editor.

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN	v
<b>SALUD PARA TODOS. UNA MIRADA CRÍTICA</b>	<b>1</b>
LA URGENCIA DE UNA REFORMA DE SALUD (Carlos Arze Vargas)	3
Un marco de referencia ineludible	3
Las tendencias en la evolución de la salud en América Latina y en Bolivia	5
Las reformas en Bolivia y su concentración en el modelo de atención	7
Nuestra posición	9
LA PÓLITICA Y LOS SEGUROS DE SALUD EN BOLIVIA (Javier Torres-Goitia Torres)	11
Conceptos Básicos	11
Política y sistema de salud	11
Seguros de salud	12
Contexto económico y social	14
Política Nacional de Salud	14
Normativa constitucional y su contraste con la realidad	14
La medicina tradicional	21
La gestión del sistema de salud	22
Cambios inmediatamente anteriores a la gestión actual en salud	22
Sistema de salud actual	24
Sistema Único de Salud	24
El Modelo SAFCI	25
Programa Mi Salud	26
Seguros de salud públicos departamentales y municipales de salud	26
Corolario	27
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD, MÁS ALLÁ DE LAS CIFRAS (Guillermo Cuentas Yañez)	30
Introducción	30
¿Qué es un sistema de salud?	31
Desarrollo de un sistema de salud	32
Financiamiento del sistema de salud	33
Modelos de financiamiento	33
Gasto per cápita de salud	34
Financiamiento de las Cajas de Salud	35
Financiamiento de la salud en el sector público	36
Financiamiento municipal para la salud	36
Desafíos y perspectivas	38
Bibliografía	39

<b>SALUD PARA TODOS. UN BALANCE DE LOS SEGUROS DE SALUD LOCALES</b> .....	41
Introducción .....	43
El surgimiento de los seguros de salud locales .....	44
Balance inicial .....	44
<b>EL SEGURO UNIVERSAL DE SALUD AUTÓNOMO DE TARIJA (SUSAT), UNA EXPERIENCIA PARA DESTACAR</b> .....	47
Cobertura y logros .....	48
Financiamiento del SUSAT .....	49
Limitaciones que impiden mayor impacto .....	49
<b>SAN JOSÉ DE CHIQUITOS: UN SISTEMA DE SALUD CON MUCHOS LOGROS Y UN FUTURO INCIERTO</b> .....	51
Conociendo San José de Chiquitos .....	51
Un sistema de salud local exitoso .....	51
Gestión del sistema de salud .....	52
Financiamiento del sistema .....	53
Logros y limitaciones .....	55
<b>SEGURO DE SALUD AUTÓNOMO DE PANDO (SESA-PANDO): TRABAJAR EN SALUD PÚBLICA EN UNA REGIÓN CON GRANDES LIMITACIONES</b> .....	56
Antecedentes y características del SESA-Pando .....	56
Financiamiento del SESA-PANDO .....	57
Cobertura .....	57
A seguir trabajando por el derecho a la salud .....	60
Financiamiento del sistema .....	61
Primeras limitaciones .....	61
<b>SISALUD-SUCRE:EL MÁS JOVEN DE LOS SEGUROS EN SALUD</b> .....	61
Financiamiento del sistema .....	61
Primeras limitaciones .....	61
<b>OTRAS EXPERIENCIAS DE SEGUROS DE SALUD: SANTA CRUZ, BENI Y LA PAZ</b> .....	64
<b>LA SALUD PÚBLICA EN DEBATE UNA MIRADA DESDE LOS SEGUROS DE SALUD LOCALES</b> .....	66
La crisis estructural de la salud pública en Bolivia .....	66
Crítica del sistema de salud actual .....	67
Tejiendo alternativas .....	70
La búsqueda de nuevas formas sostenibles de financiamiento .....	70
Cambios en la formación universitaria .....	73
¿Participación del sector privado? .....	73
¿Un pacto nacional de salud? .....	74
Autonomía en la gestión de salud y con participación social .....	75
La urgencia de una política nacional de salud .....	75

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Cambios en la prevalencia de enfermedades, 2010-2014 .....	6
Cuadro 2: Número de empresas privadas cerradas .....	17
Cuadro 3: Mortalidad infantil y en menores de cinco años en Centro y Sud América, 2013-2014 .....	17
Cuadro 4: Distribución de recursos de la Coparticipación Tributaria, 1993-1995 (En porcentaje) .....	22
Cuadro 5: Principales causas de morbimortalidad en Bolivia .....	32
Cuadro 6: Cambios demográficos, 1992-2012 (En porcentaje) .....	33
Cuadro 7: Principales causas de mortalidad .....	34
Cuadro 8: Sudamérica. Gasto per cápita en salud, 2015 .....	35
Cuadro 9: Relación de ingresos y egresos en las cajas de salud, 2015 .....	36
Cuadro 10: Número de prestaciones y costos de las atenciones cubiertas por las Prestaciones del Seguro Integral de Salud (Ley 475), 2015-2016 .....	37
Cuadro 11: Presupuesto de municipios para salud, 2015 .....	38
Cuadro 12: Cobertura de población del SUSAT, 2006-2015 .....	47
Cuadro 13: Prestaciones de salud del SUSAT, 2006-2015 .....	48
Cuadro 14: Servicios relevantes que ofrece el SUSAT, 2006-2015 .....	49
Cuadro 15: Financiamiento del SUSAT, 2006-2015 .....	49
Cuadro 16: Limitaciones y problemas del SUSAT .....	50
Cuadro 17: Perspectiva del SUSAT, 2015 .....	50
Cuadro 18: Fuentes de financiamiento del SUSAJO .....	52
Cuadro 19: Infraestructura y equipamiento para las prestaciones del SUSAJO .....	53
Cuadro 20: Evolución del financiamiento del SUSAJO, 2009-2016 .....	54
Cuadro 21: Logros y perspectiva del SUSAJO, 2015 .....	55
Cuadro 22: Egresos por compra de servicios de salud del SESA-Pando, 2015-2016 .....	57
Cuadro 23: Prestaciones de salud del SESA-Pando, enero a octubre 2016 .....	58
Cuadro 24: Prestaciones que ofrece el SESA-Pando en el primer nivel .....	58
Cuadro 25: Prestaciones que ofrece el SESA-Pando en el segundo nivel (Hospitalarias) .....	59
Cuadro 26: Prestaciones que ofrece el SESA-Pando en el primer y segundo nivel (Pruebas de laboratorio) .....	59
Cuadro 27: Objetivos del SISALUD-Sucre, 2016 .....	62
Cuadro 28: Justificaciones para la implementación del SISALUD-Sucre, 2016 .....	62
Cuadro 29: Estructura de costos del SISALUD-Sucre, 2016 (expresado en bolivianos) .....	63

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Nivel de pobreza en Sudamérica (en porcentaje de la población total) .....	15
Gráfico 2:	Producto Interno Bruto (PIB), 1996-2014 (En millones de dólares) .....	16
Gráfico 3:	Ingresos fiscales, 2001-2015 (En millones de bolivianos) .....	16
Gráfico 4:	Gasto anual en salud por persona (En dólares americanos) .....	18
Gráfico 5:	Gasto anual en educación por persona (En dólares americanos) .....	18
Gráfico 6:	Razón de mortalidad materna en Bolivia, 1989-2008 .....	23
Gráfico 7:	Perfil epidemiológico Bolivia: Necesidad de atención según grupos etarios (demanda de atención), 2012 .....	33
Gráfico 8:	Sostenibilidad del financiamiento en salud del SUSAJO, 2009-2016 .....	54

# Presentación

En diciembre de 2016 el Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario (CEDLA) reunió en una Mesa de Trabajo a especialistas, responsables de los seguros de salud de San José de Chiquitos, Tarija, Pando y de Sucre juntamente con funcionarios de entidades públicas y privadas vinculados a la problemática de la salud pública, para realizar un balance sobre los alcances, logros y limitaciones de los seguros de salud locales<sup>1</sup> promovidos por algunos gobiernos municipales y departamentales para atender las necesidades de la población no cubierta por los seguros convencionales de corto plazo.

El balance conjunto efectuado, por primera vez, permitió conocer que estos sistemas locales se erigieron sobre la base de la infraestructura, recursos humanos y servicios de salud establecidos por el sistema nacional de salud pública en el país y con recursos que provienen mayormente del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) distribuidos por el gobierno central, de las regalías derivadas de la explotación de hidrocarburos y, en menor medida, de fuentes propias.

En general, la cobertura de estos seguros alcanza a personas comprendidas entre los 5 y 59 años de edad, hombres y mujeres, que no cuentan con otro seguro de salud privado ni público.

Los servicios de salud comprenden desde la atención primaria hasta cirugías, pasando por atenciones especializadas y el tratamiento de enfermedades crónicas como el cáncer, los mismos presentan algunas diferencias en cuanto al acceso a medicamentos y al servicio de hospitalización. En el caso de los sistemas de salud de Tarija y de San José de Chiquitos destacan por su cobertura y el mayor número de prestaciones para la población.

---

1 En el presente documento, se adopta el concepto de Seguros de Salud para referirse a las experiencias de servicios de salud ejecutadas por algunos gobiernos municipales y departamentales en Bolivia, que reúnen ciertas características propias de un seguro como la afiliación de los beneficiarios, gratuidad, universalidad y autonomía de gestión. Asimismo, se asume convencionalmente la noción de local, para referirse a los ámbitos municipal o departamental.

En perspectiva, tal como se señaló en la mesa de trabajo, uno de los problemas que podrían afrontar los seguros de salud locales es la sostenibilidad económica, considerando los recortes recientes en los presupuestos municipales y departamentales como efecto de la caída de los ingresos del IDH.

Si bien en el evento se valoraron las iniciativas locales de salud en curso, se coincidió también en que —con excepción de Tarija— éstas no dejan de ser experiencias focalizadas y particulares ante la carencia de una política nacional de salud que las articule e integre en función de objetivos comunes y un fondo económico que garantice su sostenibilidad.

Asimismo, se coincidió en que la salud pública en Bolivia pasa por una crisis estructural en cuanto a la precaria infraestructura, equipamiento, el insuficiente personal médico y las limitaciones para garantizar el acceso a medicamentos, entre sus principales rasgos.

Las exposiciones y el debate realizados sobre las experiencias de sistemas de salud locales en Tarija, San José de Chiquitos, Sucre y Pando buscan ser un insumo para continuar debatiendo sobre estas iniciativas y su perspectiva, en el marco de la crisis del sistema de salud y las propuestas que podrían contribuir a superarla.

El documento contiene también el análisis de reconocidos expertos en salud pública como el Dr. Javier Torres-Goitia y el Dr. Guillermo Cuentas quienes abordan críticamente la política de salud en Bolivia y el financiamiento que lo sostiene.

El CEDLA comparte, a través del investigador Carlos Arze, su posición sobre la problemática de la salud en Bolivia, manifestando la necesidad de encarar una reforma de salud que, recogiendo el espíritu de la Declaración de *Alma-Ata*, en particular, lo referente a la Atención Primaria Integral de Salud, se proyecte hacia la universalización de la atención de salud mediante un Seguro sustentado en la integración de todos los sub-sectores del sistema y de todos los niveles de atención, concentrando los recursos financieros de origen contributivo y no contributivo. Para alcanzar este objetivo es indispensable, en primer lugar, una toma de conciencia de todos los actores involucrados sobre la crisis actual de la salud pública y de las acciones de cambio que deben asumirse.

Javier Gómez Aguilar  
**Director Ejecutivo**  
**CEDLA**



# **SALUD PARA TODOS**

Una mirada crítica



# La urgencia de una reforma de la salud

Carlos Arze Vargas<sup>1</sup>

La crisis del sistema de salud de Bolivia, según los especialistas, no es una crisis reciente, sino un mal que se arrastra durante toda su historia. Más allá de esa verdad indiscutible, es necesario referirse a la evolución del sistema en las últimas décadas, para perfilar una respuesta orientada a la superación de esta crisis.

## UN MARCO DE REFERENCIA INELUDIBLE

Según los expertos<sup>2</sup> para interpretar la evolución histórica de la salud en un país, es decir, 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.

Así, los estudios más importantes sobre la evolución de la salud consideran que la transición epidemiológica —un proceso continuo que sigue en curso— tendría las siguientes características: a) la sustitución entre las primeras causas de muerte de las enfermedades infecciosas comunes por enfermedades no transmisibles y lesiones; b) el desplazamiento de la mayor carga de morbimortalidad desde los grupos más jóvenes a los grupos

de edad avanzada; y c) 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, remarcan 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, todos estos relacionados con factores genéticos y carencias secundarias (por ejemplo de seguridad personal o ambiental, afecto u oportunidades para la plena realización de la potencialidad individual)” (Frenk et. al. 1991, 487).

Por su parte, la transición en 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 el curso de la historia de los sistemas de salud se habrían adoptado dos modelos de atención claramente diferenciados: inicialmente, un modelo “guiado por tecnologías complejas y basado en hospitales” y luego otro de “enfoque integral de la atención primaria de salud, basado en la comunidad” (Frenk et. al. 1961, 486).

1 Economista, investigador del CEDLA

2 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).

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. Como señalan algunos expertos, la pelea era protagonizada, por una parte, por los defensores de la acción del mercado en el ámbito de la salud que proponían como mejor solución a los problemas sociales de salud el desarrollo de la atención privada y su orientación prioritaria hacia la curación y, por otra, por los profesionales y autoridades que 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 aquellos determinantes sociales de la salud como la pobreza<sup>3</sup>.

Aunque el debate sobre la orientación del sistema de salud —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.

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 gestionar la atención de salud, 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 esenciales<sup>4</sup>. Esta 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 del siglo pasado, significó un fuerte golpe para los sistemas de atención de salud, pues dio 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.

3 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.

4 Pan American Health Organization. *Declaración de Alma-Ata. 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](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)).

A finales del siglo XX, 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 de la Organización Mundial de la Salud-OMS<sup>5</sup>, a causa de la implementación de los programas de ajuste estructural que suponían la reducción del financiamiento para la salud, así como, la aparición de nuevas enfermedades de alto riesgo, se impusieron los enfoques de intervención selectiva, abandonando o reduciendo el interés estatal por los programas de base amplia y sustituyéndolos por una “gestión urgente de las situaciones de emergencia de alta mortalidad”, por lo que las metas de salud propugnadas para el nuevo siglo 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, que abarcaba tanto la prevención como la curación y que requería un financiamiento suficiente y adecuadamente distribuido en todos los niveles de atención.

En suma, queda 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 prevalecientes en un momento dado en un país determinado.

### **LAS TENDENCIAS EN LA EVOLUCIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EN BOLIVIA**

En la literatura especializada se considera que desde mediados del siglo XX la región de América Latina y el Caribe ha verificado un proceso heterogéneo de transición de la salud, pero, en general, benéfico para la población de los países que lo integran. Esa transición consistiría, esencialmente, en la superación, en distinto grado, de las condiciones de salud derivadas del atraso económico y de las estructuras sociales tradicionales que le corresponden. 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 en todos los países latinoamericanos y en algunos casos el perfil epidemiológico conserva características propias de la pre y la post-transición, por ejemplo, la existencia simultánea de elevados índices de enfermedades infecciosas junto a índices importantes de enfermedades no infecciosas o la prevalencia elevada de mortalidad infantil en un marco de preeminencia de la morbilidad.

Como señalan Frenk *et.al.*: “En América Latina se observa un perfil de salud de gran heterogeneidad en el que los distintos países se encuentran en distintas etapas de la transición epidemiológica. No obstante, la mayor parte, a diferencia de los países desarrollados, pueden estar atravesando por una nueva experiencia de transición caracterizada por: a) alta incidencia simultánea de enfermedades de ambas etapas, pre y pos-transicional; b) resurgimiento de algunas enfermedades infecciosas que ya habían sido controladas; c) irresolución del proceso de transición, de manera que los países parecen estancados en un estado de morbilidad mixta; d) desarrollo de una polarización epidemiológica peculiar, no solo entre los países, sino dentro de

5 Chan, Margaret. *Regreso a Alma-Ata*, OMS, 2008 en: <http://www.who.int/dg/20080915/es/>

ellos en distintas zonas geográficas y entre las diversas clases sociales. Esta experiencia se denomina ‘modelo polarizado prolongado’.

En el caso de Bolivia, la Organización Panamericana de la Salud-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”<sup>6</sup>. Más recientemente, se ha caracterizado el perfil epidemiológico, como uno “acumulativo y polarizado”<sup>7</sup>, debido a que los rasgos centrales de la definición de la OPS se han mantenido en términos cualitativos.

Señalamos algunos datos esenciales del perfil epidemiológico. 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<sup>8</sup>.

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 mejorías habrían estado acompañadas, como informa la Organización Mundial de la Salud<sup>9</sup>, 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) habría evolucionado de la siguiente manera:

Cuadro 1 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		

Complementariamente, se puede señalar la evolución ascendente de algunas enfermedades crónicas, en el período 2010-2015, considerando el número de casos presentados se tiene: un incremento de la diabetes de 64.136 a 88.058; de 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; para el caso de la enfermedad renal crónica de 104.262 a 112.161 se ha considerado un rango del 2010-2014 y episodios depresivos y ansiedad de 12.328 a 17.075. En el caso del cáncer (cervix y otros), se habría producido una reducción en el número de casos reportados por el Programa de Enfermedades No Transmisibles: de 18.023 para 2010 a 12.658 para el año 2014<sup>10</sup>. 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

6 OPS/USAID. (2007) *Perfil de los sistemas de salud. Bolivia. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma* en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Bolivia\\_2008.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Bolivia_2008.pdf)

7 Quispe Ilaquita, Nelzon. (2015). *Situación del sistema de salud boliviano*, ppt. en: <http://slideplayer.es/slide/5936125/>

8 Quispe, op. cit.

9 OMS. *ENT Perfiles de Países. Bolivia, 2001 y 2014*.

10 UDAPE. *Dossier de Estadísticas Sociales y Económicas Vol. 26*, noviembre 2016.

moderada de 60,6 a 39,3% y pobreza extrema de 38,2 a 17,3%, como porcentajes de la población total<sup>11</sup>.

Por tanto, nuestro país 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 (por un lado, cambio en la pirámide de edad, fecundidad, etc. y, por otro, acceso a mayores recursos económicos, aumento de la desigualdad económica, urbanización acelerada, etc.).

### LAS REFORMAS EN BOLIVIA Y SU CONCENTRACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN

Bolivia no escapó a la tendencia internacional dominante en la evolución de los sistemas de atención de salud. Así como asumió la Atención Primaria de Salud —especialmente en el primer quinquenio de los ochenta a través de los programas de inmunización universal contra las principales enfermedades infecciosas y la implementación de programas de atención materno-infantil— también sufrió el deterioro de la atención sanitaria a raíz de la aplicación de los programas de ajuste estructural.

Pese a ello, en los años noventa paralelamente al proceso de descentralización administrativa del Estado, el gobierno nacional implementó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (1996), el Seguro Básico de Salud (diciembre de 1998) y el Seguro Médico Gratuito de Vejez (agosto de 1998), programas claramente alineados con la lógica de la Atención Primaria de Salud. Posteriormente, en octubre de 2001 —en medio de la crisis económica internacional que repercutió con fuerza en el país— se propuso implementar un *Sistema Boliviano de Seguro Universal de Salud*.

11 Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. *Memoria de la Economía Boliviana 2015*.

Los críticos de este intento de reforma de salud le acusaban de propugnar un “modelo sanitario ‘competitivo’ basado en la privatización”, que reduciría el “problema sanitario, al ámbito de la asistencia curativa por venta de servicios” postulando al mismo tiempo “recortar presupuestos sanitarios por considerarlos poco rentables”<sup>12</sup>. Más aún, denunciaban que el proyecto intentaba transformar el Sistema en uno compuesto sólo por dos subsectores: el público y el privado, y que el primero absorbería al Sistema de Seguridad Social aprovechando los recursos financiero-económicos y la infraestructura hospitalaria de las cajas de salud, para proveer los servicios a sectores que carecen de recursos económicos y que no cotizan a ese sistema, sin contemplar una inversión, por lo menos, similar a la de la Seguridad Social por parte del Estado<sup>13</sup>.

Luego del fracaso de ese experimento, un nuevo gobierno instalado en el poder en agosto de 2002, creó en noviembre del mismo año el *Seguro Materno Infantil* mediante la Ley 2426 que ampliaba las coberturas del Seguro de Maternidad y Niñez de 1996 y del Seguro Básico de Salud de 1998<sup>14</sup>, contemplando la atención de mujeres embarazadas hasta los seis meses posteriores al parto y a niños menores de 5 años de edad y otorgando las prestaciones del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo. Su financiamiento dependía de recursos del TGN, el 10% de los recursos de Coparticipación Tributaria y 10% de los recursos del Diálogo 2000.

12 Heredia, Nila; Lanza, Oscar y Ríos Aramayo, Jorge. (2002) *Análisis de las orientaciones del anteproyecto de Ley de Seguro Universal y sus implicaciones. Visión desde los profesionales de salud* en: Debate Social I. La reforma de salud, CEDLA.

13 García, Julio. (2002) Confederación Nacional de Jubilados y rentistas de Bolivia. *Análisis del proyecto de Ley de Seguro Universal de Salud*, en Debate Social I. La reforma de salud, CEDLA.

14 El primero cubría únicamente la atención a las mujeres gestantes y menores de cinco años en casos de enfermedades diarreicas agudas y neumonía y el segundo adicionaba la promoción de la nutrición infantil, las vacunaciones y las enfermedades de sepsis y meningitis.

En enero de 2006, el gobierno de Carlos Mesa crea el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) a través de la Ley 3323, el mismo que mantiene la cobertura de prestaciones establecida en el Seguro Médico Gratuito de Vejez, pero modificaba su financiamiento que debería recurrir a los recursos municipales provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH)<sup>15</sup>.

En 2008 el gobierno estableció, mediante el Decreto Supremo 29601, el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), con el objetivo de eliminar la exclusión social, reivindicar la participación social y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad, aceptando la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas. La implementación del Programa SAFCI se realiza mediante la participación social, llamada “Gestión Compartida en Salud”, que prevé la co-responsabilidad de los distintos niveles estatales: local, municipal, departamental y central; en el caso de las entidades de la seguridad social, la política de gobierno determina su participación mediante la implementación de acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades. Este programa cuenta con apoyo financiero de la cooperación internacional, en particular en lo referente a la constitución de Equipos Móviles.

Pese a que esta política se apegaría a la concepción renovada de la Atención Primaria, una evaluación realizada en 2014 señalaba que “la política nacional de salud no garantiza la gratuidad sino a los grupos poblacionales cubiertos con algún modelo de aseguramiento (Básicamente materno infantil y adulto mayor), el resto de la población debe pagar, lo que constituye un obstáculo económico que contradice el concepto de derecho y los principios

de universalidad del modelo propuesto”<sup>16</sup>, dispuesto por la Constitución Política del Estado.

En 2009, el gobierno de Evo Morales emitió el Decreto Supremo 0304 —derogado posteriormente— que reformaba la estructura organizativa del órgano ejecutivo del Estado, a través del cual intentó convertir a los entes gestores de salud de la seguridad social en entidades dependientes del Ministerio de Salud, medida que tenía su antecedente lejano en el proyecto de implementación de un Sistema Integrado de los Servicios de Salud de la Seguridad Social de 1990.

En 2010 se proyectó una Ley del Sistema Único de Salud<sup>17</sup>, que pretendía garantizar el acceso a la salud “con carácter universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad y control social”, a través de la constitución de una sola institución que unificaría la gestión y las finanzas de todas las entidades públicas prestadoras de servicios de salud y de las cajas de salud, exceptuando a las ONG que se adherirían mediante convenios especiales. Se planteaba la creación de un Fondo Único de Salud del Estado Plurinacional que controlaría los recursos fiscales destinados a salud, los provenientes de la cooperación internacional y los aportes patronales de los trabajadores asalariados, que se incrementaban de 10 a 12 por ciento y se transformaban en un “impuesto patronal para la salud”, con lo que perdían su origen salarial y se convertían en recursos de carácter público.

Ante el rechazo de las instituciones de seguridad social y de algunos sectores de trabajadores asalariados, el gobierno sustituyó esa propuesta por otra<sup>18</sup> que propugnaba la adhesión voluntaria de las cajas de salud al sistema y mantenía el carácter del aporte patronal como un recurso

15 Ambos seguros cubrían las prestaciones de salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud para ciudadanos mayores de 60 años de edad sin acceso a una jubilación en el Sistema de Seguridad Social. Mientras el primero se financiaba en 60% con recursos del TGN y en 40% con recursos aportados por los municipios.

16 Feo, Oscar y Tobar, Katherine. (2014). *Informe de Evaluación “Modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud Bolivia”*, Médicos Mundi Navarra, en: <https://www.medicusmundi.es/storage/resources/publications/56fa9862732ed.pdf>

17 Borrador de Propuesta de Ley del Sistema Único de Salud de 7/4/2010.

18 Proyecto de Ley del 21 de septiembre de 2010.



destinado al financiamiento de la atención de los trabajadores asalariados afiliados a la CNS y a las cajas sectoriales.

Finalmente, en 2013 se estableció, mediante Ley 475, el Sistema Integral de Atención en Salud, que determina la cobertura de atención en salud y la “protección financiera en salud” para personas que no tengan cobertura del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, específicamente mujeres embarazadas hasta los seis meses posteriores al parto, menores de cinco años, personas de 60 años y más, discapacitados y mujeres en edad fértil en el ámbito de salud sexual y reproductiva. Determina también, la atención obligatoria en todos los establecimientos de salud, tanto del subsector público, como de la seguridad social, establecimientos privados bajo convenio y equipos móviles de salud del SAFCI. La protección financiera significa la garantía estatal para la atención gratuita a los beneficiarios que sean transferidos del primer nivel de los servicios de salud a los niveles superiores. El financiamiento provendría de Fondos del Tesoro General del Estado, recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000, recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal y del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH).

En la actualidad, la imposibilidad de avanzar en una reforma por la resistencia de amplios sectores sociales y organizaciones de profesionales de salud, ha llevado al gobierno a imponer reformas parciales que afectan indirectamente a la organización y gestión del sistema de salud. Se ha detenido el proceso de reestructuración de la Caja Nacional de Salud anticipando una preparación previa para sumarla al seguro universal junto a las otras entidades de seguridad social, en ese sentido, el gobierno redactó la Ley de Libre Afiliación al Subsector Público de Salud, por la que los trabajadores —especialmente los dependientes del Estado— pueden “optar” por su desafiliación de las cajas de salud y su afiliación al subsector público que presta servicios en los establecimientos administrados por el Ministerio de Salud. De esta manera, los recursos provenientes del aporte patronal a la seguridad social pasarían a constituir

una fuente importante de financiamiento del Subsector Público en manos del poder ejecutivo. De este modo, el gobierno estaría imponiendo obligatoriamente el financiamiento del proyectado Sistema Universal de Salud con los aportes de los trabajadores asalariados al sistema de seguridad social, propósito buscado permanentemente por los sucesivos intentos de reforma.

## NUESTRA POSICIÓN

Parece quedar claro, como 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.

Como hemos descrito, 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, la ampliación de las prestaciones y la concentración de las fuentes de financiamiento públicas y privadas. Aunque, supuestamente, se intenta superar la orientación focalizada y privatista del neoliberalismo, que enfocó sus esfuerzos a la implementación de un sistema basado en la lógica mercantil de la rentabilidad antes que en la preocupación por el carácter social del mismo, muchas de las experiencias de reforma de las últimas décadas se han centrado en la búsqueda de incorporar los recursos de la seguridad social —fundamentalmente su patrimonio— para la implementación de un Seguro Universal de Salud, aunque 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 de

la población 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 ha acabado descuidando la atención efectiva a las demandas sociales, especialmente en el ámbito de la salud, deteriorando aún más la cobertura y efectividad de los servicios públicos, alentando más la difundida privatización de los mismos.

Consecuentemente, el contenido, orientación y, fundamentalmente, 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 prevaleciente, que es el factor imprescindible a la hora de diseñar la “respuesta social” consistente 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 (no se ha vuelto a realizar la Encuesta Nacional de Salud desde el año 2008), sino que las entidades públicas responsables no se han orientado a indagar 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, la extensión de la esperanza de vida etc., sino en los fenómenos que éstos traen aparejados, como son los problemas asociados a las nuevas formas y hábitos de consumo y de vida en general, que han derivado en la aparición de nuevas patologías y/o el incremento de las enfermedades crónicas.

Desde el CEDLA, propugnamos la necesidad de encarar una reforma de salud que, recogiendo el

espíritu de la Declaración de *Alma-Ata*, en particular lo relativo al 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, concentrando los recursos financieros de diferente origen: contributivos y no contributivos, al mismo y único propósito. Al mismo tiempo, demandamos 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 en infraestructura para todos los niveles de atención y para cubrir el gasto corriente en recursos humanos, insumos y medicamentos.

Consecuentemente, se debe liberar el proceso de elaboración e implementación de las políticas de salud, es decir, la definición de las prioridades de la disputa de los recursos fiscales entre los diferentes niveles de gobierno, a través del establecimiento de una prima anual per cápita de salud para todos los ciudadanos, la que 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 la investigación e información en salud, de la formación/actualización de los profesionales de salud, de la capacitación en aspectos sanitarios de la población —especialmente de los grupos más vulnerables— y del fortalecimiento de la participación social, a través del involucramiento de las organizaciones sociales, sindicales y profesionales.

# La política y los seguros de salud en Bolivia

Javier Torres-Goitia Torres<sup>19</sup>

## CONCEPTOS BÁSICOS

Para examinar tres temas clave como son: *i)* la situación de la política de salud; *ii)* la gestión de las instituciones del sistema y *iii)* el desarrollo de los seguros públicos de salud en Bolivia, se debe empezar por aclarar los conceptos básicos, debido a que una de las causas de confusión en los debates de cualquier índole es la imprecisión de los términos. Particularmente, cuando se trata de la salud, la dispersión semántica es mayor, porque los conceptos de salud y de enfermedad están en continuo cambio.

### Política y sistema de salud

Por **política de salud** se entiende 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 en el ámbito de la salud. Es un componente global, integral, singular y abarca la totalidad de los problemas incluyendo la forma de gestión que puede ser descentralizada o no, con o sin autonomía.

La **gestión** se ocupa de la 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. La gestión aplica la política y, a su vez, la retroalimenta, estableciendo una relación dinámica entre ambas.

Con referencia a estos dos conceptos, Carlyle Guerra de Macedo, en su calidad de ex Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) e impulsor de los avances de la medicina social, dice al respecto:

*“Mientras la política tiene su ámbito más específico en la estructuración y uso del poder para la asignación de valores (objetivos, procesos principistas y prioridades) por parte del Estado y en la sociedad, la gestión se preocupa de darles factibilidad y contribuir a la viabilidad de las decisiones políticas”<sup>20</sup>.*

Respecto al **Sistema de Salud**, una de las definiciones más claras y concretas es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual textualmente dice:

19 Médico pediatra y salubrista boliviano. Premio Mundial de la Salud “Sasakahua” 1995, otorgado por la OMS, premio Abraham Horwits a la excelencia en liderazgo en Salud Pública y premio Sergio Arouca a la excelencia en Cuidado Universal de Salud, distinciones últimas concedidas por la OPS/OMS en 2014. Fue ministro de Salud en 1970-1971 y en 1983-1985.

20 Guerra de Macedo, Carlyle. *Modelos de gestión y eficacia de las reformas de salud en América Latina* en: Solimano Giorgio e Isaacs Stephen, editores. *La Salud en América Latina. De la Reforma para unos a la Reforma para todos*. Editorial Sudamericana, 2000.

*“Un 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”<sup>21</sup>.*

Con la definición de la OMS se puede observar que casi todos los países tienen un solo sistema nacional de salud compuesto por varios elementos que pueden tener mayor o menor coordinación. El rol rector nacional es necesario, por el creciente progreso de la ciencia y una mejor precisión de las actividades del sector de la salud. Esta rectoría puede cumplirse con mayor o menor eficacia según la calidad de la organización administrativa, pero, depende además, de la capacidad y autoridad moral de quien dirija el sistema. Una adecuada coordinación e integración eficiente de dos a tres instituciones que busquen el mismo objetivo de proteger la salud, puede resultar más eficaz que destruirlas para generar un utópico Servicio Único que puede o no mejorar la atención que se preste a la población.

A pesar de este amplio concepto de sistema de salud, 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 y es coherente con la concentración de todos los poderes y el manejo clientelar de la política que caracteriza al socialismo del siglo XXI.

## Seguros de salud

Esencialmente 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 y a los de largo plazo como el pago de rentas de vejez, invalidez y de muerte. En esta ocasión el estudio se concentrará solamente en los de salud.

Existen tres formas de seguro a los cuales se añade el sistema de salud estatal. Aunque estructuralmente este sistema no es un seguro, conviene incluirlo en el estudio porque es otra forma que puede utilizar el Estado para garantizar el derecho a la salud.

**1) Seguro Privado.** En esta forma los usuarios pagan a una entidad aseguradora de su elección, cuotas convenidas para cubrir por anticipado sus gastos médicos. De este modo, no tienen que erogar gruesas sumas de dinero, precisamente cuando por su enfermedad están incapacitados para trabajar y disminuyen sus ingresos. Esa es su ventaja, pero a cambio deben cubrir el alto costo del seguro. Adopta una variada gama de formas organizativas de acuerdo con la oferta y la demanda. En el país, los seguros privados tienen una cobertura de población reducida, por lo que no se profundizará en su estudio; sin embargo, es necesario tener en cuenta que precisamente bajo una gestión que se autocalifica de estar orientada hacia el socialismo, los seguros privados están en continuo aumento, particularmente en las ciudades más grandes como Santa Cruz, La Paz y Cochabamba.

**2) Seguro social laboral o Bismarkiano.** Se sostiene con aportes, patronal, estatal y del trabajador y da protección al trabajador y a su familia. Se introdujo en Bolivia como parte de las conquistas

<sup>21</sup> Fuente de internet en: OMS. <http://www.who.int/topics/health systems/es/>

sociales de la Revolución Nacional de 1952. No es universal, pero pese a todos sus defectos administrativos dio protección social a los trabajadores formales como los empleados públicos, maestros y otros, cubriendo al 25 a 30% de la población trabajadora. Ha construido sus propios hospitales y centros de atención y solo eventualmente recurre a contratar servicios ajenos a la institución.

Esta situación no es la misma en otros países lo que ha dado lugar a interpretaciones erróneas atribuyendo al Seguro Laboral defectos que resultan de su mala aplicación o de combinaciones con los seguros privados. Estas combinaciones se pusieron en vigencia con mayor fuerza en Chile y Colombia distorsionando el seguro laboral con formas de co-pago, acceso diferenciado a los servicios de acuerdo con los aportes, paquetes de atención de diferente contenido de acuerdo con la capacidad de pago de los usuarios, etc. Todas estas formas son propias de los seguros privados, los cuales felizmente no han contaminado los seguros sociales en Bolivia.

Es muy importante destacar que el seguro laboral estructuralmente es inequitativo porque, si bien los asegurados aportan una cuota aparentemente personal, ésta no es tal. Inicialmente la empresa aportaba al seguro una parte que le correspondía como patrón y otra que descontaba del salario al trabajador. Después se convirtió en un aporte exclusivamente patronal, pero manteniendo el concepto de que tal aporte es la suma de los dos componentes patronal y laboral. La variación no afecta al hecho de que el aporte es incorporado por las empresas al precio del producto terminado, por lo que finalmente quien paga los aportes al seguro es el consumidor del producto. De este modo, el seguro laboral se financia con el aporte de toda la población y podría universalizarse. Sin embargo, el aporte patronal que incorpora el laboral, puede verse como contribución que aunque salga del bolsillo de todos los habitantes, está orientado por las empresas, específicamente al sostenimiento del seguro. Para los trabajadores, el seguro laboral es una conquista social irrenunciable y les ha servido bien, lo cual justifica su defensa mientras

el Estado no les garantice un beneficio mayor. Por otra parte, la vigencia y el mejoramiento de este seguro, no perjudica la introducción del seguro de tesis universal como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). La combinación de seguros diferentes puede potenciar el mejor financiamiento de todo el sistema de salud siempre que éste se mantenga sólidamente coordinado y no segmente la atención.

**3) Seguro Universal o de Beveridge.** Se financia con aportes indirectos del Estado con capacidad de incrementarse automáticamente para responder a los aumentos de precios de los servicios y al crecimiento de la población. Su protección abarca a todos los habitantes independientemente de su condición laboral y sin ninguna exclusión. Es universal y brinda atención médica integral sin costo directo para quien la necesite. En este sentido es gratuito. Bolivia fue uno de los primeros países en América Latina en adoptarlo con la creación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, el cual posteriormente culminó con la creación del SUMI aprobado por Ley 2426 a fines de noviembre del 2002 y vigente hasta abril de 2014<sup>22</sup>.

**4) Sistema estatal de atención médica.** Denominado también de Shemasko, por el apellido del Ministro de Salud que lo organizó en la Unión Soviética; es integral, universal y gratuito, financiado, administrado y ejecutado directamente por el Estado. Este sistema está vigente solamente en Cuba después del derrumbe de la Unión Soviética.

Casi ningún país emplea un solo sistema. Tanto los europeos como los americanos combinan más de uno. Los seguros privados tienen su propio

22 El 30 de diciembre de 2013 entró en vigencia la Ley 475 “Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia”, norma que abrogó la Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), la Ley 3323 del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) y disposiciones conexas. En mayo de 2014 entra en vigencia el nuevo servicio de salud, luego de la aprobación del Decreto Supremo 1984, que reglamenta la Ley que define la unificación del SUMI y el SSPAM.

desarrollo, los públicos combinan las tres formas con diferentes modalidades.

## CONTEXTO ECONÓMICO Y SOCIAL

Es indispensable conocer las condiciones demográficas, sociales y económicas del país para formular una política de salud adecuada a esas circunstancias. La determinación social del proceso salud-enfermedad no puede ser ignorada en ninguna parte, menos en Bolivia, país donde la estructura social heterogénea y con agudas contradicciones condiciona situaciones de injusticia e inequidad que lejos de disminuir permanece o hasta se podría decir que aumentan con el tiempo.

El tipo de desarrollo dependiente y predominantemente importado de los países industrializados ha facilitado un progreso relativo de las ciudades, pero no ha llegado al área rural. La brecha campo-ciudad es una de las características del subdesarrollo y es mucho más marcado en Bolivia que en otros países latinoamericanos.

De este modo, los indígenas han sido y son víctimas del desarrollo desigual y dependiente, y concentran los peores indicadores de salud y de educación. Lamentablemente, una equivocada visión que atribuye esta situación a condicionantes étnicos o raciales no contribuye a la solución de problemas, los cuales a todas luces, son sociales y económicos. Los problemas se agravan por la marginación de la población rural de los servicios, particularmente los de salud, ni les llegaron ni les llegan ahora sino esporádica y deficientemente. La promoción anunciada de la medicina tradicional es otro gravísimo riesgo que amenaza consolidar la exclusión del indígena de la atención médica moderna y eficaz.

La situación social de explotación que soportó el indígena desde la colonia era tan deplorable que ya entonces motivó la preocupación de muchos de los conquistadores españoles. El sacerdote católico y dominico, Bartolomé de las Casas (1484-1566) y el Padre Pedro de la Gasca (1493-1567) son exponentes de la reacción de la Iglesia frente a

la ruda explotación del indígena. Desde entonces, la coca se podía ver como la fiel compañera del indio, pero también como un recurso de opresión de sus explotadores, quienes nunca la consumieron, pero la utilizaron para hacerlos trabajar en largas jornadas con poco alimento y escaso descanso. La coca actualmente, se constituye en sustento económico legal o ilegal de una de las principales fuerzas de apoyo social al gobierno, es oficialmente reconocida como la hoja sagrada, pero su consumo habitual, el acullico, sigue acompañando a los explotados, víctimas del abusivo ejercicio del poder, la corrupción o el contrabando.

Asimismo, hoy, el sector de los choferes mal remunerados y víctimas de los altos riesgos de manejar más horas de las recomendadas sin el debido descanso y con poco alimento son, entre muchos, los que creen encontrar alivio en el acullico. No perciben que tal alivio, es solo aparente, pues los expone a mayor frecuencia de accidentes de tránsito en las carreteras con sacrificio de sus propias vidas y las de personas que no tienen otra alternativa para viajar.

## POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

Con la información de base descrita, se procederá a resumir la orientación de la política nacional de salud, sus objetivos, modelo de gestión, sus características principales y los resultados más destacados. Para aproximarnos mejor a la realidad se revisará los artículos pertinentes de la Constitución Política del Estado y los resultados obtenidos a la fecha. Se considera necesario contrastar la norma con los cambios logrados porque, a lo largo de toda la gestión oficial actual, se evidencia una gran ruptura entre lo que se dice o escribe y lo que se hace.

### Normativa constitucional y su contraste con la realidad

Se efectuarán comentarios de cada artículo por separado lo más concretamente posible. Estos artículos fueron seleccionados por el Ministerio de Salud y Deportes para promocionar la Constitución

inmediatamente después de su aprobación. Se ha optado por no mezclar criterios personales y mantener la selección oficial tal cual fue elaborada oportunamente.

La nueva Constitución Política del Estado insiste en la necesidad de respetar la pluralidad económica, social, jurídica, política y cultural de sus habitantes y, en la decisión de construir un nuevo Estado. Uno de los párrafos de su preámbulo dice textualmente:

*“Un Estado basado en el respeto e igualdad entre todos, con principios de soberanía, dignidad, complementariedad, solidaridad, armonía y equidad en la distribución y redistribución del producto social, donde predomine la búsqueda del vivir bien; con respeto a la pluralidad económica, social, jurídica, política y cultural de los habitantes de esta tierra; en convivencia*

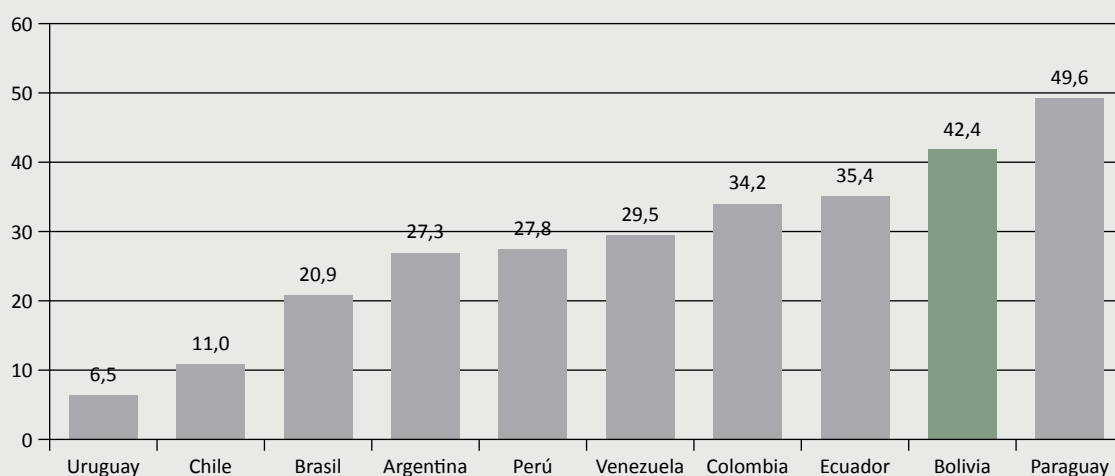
*colectiva con acceso al agua, trabajo, educación, salud y vivienda para todos*<sup>23</sup>.

Los enunciados generales son inobjetables. Sin embargo, en los casi ocho años de vigencia de esta norma sus impactos sociales son pocos. La equidad en la distribución del producto social no se ha logrado. Según información del Banco Mundial recogida por Guillermo Aponte<sup>24</sup>, las cifras del crecimiento económico y social son discordantes. Si bien ha disminuido la pobreza extrema, como en todo el resto del mundo, esta disminución no guarda relación con el considerable aumento de los ingresos nacionales.

Además, los otros países han aprovechado mejor el período de auge económico determinado por el incremento de los precios de las materias primas a nivel mundial, en cambio, Bolivia sigue con los niveles más altos de pobreza en el continente

Gráfico 1

Nivel de pobreza en Sudamérica  
(En porcentaje de la población total)



Fuente: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/4/S1600175>

23 Nueva Constitución Política del Estado. Actualizada a enero de 2011. Todos los demás artículos de la Constitución que se citan en el texto y se presentan en bastardilla están tomados de la misma fuente.

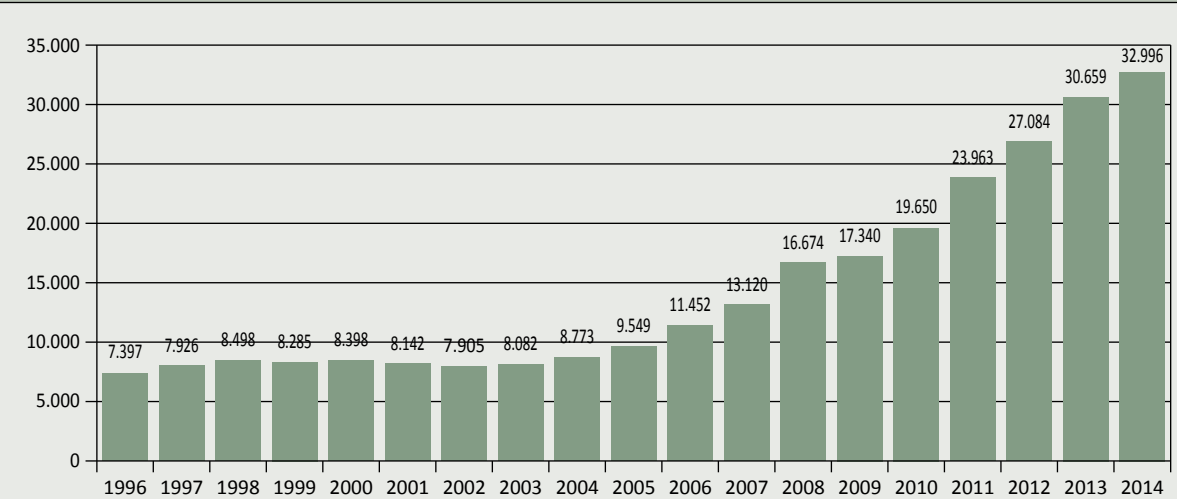
24 Aponte, Guillermo. *Situación Económica Nacional*. Presentación en el taller del CIES, 26/10/2016.

(Gráfico 1). La elevación del precio de las materias primas que se exportan incrementó el PIB de 9.549 en el año 2005 a 32.996 millones de dólares en el 2014 (Gráfico 2). Los ingresos fiscales subieron de 54.676 millones en el 2006 a más de 221 mil millones de bolivianos en 2015 (Gráfico 3). Montos

millonarios que no se aprovecharon para el beneficio social tan reiterado en la Constitución.

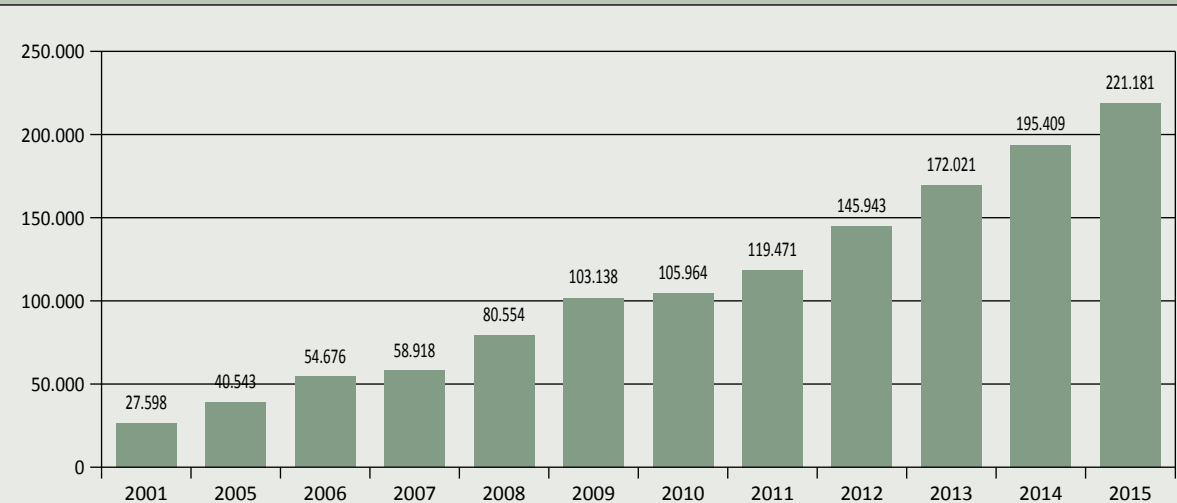
Con relación al “acceso al agua, trabajo, salud, educación y vivienda para todos”, el esperanzador enunciado no ha tenido ejecución en la práctica. El

**Gráfico 2**  
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 3**  
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.



acceso al agua no ha mejorado ni en calidad ni en su precio al consumidor, por el contrario, ha empeorado. Desde principios de noviembre de 2016, La Paz y El Alto, han soportado cortes de agua y un racionamiento irregular que afectan a la mitad de su población. Esta carencia del elemento indispensable para la vida y la salud, consagrado como derecho humano, se registra también en Sucre, Potosí y en otras poblaciones pequeñas. En La Paz y El Alto, la solución a este problema requiere de grandes inversiones, cuyo financiamiento está en duda ahora que terminó el auge económico y los precios de las materias primas que se exportan sin valor agregado están en descenso.

El acceso al trabajo, particularmente para los profesionales, es cada vez más difícil. Los reiterados obstáculos contra la generación de empleo están bien analizados por Rodolfo Erostequi en un artículo publicado en el periódico Página Siete<sup>25</sup>. El cuadro 2, cedido gentilmente por este experto en política laboral, muestra el alarmante número creciente de empresas que cerraron sus actividades, con el consiguiente impacto en el empleo.

Cuadro 2 Número de empresas privadas cerradas, 2010-2015	
Año	Nº de empresas
2010	597
2011	1.363
2012	2.034
2013	1.913
2014	2.584
2015	5.347

**Fuente:** Estadísticas del Registro de Comercio de Bolivia-Fundempresa, 2016

Los presupuestos destinados a la salud y a la educación son los más bajos del continente como se puede apreciar en los gráficos 4 y 5. 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 3).

Cuadro 3 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
<b>Bolivia</b>	<b>38,6</b>	<b>35,3</b>
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](http://www.indexmundi.com/es)

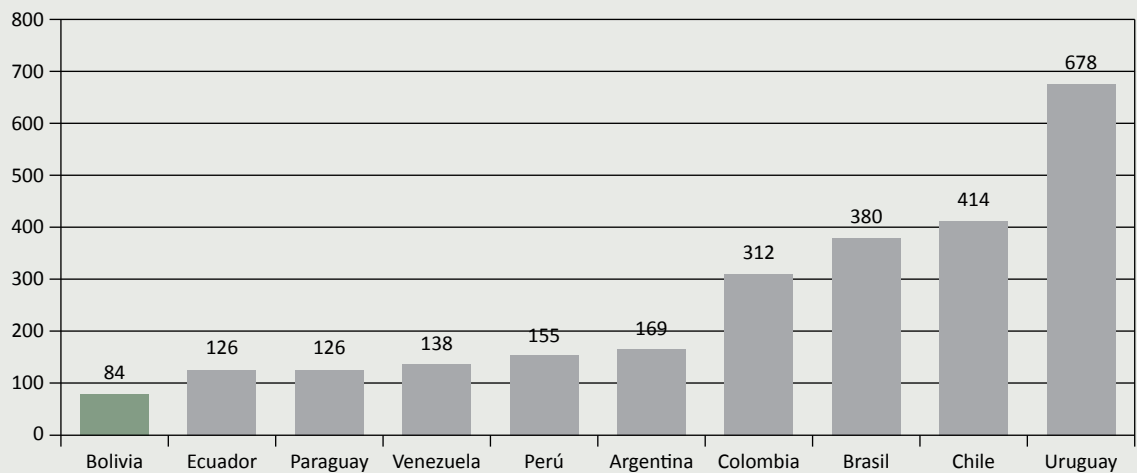
En cuanto a la calidad de la educación, el municipio de La Paz, el año 2015, hizo una evaluación de las aptitudes de los estudiantes de primaria y de secundaria utilizando normas y herramientas de evaluación estandarizadas internacionalmente. Los resultados para tercero de secundaria mostraron un rendimiento del 17% para matemáticas y 39% para lectura siendo la media para los 65 países estudiados 62%<sup>26</sup>.

Los planes de vivienda avanzan aunque con una lentitud que no guarda relación con la

25 Erostequi, Rodolfo, Canastón Navideño. Columna quincenal del periódico Página Siete de 20/12/2016.

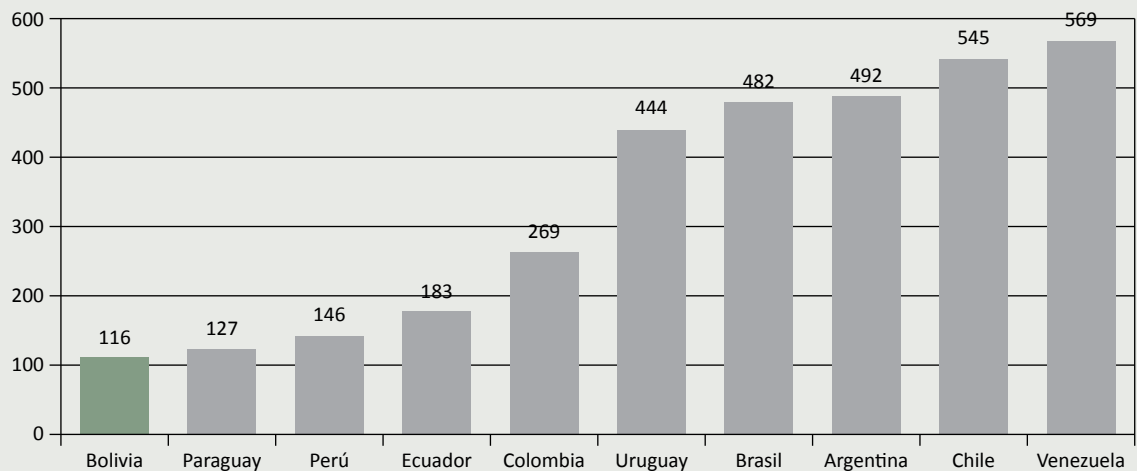
26 Mariaca Iturri, Guillermo. El Genocidio Boliviano. Columna quincenal del periódico Página Siete de 26/08/2016.

**Gráfico 4**  
Gasto anual en salud por persona  
(En dólares americanos)



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

**Gráfico 5**  
Gasto anual en educación por persona  
(En dólares americanos)



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

magnitud de las necesidades ni con los mensajes gubernamentales.

**Art. 9. Inciso 5** Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.

Continuando con los artículos constitucionales relacionados con la salud se tiene: en el *Título 1, Capítulo 2º. Principios Valores y Fines del Estado:*

En educación, el bono Juancito Pinto parecería haber logrado algunos buenos resultados en la disminución de la deserción escolar, pero como se acaba de ver, tanto la educación, como la salud y el

trabajo, en un sentido integral, están atravesando por sus peores situaciones.

*Título 3. Capítulo 2º, Derechos fundamentales.*

**Art. 16. I.** *Toda persona tiene derecho al agua y a la alimentación.*

Disposiciones tan enfáticas sobre derechos que todos aspiran sean garantizados por el Estado, quedan en la letra muerta. La primera Ministra de Salud del Estado Plurinacional, Nila Heredia, inició un promisor programa de Desnutrición Cero que, si bien, llegó a tener un grado de institucionalización aceptable fue perdiéndose con los sucesivos cambios ministeriales.

El derecho al agua, reiterado en varios artículos aparece como uno de los más publicitados frente a una realidad que muestra carencias agudas y una sistemática desatención a nivel nacional. Paradójicamente, fue el actual gobierno, quien en Naciones Unidas, junto a otros, logró que el derecho al agua fuera incorporado como uno de los derechos humanos reconocidos a nivel internacional. *II. El Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente para toda la población.*

La producción de alimentos ha disminuido por una serie de causas no atendidas por el Estado, con perjuicio del desarrollo agropecuario. Su reemplazo por la importación de productos de otros países no es una solución en el mediano y largo plazo. No existe ni existió en esta administración ninguna política explícita sobre Seguridad Alimentaria.

**Art. 17.** *Toda persona tiene derecho a recibir educación en todos los niveles de manera universal, productiva, gratuita, integral e intercultural, sin discriminación.*

Ya se ha señalado el resultado de la evaluación realizada por el municipio paceño. Evaluación que muestra las pésimas condiciones actuales de la calidad de la educación, más allá de lo prescrito por la Constitución.

**Art. 18. I.** *Todas las personas tienen derecho a la salud.*

*II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.*

*III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.*

El inobjetable derecho a la salud, reiteradamente reconocido por la Constitución ha quedado sin correlato con la realidad. El anuncio de la aplicación de un sistema único se lo publicitó desde el comienzo de la gestión de gobierno. La primera postergación señaló como meta iniciarlo en el año 2010, pero no solo que no se cumplió la meta sino que no se introdujo mejoras necesarias en los servicios de salud cuyos reclamos se mantienen sin respuesta. La creación del Sistema Único de Salud se ha hecho tan problemática que se le dedicará un espacio específico más adelante.

**Art. 19. I.** *Toda persona tiene derecho a un hábitat y vivienda adecuada, que dignifiquen la vida familiar y comunitaria.*

*II. El Estado, en todos sus niveles de gobierno, promoverá planes de vivienda de interés social, mediante sistemas adecuados de financiamiento, basándose en los principios de solidaridad y equidad. Estos planes se destinarán preferentemente a familias de escasos recursos, a grupos menos favorecidos y al área rural.*

Este es otro de los temas reiterativamente expuestos y como hemos señalado al inicio de este comentario seguimos esperando que las excelentes intenciones puedan ejecutarse en algún momento.

**Art. 20. I.** *Toda persona tiene derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de*

La sustitución de las empresas privadas que venían administrando los servicios de agua potable y alcantarillado por empresas públicas no se tradujo en ventaja alguna. El precio no ha disminuido en diez años y la cobertura no mejoró como era de esperar.

agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones.

II. Es responsabilidad del Estado, en todos sus niveles de gobierno, la provisión de los servicios básicos a través de entidades públicas, mixtas, cooperativas o comunitarias. En los casos de electricidad, gas domiciliario y telecomunicaciones se podrá prestar el servicio mediante contratos con la empresa privada. La provisión de servicios debe responder a los criterios de universalidad, responsabilidad, accesibilidad, continuidad, calidad, eficiencia, eficacia, tarifas equitativas y cobertura necesaria; con participación y control social.

III. El acceso al agua y alcantarillado constituyen derechos humanos, no son objeto de concesión ni privatización y están sujetos a régimen de licencias y registros, conforme a ley.

Los tres párrafos de este artículo responden a necesidades sentidas por la población, pero otra vez, su reiterada mención y el énfasis del enunciado teórico no guardan relación alguna con la implementación práctica. La sustitución de las empresas privadas que venían administrando los servicios de agua potable y alcantarillado por empresas públicas no se tradujo en ventaja alguna. El precio no ha disminuido en diez años y la cobertura no mejoró como era de esperar. En el aspecto económico y en la calidad del suministro mostraron alarmantes grados de ineficiencia e improvisación que han conducido a la penosa situación actual. Notoriamente, los intereses partidarios centrados más en la acumulación de poder que en acciones para mejorar la calidad de los servicios perjudican el logro de los objetivos.

En cuanto a que “El acceso al agua y alcantarillado constituyen derechos humanos, no son objeto de concesión ni privatización”, la situación es aún

más contradictoria porque desde antes que se aprobara la Constitución Política del Estado regía el Decreto Supremo 28818 de 2 de agosto de 2006 firmado por Evo Morales Ayma. Este decreto, no derogado, reconoce los derechos de uso y aprovechamiento de recursos hídricos para el riego. Una de las fuentes de aprovisionamiento de agua potable para La Paz pertenece a una comunidad indígena originaria, la misma que no tiene derecho a reclamo, porque el decreto establece normas sencillas para el registro de los recursos hídricos para su uso por los indígenas originarios y permite su privatización. En su artículo 7 dice textualmente:

**“(RECONOCIMIENTO Y GARANTÍA).** El registro reconoce y garantiza a los pueblos indígenas y originarios, comunidades, organizaciones indígenas y campesinas, asociaciones y sindicatos campesinos, familias campesinas o indígenas y pequeños productores agropecuarios y forestales, el derecho a usar y aprovechar a perpetuidad las fuentes de agua para consumo humano y para riego según usos y costumbres mientras se mantenga el objeto y el sujeto del Registro.” (El resaltado es del autor).

Retornando al análisis de los artículos relacionados con la salud, seleccionados por el ministerio del ramo, se observa que los que siguen a los analizados, reconocen los derechos de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos. La Constitución es generosa con todos estos derechos, sin embargo, abundan los problemas no resueltos en cuanto al respeto a los derechos indígenas sobre la tierra y su territorio. Al respecto, el problema del Territorio Indígena y Parque Nacional Isiboro Secure (TIPNIS) no es el único. Por otra parte, son más frecuentes las quejas sobre la parcialidad politizada de la justicia, la limitación de libertades, particularmente, de la libre expresión y de la libertad de prensa.

En cuanto a los derechos de las naciones y de los pueblos indígenas a la salud y a la protección social, la Constitución también los reconoce con un énfasis loable. Cualquier esfuerzo que se haga por acabar con la secular exclusión de esta población, merece un irrestricto apoyo. Sin embargo, el

texto oficial contiene disposiciones ambiguas que por favorecer desmedidamente la medicina tradicional perjudican la necesaria introducción de la medicina moderna para proteger la salud de los indígenas.

## La medicina tradicional

Es la preferida por muchas comunidades por afinidad cultural, por su ejercicio solidario y libre de costo, por lo menos formalmente y por otras virtudes que la habilitan para contribuir eficazmente a la atención de pacientes, pero no, para reemplazar a la medicina moderna. Sin embargo, existe el riesgo de hacerlo provocando daños irreparables.

En diciembre del 2013 se aprobó la Ley 459 que define y autoriza la práctica de la medicina tradicional. Oportunamente se ha procedido a alertar sobre los riesgos que existen de que las áreas rurales queden atendidas por esta práctica empírica con abandono de la medicina moderna<sup>27</sup>. Esta presunción se apoya en la conflictiva relación que existe entre los Colegios Médicos y el Ministerio de Salud y la promoción continua que hace el sector oficial de la medicina tradicional. Esta práctica fue incorporada el año 1983 al Sistema Nacional de Salud en los niveles que le corresponde por su propio desarrollo tecnológico y tomando en cuenta los usos y costumbres de las comunidades indígenas, con respeto de sus tradiciones, pero, de ninguna manera, como una forma de someter el conocimiento científico a una práctica médica empírica. Aplicarla en las comunidades de indígenas por ser indígenas como se promueve en la actualidad equivale a poner en práctica la tan criticada forma de “emplear una medicina de tercera para gente de segunda”.

En uno de los varios talleres organizados con participación de los indígenas para estudiar soluciones a sus precarias condiciones de salud, uno de los médicos tradicionales dirigiéndose a los médicos

con título universitario, expresó: “*Por años de años ustedes han fracasado en su combate contra la tuberculosis, ¿por qué no reconocen su incapacidad y nos dejan a nosotros curar a nuestros enfermos y acabar con ese mal que ustedes no han podido vencer?*” El interpelante, estaba peligrosamente seguro de la capacidad de la medicina tradicional para curar esa enfermedad. Al respecto es bueno recordar que la salud pública moderna ha desarrollado una estrategia que combina eficazmente el adelanto terapéutico con la participación comunitaria. Esta estrategia conocida como Observación Directa del Sistema de Tratamiento Antituberculoso (DOTS por sus siglas en inglés) ha disminuido la incidencia de esta enfermedad en forma acelerada en el mundo entero.

El llamado médico tradicional desconocía incluso que fue un médico boliviano, el Dr. Mario Lagrava, quien en una experiencia legítimamente boliviana, la de los Comités Populares de Salud, fue el pionero de la aplicación de este sistema empleándolo en Caranavi (municipio del departamento de La Paz) en 1985, ocho años antes que la OMS lo recomendará en 1993 como sistema aplicable en todo el mundo<sup>28</sup>.

El perjuicio ocasionado por el énfasis desmedido en la recuperación de la medicina tradicional, ha tenido otro impacto dramático en la evolución de la mortalidad materna, como muestra el Gráfico 6. La explicación en detalle se la realizará más adelante (Ver acápite referido a gestión del sistema de salud).

Los artículos de la Constitución, que se transcriben a continuación, a primera vista parecen expresar una reivindicación de la población indígena, sin embargo, contienen términos que ratifican la supeditación de la medicina moderna con todos

27 Torres Goitia T., Javier. *Confrontación y legalización riesgosas*. Columna quincenal del periódico Página Siete de 1 de octubre de 2016.

28 Ver un resumen del método empleado en el punto 3 “*Tuberculosis*” del capítulo 3 “*Movilizaciones Populares*” pp. 135-142 en: Torres-Goitia Torres, Javier; Torres-Goitia Caballero, Javier y Lagrava Burgoa, Mario. (2015). *La Salud como Derecho. Conquista y evolución en Bolivia*. Editorial PLURAL.

sus adelantos científicos a la práctica empírica tradicional.

*“Art. 30. II. 9) A que sus saberes y conocimientos tradicionales, **su medicina tradicional**, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean **valorados, respetados y promocionados**”*

*Art.30. II. 13) Al **sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y práctica tradicional**. (El resaltado es del autor).*

### LA GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud en Bolivia está dirigido por el Ministerio de Salud e integrado por los sectores público, medicina tradicional, seguros sociales de corto plazo (cajas de salud), Iglesia e instituciones privadas con y sin fines de lucro. Esta estructura se mantiene sin variación desde muchos años atrás. Sin embargo, se han producido cambios por la aplicación de la Ley de Participación Popular (1994), la Ley de Descentralización (1995) y la creación del SUMI (1994-2002), cambios que se resumirán a continuación para comprender mejor la situación actual.

### Cambios inmediatamente anteriores a la gestión actual en salud

La Ley de Participación Popular aprobada en 1994 otorgó poder y recursos a 311 municipios autónomos, cuyas autoridades se eligen por sufragio universal y deben aceptar la fiscalización de un Comité de Vigilancia apartidista formado por la juntas vecinales en las ciudades y por las comunidades originarias en el área rural de acuerdo con sus usos y costumbres. Los *jilacatas*, *malkus*, *capitanes*, *curacas*, etc., forman parte por primera vez, de la conducción democrática de sus instituciones. La infraestructura de los servicios de salud y educación y, los muebles e inmuebles, fueron transferidos a los respectivos municipios. Asimismo, esta ley obliga al Tesoro General de la Nación a entregar el 20% de sus ingresos para que sean distribuidos equitativamente en los municipios según el número de habitantes. Esta entrega conocida como coparticipación tributaria, corrigió viejos privilegios y permitió que las áreas rurales se homologaran con las urbanas (Cuadro 4).

El sector salud obtuvo inicialmente un porcentaje de solo 3% del presupuesto de coparticipación del municipio para financiar una atención todavía no integral de los niños menores de cinco años y

Cuadro 4 Distribución de recursos de la Coparticipación Tributaria, 1993-1995 (En porcentaje)			
	Año		
	1993	1994	1995
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Capitales	92,1	54,4	38,9
Provincias	7,9	45,6	61,1
	1993	1994	1995
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Eje (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz)	90,9	73,5	68,1
Resto país	9,1	26,5	31,9

**Fuente:** Tomado de Galindo Soza, Mario; Medina Calabaceros, Fernando. Ley de Participación Popular; Aspectos Económico Financieros. En Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Participación Popular. Aprehendiendo la participación popular. La Paz, 1996.

de las mujeres gestantes. Así nació el Seguro de Maternidad y de Niñez, el 24 de mayo de 1996 y con ello, por primera vez, se introdujo en Bolivia un seguro universal tipo Beveridge que fue incrementando sus prestaciones gracias al mayor aporte de cada municipio. Luego de tres sucesivas gestiones de gobiernos diferentes, se aprobó la Ley 2426 de 24 de noviembre de 2002 que creó el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) financiado con el 10% de la coparticipación tributaria de cada municipio y orientado a brindar atención materno-infantil integral y gratuita a todos los niños menores de cinco años y a las mujeres gestantes, hasta seis meses después del parto. Contempla el acceso a medicamentos, hospitalización y todos los gastos de atención, con la limitante que beneficia solamente a una población específica. La población mayor de cinco años y menor de 65, cuyo costo de atención es menor, debía haber sido incorporada a este seguro unos años después de su aprobación, pero continúa pendiente por razones desconocidas.

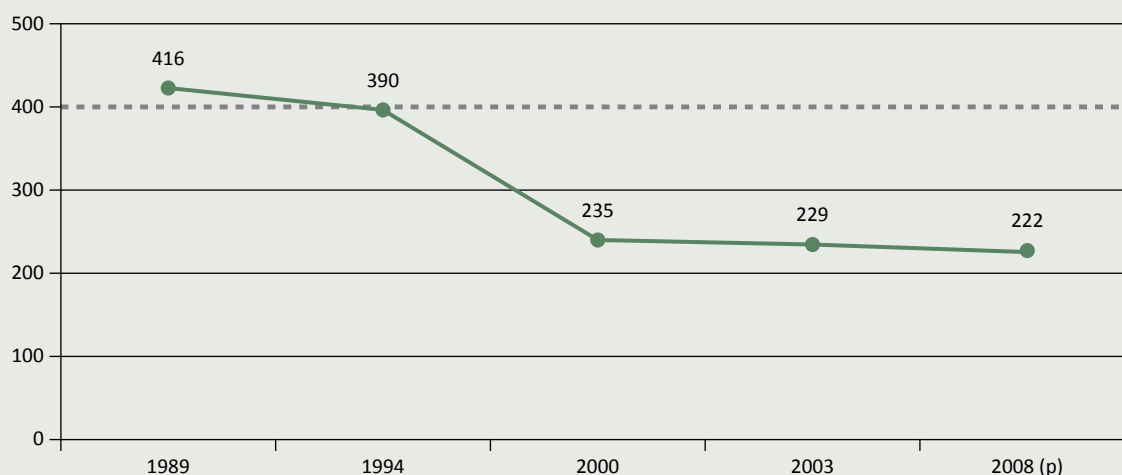
La población de la tercera edad, tiene también, desde el año 2006, atención integral con el Seguro de Salud para el Adulto Mayor con otras fuentes de financiamiento.

El sistema de seguro universal hizo desaparecer la barrera económica que dificultaba el acceso de la población más pobre a los servicios de salud. Su impacto se puede apreciar en el Gráfico 6 que muestra el acelerado descenso de la mortalidad materna de 390 a 235 en el periodo de 1993 a 2000, una disminución de 155 puntos que equivale a cerca del 40%. Pero, llama la atención su desaceleración posterior en la gestión del actual gobierno, ya que en el período de 2000 a 2008 descendió apenas de 235 a 222, vale decir, solamente 13 puntos equivalentes a un 5,5%. Para años posteriores no es posible tener cifras comparables debido a que ya no se efectuaron más versiones de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA).

Un posterior estudio de la mortalidad materna realizado por el Ministerio de Salud con metodología modificada, reveló que la tasa de mortalidad materna en el año 2000 fue de 187 por cien mil nacidos vivos, menor a la señalada el 2000 de 235, como efecto de la implementación del Seguro de Maternidad y de Niñez. El descenso de 390 a 187 habría significado una disminución de 203 puntos, equivalente al 52% en el período de 1993-2000.

Después del acelerado descenso de este indicador, el estancamiento que sigue es casi el mismo

Gráfico 6  
Razón de mortalidad materna en Bolivia\*, 1989-2008



Nota: \* Por 100.000 nacidos vivos

Fuente: INE-ENDSA, 1989-2008(p)

al observado por la ENDSA para el período de 1994-2008, ya que la razón de mortalidad materna bajó apenas de 187 del año 2000 a 160 en 2011. El descenso de 27 puntos en 11 años equivale solamente al 14%, cifra inferior al 40% registrada en el período anterior.

Paralelamente a estos cambios se organizó el nuevo modelo de gestión sanitaria coherente con la Ley de Descentralización, buscando que la defensa de la salud como derecho fuera asumida no solo por el sector de salud, sino también, por las autoridades responsables del desarrollo, prefectos y particularmente alcaldes. Los problemas generales de salud serían atendidos por los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) que tienen dependencia administrativa de los respectivos gobiernos locales autónomos bajo la dirección del Ministerio de Salud en lo concerniente a los aspectos técnicos.

La nueva organización de los servicios de salud dispuso que los municipios, dueños ya de la infraestructura que perteneció al Ministerio de Salud, se hicieran cargo de la atención de puestos, centros y hospitales contando con el apoyo del Tesoro General de la Nación que continúa financiando los haberes de todos los trabajadores de salud y buscando que el 90% del aporte de la coparticipación tributaria deba destinarse obligatoriamente a la inversión y solamente el 10% para gasto corriente. Es pertinente destacar que los fondos empleados en salud y educación fueron reconocidos como inversión.

El municipio pasó a gestionar los servicios asistenciales de salud a través de un Directorio Local de Salud (DILOS), presidido por el Alcalde o su representante y conformado por un representante del SEDES y otro de la comunidad correspondiente. Los DILOS se constituyeron en la primera autoridad municipal de salud y adoptaron un sistema de gestión compartida y concurrente con participación popular. Cada DILOS debía nombrar un gerente para dirigir y coordinar la red de servicios de salud del municipio correspondiente que, contaba a su vez, con la participación de las respectivas redes

de participación popular. Esta forma de organización se mantiene en apariencia, sin embargo, el Alcalde al delegar sistemáticamente su representación en el Director Médico del municipio, volvió a “medicalizar” el DILOS privándolo de su nexo íntimo con el desarrollo integral local.

En el contexto actual, la participación popular fue reemplazada por la de los movimientos sociales, que al ser agencias partidarias oficialistas pierden autonomía y libertad de acción.

## SISTEMA DE SALUD ACTUAL

### Sistema Único de Salud

El actual gobierno publica profusamente que la gestión oficial en salud se centra en el Sistema Único de Salud, en el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y en la vigencia del derecho a la salud, planteamientos que se mantienen como proyectos o ensayos de realización con un mínimo de concreción.

El sistema que inicialmente fue presentado como “Sistema Único” y más tarde como Seguro Universal de Salud con la misma sigla (SUS), sigue como un anuncio ya que 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. 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 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.

### El Modelo SAFCI

El Modelo SAFCI de salud familiar, comunitaria e intercultural fue diseñado en el comienzo de la gestión gubernamental de Evo Morales y aprobado por el Decreto Supremo 29601, el 11 de junio de 2008. Textualmente el artículo 2 de esta disposición señala:

*“ARTICULO 2. (OBJETIVO DEL MODELO)*

*El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traído 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 calificadas de

colonialistas y neoliberales, el modelo SAFCI, paradójicamente, trata de reproducir dos experiencias de gestiones pasadas. La primera es la de los 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, es la experiencia de la Gestión Compartida y Concurrente con Participación Popular, que se acaba de mencionar y que el gobierno depuesto en 2003, calificado de neoliberal, 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. En apretada síntesis, 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, 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. Ya se han realizado varios cursos con residencia de tres años y prácticas clínico-sociales y una profusión de documentos que evidenciaría sus virtudes. Un análisis de este modelo sería largo y su debate de mucho interés, pero no es esta la oportunidad para profundizar esta faena.

Las publicaciones oficiales afirman textualmente: “El Sistema de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural-SAFCI 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”<sup>29</sup>. Es fácil observar que las declaraciones teóricas no guardan coherencia con la práctica. No se ha hecho ningún esfuerzo por incorporar el SAFCI al sistema que continúa sin cambio.

Los médicos SAFCI 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 como el comentado en la Razón en su edición de 29 de octubre de 2014.

La situación de los médicos SAFCI es similar a la de los médicos 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. Este es otro tema de interés, que tiene muchas aristas cuya consideración rebasa el propósito de este artículo.

### Programa Mi Salud

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 en este país 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 documentos del Ministerio de Salud, el programa “Mi Salud” fue inaugurado como un proyecto piloto el 1 de junio de 2013 en la ciudad de El Alto, luego se extendió a 78 municipios del departamento de La Paz, 50 municipios de Santa Cruz, 47 de Cochabamba, 29 de Chuquisaca, 34 de Potosí, 24 de Oruro, 11 de Tarija, 19 de Beni y a 15 municipios de Pando. De acuerdo con el informe consolidado nacional de este programa, 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<sup>30</sup>.

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. 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 indudablemente se está expandiendo pero, otra vez, 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.

### Seguros de salud públicos departamentales y municipales de salud

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

29 Ministerio de Salud. Serie de Documentos de divulgación.

30 Ministerio de Salud. (2016). *Consolidado nacional de MI SALUD*.

sistema de salud mejor al actual es compartida por casi por todos. Por un lado, los esfuerzos que están haciendo las instituciones públicas a nivel local dejan ver claramente esta aspiración y, por otro, las posibilidades de atenderla.

El departamento de Tarija ha optado por ampliar el seguro de tesis universal a toda la población, partiendo de la consolidación del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) y del SUMI para luego extender los servicios a la población de 5 a 59 años no protegida por esos seguros. Su financiamiento es estable y los aportes indirectos que lo sustentan se notan que están metódicamente bien calculados. Es un seguro sólido con continuidad garantizada, salvo sea afectado por eventos como los recientes relacionados a la caída de los ingresos del IDH. Prácticamente, el departamento de 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 de la autoridad respectiva ya sea municipal o departamental. Les falta una base de sustentación sólida que esté por encima de circunstancias variables. Todos aprovechan la cobertura que dan 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.

La calidad de la atención está confiada a la solidaridad que se crea más fácilmente cuanto más pequeño es el núcleo poblacional al que pertenecen por igual médicos y pacientes.

Faltaría complementar esta calidad con una gestión que garantice la idoneidad de los funcionarios con una rigurosa selección meritocrática. No deja de percibirse en algunos de ellos la influencia político-partidaria, tan perjudicial para el buen rendimiento de servicios médicos que por fuerza deben ser específicos e independientes de cualquier influencia que no sea el bienestar general y la salud.

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 centrado en la salud, no significa que la política de salud se gestione aisladamente del contexto socio-económico de la población.

El municipio de San José de Chiquitos viene implementando su proyecto en el que el seguro público de salud integral, universal y gratuito está dentro del plan global de desarrollo del municipio y de sus programas de fomento al turismo y de la producción. De este modo, el seguro se fortalece con el desarrollo y éste beneficia al seguro. Al insistir en que el objetivo del sistema esté únicamente dirigido a la protección de la salud es una referencia a mantenerlo al margen de propósitos mercantiles o de búsqueda de hegemonía político-partidaria.

## COROLARIO

El Derecho a la salud es cada vez mejor asimilado por la población en el mundo y en Bolivia. Es de esperar que conforme se integre con los otros derechos civiles, políticos y sociales pueda contribuir

*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 centrado en la salud, no significa que la política de salud se gestione aisladamente del contexto socio-económico de la población.*

a la estructuración de una ciudadanía plena, ciudadanía que podrá tener capacidad suficiente para superar y humanizar la política, frenar la demagogia y defender el desarrollo humano de todos y con todos en forma solidaria y democrática sin ofender ni dañar a nadie.

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 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 todos los rubros. Particularmente, en salud, el rol rector del nivel central es no solo necesario, sino imprescindible.

La mesa técnica 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 que resulta siempre secundario. Los sistemas de salud, en general, deberían tener una política bien definida y una gestión eficiente

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

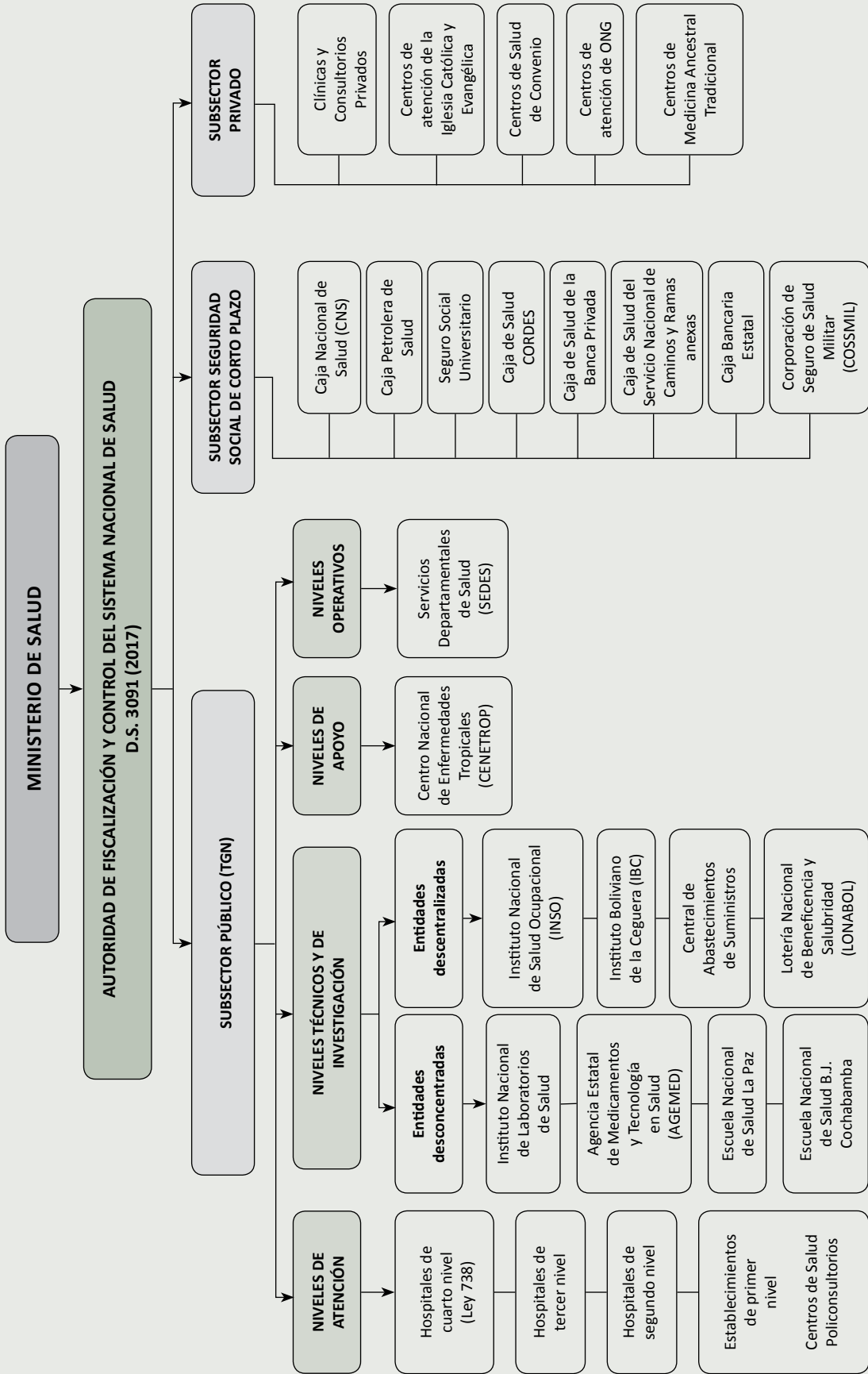
La política requiere ser clara, bien definida, lo más justiciera posible, sin marginación ni exclusión de parte alguna de la población. El sistema de salud debería estar sólidamente financiado con recursos suficientes para dar impulso continuo y sostenido al desarrollo de su objetivo que será más factible cuanto mejor sea la coordinación e integración con las políticas de desarrollo social y económico más generales. Su gestión debe garantizar eficiencia y eficacia.

En materia de salud los defectos que más la afectan y deben ser superados son: *i)* la segmentación del sistema que, según la OMS<sup>31</sup> es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud “especializados” en diferentes segmentos de la población; *ii)* la fragmentación del sistema de salud que, también de acuerdo a la OMS, “es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial” y *iii)* 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.

Para cambiar sustancialmente la situación actual de la salud deben aprovecharse las experiencias exitosas, superar los dogmas cerrados y expandir la gestión compartida, concurrente y con participación popular en los servicios del sistema. Cualquier esfuerzo unificador del sistema de salud debe respetar todas las conquistas sociales y buscar nivelar lo diverso tomando como referente los servicios mejor instalados y con mejores logros.

31 OMS. *La Salud en las Américas*, 2007. Cap. IV

# SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Fuente: <https://www.minsalud.gob.bo/institucional/organigrama> (04/08/17) y Unidad de Redes de Salud del Ministerio de Salud. Elaboración propia.

# Financiamiento de la salud, más allá de las cifras

Guillermo Cuentas Yáñez<sup>32</sup>

*“La salud es un bien social al que todos los bolivianos tienen el mismo derecho”* (El Autor)

## INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos realizados en distintos periodos, desde la fundación de la república, no fue posible consolidar y construir un Estado nacional estructurado y sólido que implemente políticas públicas, en salud, educación, infraestructura vial, saneamiento básico, vivienda, y nutrición, que permita satisfacer las necesidades básicas de toda la población boliviana y garantizar un desarrollo humano adecuado.

Estas deficiencias y limitaciones en el desarrollo ubican a Bolivia en los últimos lugares en América Latina en cuanto a los principales indicadores de salud y plantean una interrogante: ¿Por qué se tienen estos indicadores y cuáles fueron las razones estructurales que establecieron lejanía y diferencia de los países vecinos?

Se han realizado múltiples análisis e interpretaciones para encontrar las causas de este insuficiente desarrollo, varias de ellas coinciden en la excesiva dependencia de la explotación de los recursos naturales no renovables, educación insuficiente, escasa vertebración caminera, etc., que marcaron ciclos económicos como los de la plata en el

periodo colonial, del estaño en el siglo XX y del gas en el presente.

En un sistema de salud, su diseño, construcción y desarrollo responden a las características de un modelo de construcción estatal que se construye en el marco de una visión ideológica, política, económica y social.

Una de las interpretaciones que plantea una aproximación histórica a nuestro incipiente desarrollo como Estado, es el análisis de Guido Céspedes en su libro “Ciclos de acumulación y periodos de transición”. Este autor refiere que cada cierto periodo de tiempo en Bolivia se produce un ciclo de “acumulación histórica” y que para tener este contenido debe desarrollarse un periodo de acumulación económica, política y social. Lamentablemente estos ciclos son muy cortos en Bolivia y serían los responsables de la falta de construcción de un Estado Nacional estructurado y moderno.

Un análisis de los ciclos del periodo colonial y del siglo XIX de la época republicana en cuanto a la implementación de políticas públicas de salud muestra que el Estado ha estado ausente en su construcción.

El año 1541, el Emperador Carlos V dicta la Cédula Real en la que recomienda la mayor diligencia para construir asilos y hospitales donde los españoles y los indios pobres enfermos sean atendidos y se ejercite la caridad cristiana.

<sup>32</sup> Médico traumatólogo. Consultor de entidades internacionales en salud pública. Fue Subsecretario de Salud durante el gobierno de Jaime Paz (1989-1993), viceministro de Salud en la gestión de Hugo Banzer (1997-1998) y Ministro de Salud (1999-2001). Es docente universitario de post grado.

Los indios para recibir esta atención al margen de la caridad cristiana debían pagar “un tomín” que se constituyó en el primer modelo de “gasto de bolsillo” que se mantiene hasta el presente.

En 1548, se creó el primer hospital de Charcas Santa Bárbara en Chuquisaca que empezó a funcionar recién en 1554; en 1551 se fundó el Hospital San Juan Evangelista en La Paz; en 1555, el Hospital Real de Naturales en Potosí y en 1608 el Hospital Santa Bárbara en Mizque que fue el primer hospital de provincia. En 1789, la Real Audiencia de Charcas solicitó una investigación sobre la marcha de este nosocomio por las “*muchas quejas que recibía*”, hecho que podría considerarse como la primera auditoría sanitaria.

En el primer periodo de transición de la república de 1825 hasta 1880, se elaboraron siete constituciones para intentar definir el tipo de Estado a construir. Revisando los textos constitucionales de 1826, 1834, 1851, 1861, 1868, 1871 y de 1880, se evidencia que no existe un solo artículo o norma que establezca la obligación del Estado sobre la salud de la población. En este periodo, un Decreto Supremo promulgado el 18 de diciembre de 1826 estableció el pago de “*dos novenos y medio de la masa de diezmos y que ellos sean pagados preferentemente de primera deducción para el mantenimiento de hospitales*”, es el primer y único intento estatal de cumplir con la responsabilidad de financiar el funcionamiento de los hospitales, lo que podría calificarse como un modelo pre-Beveridge de financiamiento.

En el primer ciclo de acumulación económica de 1880 a 1952, denominado ciclo Liberal o del Estaño, se promulgó en diciembre de 1906, la ley de “Creación de la Dirección General de Sanidad”, y el 20 de agosto de 1938 se creó el Ministerio de Higiene y Salubridad, 81 años y 113 años después de la fundación de la república, respectivamente.

En diciembre de 1938 se promulgó el Código del Trabajo que fue elevado a rango de ley en 1942 como Ley General del Trabajo, que estableció el

seguro social obligatorio de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y el año 1951, el DS 2789 dispuso el inicio de la implementación de la Caja Nacional de Seguridad Social ambos hitos históricos son los preámbulos de la formulación de políticas de seguro social con el modelo bismarckiano.

En el segundo ciclo de acumulación económica de 1956 a 1982, inaugurado por la Revolución Nacional de 1952, se promulgó el Código de Seguridad Social en diciembre de 1956, que fue la medida más importante para consolidar un sistema de salud y de seguridad social basado en el modelo bismarckiano.

En el tercer ciclo de acumulación económica de 1985-2003 denominado democrático-liberal (neoliberal para algunas corrientes políticas), se implementaron los seguros públicos focalizados para determinados grupos vulnerables (Binomio Madre-Niño y Adulto Mayor) incorporando el modelo de Beveridge en el sistema de salud.

El cuarto ciclo de acumulación económica, 2006 hasta la actualidad, denominado el ciclo del gas o del Estado Plurinacional, se busca construir un Sistema Único de Salud de carácter universal combinando los modelos de Bismarck y de Beveridge.

## ¿QUÉ ES UN SISTEMA DE SALUD?

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

- Modelo de Gestión es la expresión del modelo político.
- Modelo de Financiamiento responde al modelo económico.
- Modelo de Atención es el componente técnico.

- Niveles de Atención 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, sin que existan asimetrías entre los mismos ya que 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:

- A. Público Integrado
- B. Público Segmentado
- C. Público con subcontratos
- D. Público Intensivo en contratos

### Desarrollo de un sistema de salud

El desarrollo de un sistema de salud es un proceso dinámico que debe responder al perfil epidemiológico y demográfico de un país en un periodo determinado y a los cuatro pilares estructurales mencionados (gestión, financiamiento, atención y niveles de atención) en cuanto a su capacidad resolutive en infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

El país se encuentra en un periodo de transición epidemiológica y demográfica, lo que determina que el actual perfil epidemiológico sea “Acumulativo y Polarizado” o de “Múltiple Carga” porque coexisten las enfermedades inmuno-prevenibles y endémicas transmisibles con las enfermedades crónicas, emergentes y desatendidas y los accidentes de tránsito.

Asimismo, una de las características del periodo de transición epidemiológica en Bolivia es que no sigue una secuencia única. La presencia de enfermedades transmisibles y crónicas persistirá en el tiempo y este periodo 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 privilegiada, poli-

medicamentosa, tecnológicamente exigente, que requiere de especialistas para la atención en hospitales de segundo y tercer nivel, personal altamente calificado para la atención en los institutos especializados y un seguimiento constante.

Se trata de una atención de alto costo para las instituciones y para los pacientes estas características determinan que los modelos de gestión, financiamiento, atención y la capacidad resolutive 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 5).

Cuadro 5 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.	

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



morbimortalidad (Cuadro 6). Para el año 2035 se proyecta que Bolivia tendrá 14.110.019 habitantes con una menor tasa global de fecundidad de 1,2%.

Cuadro 6 Cambios demográficos, 1992-2012 (En porcentaje)		
Grupos etarios	Censo 1992	Censo 2012
0 a 14 años	41,5	31,2
15 a 64 años	54,3	62,7
65 años y más	4,2	6,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1992-2012. Elaboración propia.

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 suba a 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

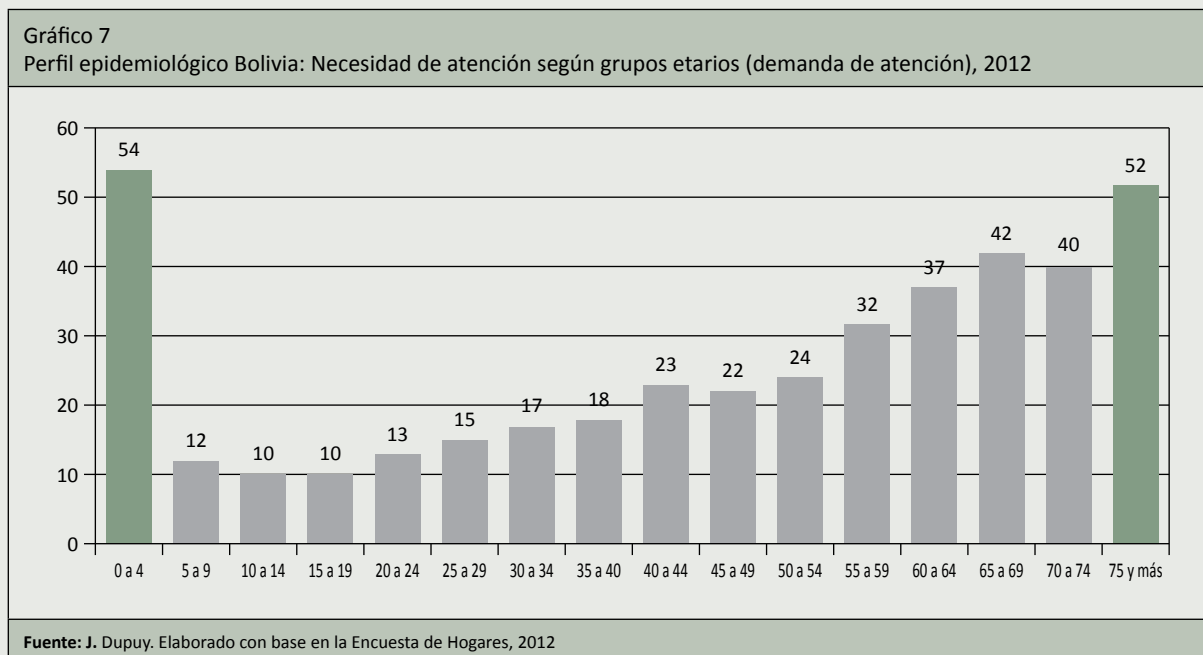
salud, mientras que, la demanda de la población de 11 a 20 años con relación a años anteriores fue disminuyendo hasta llegar al 10%. A su vez, las poblaciones de 50 a 69 años y de 70 años y más, incrementaron la demanda de atención médica, devalando que el envejecimiento de la población genera una atención mayor de las enfermedades crónicas que son poli-morfológicas y requieren servicios de alta complejidad (Gráfico 7).

Los actuales perfiles epidemiológico y demográfico, modificaron las principales causas de morbimortalidad 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 7).

## FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

### Modelos de financiamiento

Existen cuatro modelos de financiamiento. El primer modelo es el bismarckiano creado en Alemania en 1883 bajo el concepto de “Prima” que refiere a un porcentaje del salario del trabajador pagado con aportes estatal, patronal y laboral. En



Cuadro 7 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 periodo 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
<b>Total</b>	<b>100,00</b>
<b>Fuente:</b> Ministerio de Salud, 2015	

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.

El segundo modelo es el de Beveridge establecido a partir del “Informe Beveridge” en Inglaterra el año 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 Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH).

El tercer modelo corresponde al de Schemascko, 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 Tesoro General de la Nación (TGN) a los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). Finalmente, el cuarto modelo es el privado que 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, tal como se refirió, los cuatro modelos son utilizados en el sistema de salud.

### Gasto per cápita de salud

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.

Por su parte, Chile destina el 7,8% de su PIB mientras que su gasto per cápita es de 1.204 dólares, 17 veces más grande que el de Nicaragua y 80 veces más que el de Haití que destina el 7,6% de su PIB a salud con un gasto per cápita de apenas 15 dólares. En Sudamérica, el gasto per cápita en salud expresado en dólares se detalla en el cuadro 8.

Cuadro 8 Sudamérica. 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
Paraguay	395
Ecuador	365
Perú	364
<b>Bolivia</b>	<b>239*</b>
<b>Promedio Sudamérica</b>	<b>715</b>
Nota: * dato para el año 2017 Fuente: Banco Mundial, 2015 y TGN 2017. Elaboración propia.	

El país que tiene el gasto per cápita más alto en el mundo es Noruega con 9.055 dólares seguido de Suiza con 8.980, mientras que, el promedio mundial es de 1.053 dólares.

En este contexto, para alcanzar el promedio sudamericano, en Bolivia 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.

En otros términos, 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; esa es la realidad económica de nuestro país.

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.

En el año 2016, el presupuesto de salud se incrementó casi en 100% alcanzando los 15.955 millones de bolivianos (2.292 millones de dólares). 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).

## Financiamiento de las Cajas de Salud

El presupuesto de la seguridad social de corto plazo en 2015, era de 5.590 millones de bolivianos (803 millones de dólares), mismo 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

Cuadro 9 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
<b>Total</b>	<b>803.149.660</b>	<b>710.582.452</b>	<b>92.567.208</b>
<b>Fuente.</b> INASES, Anuario 2015.			

(399 millones de dólares), con un saldo sin ejecutar de 552 millones de bolivianos (79 millones de dólares) reflejo de una gestión ineficiente (Cuadro 9).

### Financiamiento de la salud en el sector público

En el sector público, en la gestión 2017, el mayor monto de su presupuesto está 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, fue a las acciones referidas a la universalización del acceso a la salud que 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, aunque el Gobierno indicó recientemente que por la venta de bonos soberanos, el país contaría con 6.960 millones de bolivianos (1.000 millones de dólares) que se destinarían a 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.

### Financiamiento municipal para la salud

La Ley 1551 de Participación Popular promulgada en abril de 1994, 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 Ibáñez (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.

En este marco, se inicia el proceso de implementación de seguros públicos dirigidos inicialmente a los grupos vulnerables de mujeres embarazadas y de niños menores de cinco años a través del DS 24302 promulgado en julio de 1996 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 diciembre de 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. Posteriormente, este seguro se amplió con el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) establecido por la Ley

2426 aprobado en noviembre del 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.

Posteriormente, mediante la Ley 1886 de 14 de agosto de 1998 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.

Ocho años más tarde, en enero de 2006 se promulgó la Ley 3323 que transformó el Seguro Médico Gratuito de Vejez 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 Impuesto Directo de Hidrocarburos. De esta manera, este seguro se convirtió en un modelo clásico de Beveridge.

En diciembre del año 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.

Tal como puede observarse en el cuadro 10, en 2015, el monto invertido en todas las prestaciones establecidas por el Seguro Integral de Salud fue de 793 millones de bolivianos (110 millones de dólares), recursos insuficientes para cumplir con la atención de salud de la población demandante.

Asimismo, el cuadro muestra una gran incongruencia, porque el número de prestaciones a mujeres embarazadas que alcanza a más de 10 millones

Cuadro 10 Número de prestaciones y costos de las atenciones cubiertas por las Prestaciones del Seguro Integral de Salud (Ley 475), 2015-2016				
Grupos vulnerables	2015		2016 (Enero a Mayo)	
	Nº de prestaciones	Costo en Bs.	Nº de prestaciones	Costo en Bs.
Menores de 5 años	14.495.604	285.917.602	5.569.467	113.397.990
Adulto Mayor	4.822.217	184.027.039	2.347.864	89.284.964
Personas con discapacidad	184.851	17.057.103	81.769	7.124.341
Embarazadas	10.617.473	291.587.277	4.208.057	113.256.448
Mujeres en edad fértil	880.604	14.592.385	307.924	5.323.840
<b>TOTAL COSTO</b>		<b>793.181.406</b>		<b>328.387.583</b>

Fuente. UDAPE, Vol.26. 2016

(con un costo de 291 millones de bolivianos y un promedio de 27 bolivianos por prestación) está sobredimensionado ya que supondría que cada una de estas mujeres (285 mil embarazadas aproximadamente, habría demandado más de 33 prestaciones, hecho ilógico que exige que el dato sea revisado objetivamente.

Finalmente, desde el año 2007 se crearon varios seguros públicos promovidos por algunos gobiernos subnacionales como el de Tarija con el Seguro Infante Juvenil Ampliado (SIJA) para la población de 5 a 19 años y el Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT) instituido en septiembre de 2006 para el grupo etario de 5 a 59 años, financiado con un porcentaje del Impuesto Directo a Hidrocarburos (IDH) y con las regalías departamentales. En esta línea, se creó en el departamento del Beni el Seguro Universal de Salud Autónomo (SUSA) con 180 prestaciones para la población de 5 a 21 años y con 14 prestaciones para las personas de 22 a 60 años. Asimismo, se crearon otros seguros escolares municipales en El Alto, Cobija, Carapari (Tarija), Tomina y Villa Alcalá (Chuquisaca).

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 que, por el número de prestaciones y por la cobertura en segundo y tercer nivel, mejoró la oferta sanitaria y contribuyó a disminuir el gasto de bolsillo de la población de escasos recursos.

Otro aspecto remarcable es 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.

Para muestra basta un botón, el año 2015 los municipios contaron con un presupuesto de 2.913 millones de bolivianos (418 millones de dólares) del cual, solo el 18% fue destinado a la inversión (Cuadro 11).

Cuadro 11 Presupuesto de municipios para salud, 2015		
Concepto	Destino de recursos (En Bs.)	Porcentaje
Gasto corriente	2.377.090.340	81,6
Inversión	536.025.551	18,4
<b>Total</b>	<b>2.913.115.891</b>	<b>100,0</b>
<b>Fuente:</b> Fundación Jubileo. Presupuesto municipios 2015.		

## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

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

El actual sistema de salud atraviesa una crisis estructural que engloba a los cuatro componentes que hacen a un sistema: en el componente de 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. En el modelo de gestión es imprescindible debatir sobre las competencias de salud asignadas a los municipios por 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.

A su vez, el modelo de atención precisa un ajuste estructural para la construcción de otro nuevo en función de los actuales perfiles epidemiológicos y demográficos del país. 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 primer nivel de atención por la baja capacidad resolutoria.

Superar esta crisis 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.

El debate para el nuevo sistema de salud, debe plantear la conformación de dos instancias que garanticen el financiamiento sostenible de las prestaciones: un fondo contributivo con los actuales recursos de las Cajas de Salud y un fondo no contributivo con recursos provenientes de los impuestos, para financiar el acceso a los ciudadanos que no estén asegurados en las actuales Cajas. Por su parte, el nuevo modelo de gestión debe ser el de múltiples prestadores que permita utilizar toda la capacidad instalada de salud en el país, incluyendo al sector privado con y sin fines de lucro; para ello, es imprescindible conocer el costo de las prestaciones de las patologías prevalentes en el país y de los niveles donde puedan ser resueltos.

El modelo de atención debe ser el de SAFCI en el primer nivel de atención, para lo cual debe mejorar su capacidad resolutoria e implementar el modelo de la medicina basado en la evidencia para el segundo, tercer y cuarto niveles.

Asimismo, se debe ejecutar 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: 1) La Paz, El Alto y los municipios adyacentes (Viacha, Achocalla, Laja,

Mecapaca y Palca), 2) Cochabamba, Sacaba y Quillacollo y los municipios adyacentes (Vinto, Colcapirhua) y 3) Santa Cruz, Montero, Warnes y La Guardia.

## BIBLIOGRAFÍA

BROWN, A. (1979). *Historia de la medicina en Bolivia*.

CÉSPEDES Argandoña, Guido. (1987). *Ciclos de Acumulación y periodos de Transición*. CEUB, La Paz.

FORTÚN, W. (1984). *La salubridad en el inicio de la república*.

FUNDACIÓN JUBILEO. Gobiernos municipales 2015 recuperado de: file:///D:/BRo/Downloads/GOBIERNOS\_MUNICIPALES\_2015.pdf

GALINDO Soza, M. (2010) *El progreso Invisible. El Seguro Universal Materno Infantil*. La Paz, Fundación Milenio.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (INASES). (2015). *Anuario Estadístico*.

LONDOÑO, Juan Luis y Frenk, Julio. (1997). *Pluralismo Estructurado hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de Salud en América Latina*, BID.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. (2017). *Presupuesto General*.

UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICA ECONÓMICA (UDAPE). Dossier de Estadísticas Sociales y Económicas Vol. 26, noviembre 2016.





# **SALUD PARA TODOS**

Un balance de los seguros  
de salud locales



## INTRODUCCIÓN

En la mesa de trabajo promovida por el CEDLA, la investigadora Silvia Escóbar, luego de destacar el trabajo de la institución en la generación de conocimiento crítico al servicio de los trabajadores en temas centrales como empleo, derechos laborales y seguridad social, calificó como enorme el déficit de la política pública en estos ámbitos y, específicamente en lo relativo a la atención de la salud, lo que impulsa al CEDLA a que su contribución *“sea para que los trabajadores, sus familias y la población en general pongan sobre la mesa de deliberación y de debate público informado, la necesidad de transformar la política pública en función del ejercicio de esos derechos fundamentales de las personas”*.

Recordó que los temas de empleo y seguridad social fueron parte de la agenda de investigación durante más de 30 años de trabajo del Centro, tanto en tiempos del neoliberalismo como en el escenario actual. Se analizó la reforma del sistema de pensiones desde la década de los 90, cuyos estudios llegaron al convencimiento que fue *“una reforma financiera y no una reforma social”* que fracasó en los objetivos que se había planteado *“porque no mejoraron la cobertura ni la calidad de las pensiones ni tampoco aseguraron la sostenibilidad financiera del sistema”*.

Frente a ese panorama, la propuesta emergente del debate público implica avanzar hacia una reforma social del sistema de pensiones, basada en

los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, donde el Estado asuma la rectoría y su función en la redistribución del ingreso para asegurar el acceso de todos los bolivianos a una jubilación contributiva y no contributiva y la mejora continua de su calidad. En torno al financiamiento —tema clave para discutir cualquier política— es un aspecto considerado con especial cuidado en su relación con la política fiscal, para la identificación de fuentes alternativas con las organizaciones laborales y de jubilados. Estas mismas búsquedas impulsaron a trabajar en el análisis de otra dimensión central de la seguridad social, como es la atención de la salud.

Debido a que la salud es sinónimo de calidad de vida, capacidad de trabajo y condiciones básicas para la reproducción fisiológica y social de los trabajadores y sus familias, el seguimiento del CEDLA a experiencias pioneras en la construcción de sistemas públicos universales de salud, sus avances, logros y desafíos, permitirá comprender y evaluar conjuntamente con sus protagonistas cómo fortalecer estas iniciativas, para contribuir al ejercicio del derecho a la salud de la población, tan venido a menos en estos tiempos.

En esa perspectiva los objetivos de la mesa de trabajo estaban orientados a conocer los seguros de salud en cuanto a los modelos de gestión adoptados por éstos, la cobertura alcanzada y las fuentes de financiamiento y, efectuar un balance colectivo de sus logros, limitaciones y sus perspectivas de fortalecimiento.

## EL SURGIMIENTO DE LOS SEGUROS DE SALUD LOCALES

En el marco de la normativa nacional de salud pública y de los planes del gobierno departamental, en 2007 irrumpió el Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT), al amparo de los recursos generados por el excedente de la renta hidrocarburífera, que benefició especialmente a regiones y municipios productores de gas y petróleo. Superando limitaciones y riesgos ingresó el año 2017 a su undécima gestión, con importantes logros e impactos sociales, aunque amenazado en su sostenibilidad por la disminución significativa de ingresos que sucedió a la pasada bonanza de altos precios de las materias primas.

Al sistema departamental de salud universal, gratuita e integral en Tarija, con atención a quienes no acceden a seguros convencionales, se sumó en 2008 el Seguro Universal de Salud de San José de Chiquitos (SUSAJO), implementado también con importantes logros por el municipio del mismo nombre en Santa Cruz.

En 2014, siguió los pasos con gran entusiasmo el Seguro de Salud de Pando (SESA), con incidencia en la capital de Cobija y en menor medida en los otros 14 municipios del departamento; la atención se concentra en el único hospital de segundo nivel Roberto Galindo Terán existente en esta región, el mismo que cubre prestaciones de primer nivel y algunos servicios de tercer nivel de acuerdo a las necesidades de la población, sin cumplir plenamente las exigencias técnicas para ser un centro incluso de segundo nivel. Este seguro es un ejemplo de cómo una gobernación departamental como la pandina, no obstante sus grandes limitaciones materiales y de recursos financieros puede instaurar un excepcional y emblemático servicio local para brindar salud universal, integral y gratuita a la población excluida de estos servicios, frente a la ineficiencia del gobierno central para implementar una política nacional de salud con acciones en los ámbitos regional y local.

A los tres seguros se agrega la iniciativa reciente del municipio de Sucre que desde 2016 y con pocos meses de implementación ya constituye una alternativa de atención para la población que no cuenta con un seguro convencional en esta ciudad. Esfuerzos similares se ejecutaron en el municipio de Santa Cruz de la Sierra y parcialmente en el departamento de Cochabamba (11 municipios de 42).

### BALANCE INICIAL

Bruno Rojas investigador del CEDLA, ofreció un breve balance de los seguros de salud existentes en los últimos diez años, destacando que su surgimiento fue posible por la mayor disponibilidad de recursos en las gobernaciones y los municipios por concepto del IDH, regalías y en parte del Tesoro General de la Nacional (TGN).

Destacó la experiencia de la Alcaldía de Santa Cruz que desde septiembre de 2016 viene implementando un sistema municipal de salud en esa ciudad. Asimismo durante el evento, Guillermo Aponte, economista especializado en seguros y seguridad social, evocó al efímero SUSACRUZ que no llegó a ser implementado por la gobernación cruceña a causa del “recorte” de fondos por parte del gobierno nacional. Finalmente, Rojas refirió la existencia de otras iniciativas en Cochabamba y Oruro.

Todos estos sistemas se propusieron ser gratuitos, universales e integrales y en general, se implementaron sobre la base de la infraestructura, recursos humanos y servicios de salud establecidos por el sistema nacional de salud pública en el país.

Entre algunas limitaciones afrontadas, Rojas mencionó la reducida y precaria infraestructura pública existente en los municipios y departamentos; la poca disposición de hospitales de segundo y tercer nivel, el reducido personal médico y de especialistas (en cáncer y diabetes, por ejemplo) e insuficiencia de medicamentos. Señaló también que pocos seguros brindan acceso a medicamentos gratuitos siendo muy importante este beneficio cuando se habla de integralidad de los servicios de salud.

Panorama General de los Seguros de Salud Locales		SUSAT	SESA	SUSAJO	SISU
Características generales:		<ul style="list-style-type: none"> <li>Están administrados por los gobiernos municipales y departamentales</li> <li>Población meta de 5 a 59 años carentes de seguro público y privado y, que radiquen en el municipio o departamento respectivo</li> <li>Están financiados principalmente con recursos de la renta hidrocarbúrica en coparticipación regional (IDH) y regalías.</li> <li>La oferta de servicios comprende desde las consultas de atención primaria y emergencias hasta cirugías y exámenes de imagenología y, otros servicios especializados (en el caso del seguro de Tarija, resonancia magnética).</li> <li>Son seguros de salud integrales y gratuitos. En el caso del seguro de Tarija comprende acceso a medicamentos gratuitos.</li> <li>Con excepción del seguro de San José de Chiquitos, no prestan servicios directos, sino, cancelan a los establecimientos públicos por las atenciones efectuadas.</li> </ul>			
<b>Ubicación geográfica</b>	Departamento de Tarija	Departamento de Pando	Municipio de San José de Chiquitos, departamento de Santa Cruz	Municipio de Sucre, departamento de Chuquisaca	
<b>Cobertura geográfica</b>	Municipio de Tarija, 6 provincias y 11 municipios del departamento.	Municipio de Cobija y 14 municipios del departamento	Municipio de San José y área de influencia chiquitana	Municipio de Sucre	
<b>Tiempo de ejecución</b>	11 años, fue creado el año 2006	3 años, fue creado el año 2014	8 años, fue creado el año 2009	1 año, fue creado el año 2016	
<b>Beneficiarios</b>	Personas de 5 a 60 años de edad carentes de seguro público y privado, con residencia en el departamento.	Personas de 5 a 60 años de edad carentes de seguro público y privado, con residencia en el departamento y con bajos ingresos económicos.	Personas de 5 a 60 años de edad carentes de seguro público y privado, con residencia en el municipio y en el área de influencia chiquitana.	Personas de 5 a 60 años de edad carentes de seguro público y privado, con residencia en el municipio de Sucre.	
<b>Responsable de la ejecución</b>	Gobierno Autónomo Departamental de Tarija.	Gobierno Autónomo Departamental de Pando.	Gobierno Autónomo Municipal de San José de Chiquitos.	Gobierno Autónomo Municipal de Sucre	
<b>Niveles de atención</b>	Niveles I, II, y III El nivel II comprende dos hospitales no acreditados	Nivel II (en 2015) y nivel III (desde 2014) Único centro de nivel II: Hospital Roberto Galindo que no cumple requisitos del nivel II, pero presta atenciones de este nivel.	Niveles I y II: 3 centros de salud de nivel I, 5 postas de salud, y un hospital de nivel II, un centro de nivel I en construcción	Niveles I y II	
<b>Modalidad de atención</b>	Pago a establecimientos de salud públicos por atenciones prestadas por establecimientos públicos. No acude a centros privados	Pago a establecimientos de salud públicos por atenciones prestadas a establecimientos públicos. No acude a centros privados.	Administración directa del gobierno municipal de los servicios prestados por establecimientos de salud ubicados en el municipio.	Está previsto el pago a establecimientos de salud públicos.	
<b>Cobertura</b>	Población atendida: 488 mil personas hasta 2016 (sobre 380 mil previstos (Tarija tiene una población de 500 mil habitantes)	Población atendida: 19.630 personas hasta 2016, 35% de los 56 mil previstos al 2020 (Pando tiene 109 mil habitantes).	Población atendida: 10 mil personas hasta 2016 de 30 mil habitantes del municipio. Podría proyectarse a los 300 mil habitantes de la Chiquitania.	Población meta prevista: 136 mil personas de casi 250 mil habitantes del municipio. (Se afilia en una primera fase a 6.868 personas.	
<b>Número de prestaciones de salud</b>	En una primera fase hasta 2007, 281 prestaciones. Al 2016 brinda más de 500 prestaciones de salud Cubre acceso a medicamentos	s/d	No cubre acceso a medicamentos	Casi 200 prestaciones propuestas: (130 prestaciones médicas ambulatorias, 32 prestaciones odontológicas, 30 de Laboratorio en los niveles I y II y 9 de gabinete).	

(Continúa en la página siguiente)

(Viene de la página anterior)

	SUSAT	SESA	SUSAJO	SISU
<b>Número de atenciones efectuadas</b>	Entre 2006 y 2016, 16. 273. 287 millones de atenciones efectuadas	Hasta 2016, 58.830 atenciones (19.490 en centros salud I Nivel y 39.340 en II nivel entre enero y octubre de 2016)	Entre 2009 y 2015, 74.999 atenciones y en 2016, 14.170	En implementación
<b>Presupuesto</b>	Presupuesto ejecutado 2006 – 2016: Bs. 306.058.695 (13% del presupuesto total departamental).	- Total ejecutado Dic. 2014 a oct. 2016: Bs. 4.165.485 (595 mil dólares) - Inversión 2016, 2.5 millones de bolivianos.	- 69 millones de bolivianos presupuestados para salud entre 2009-2016 - 52.5 millones de bolivianos ejecutados en este período - Inversión anual, para el seguro 2.500.000 bolivianos y para ítems, 3.500.000 bolivianos	Presupuesto nominal de 5 millones de bolivianos. Presupuesto asignado 3 millones de bolivianos.
<b>Limitaciones específicas</b>	- No existen en el municipio segundos niveles de atención acreditados - Importadoras no cumplen con abastecimiento de insumos y medicamentos. - Retraso en la actualización de precios en la Lista Nacional de Medicamentos (LINAME) - Dificultades en la consolidación de ítems - Carencia de recursos humanos y de otros medios para nuevo oncológico. - Contratos eventuales y sueldos bajos para personal médico.	- Carencia de un hospital de nivel II. - Presupuesto limitado para llegar a pobladores del área rural - Carencia de equipos médicos nuevos	- Decisión de Ministra de Salud impide desactualización de equipos médicos en puerto de Arica. - Reducción de presupuesto amenaza cerrar el seguro para 2017 - Dificultades para conseguir médicos y especialistas - Ítems insuficientes.	- El Servicio Departamental de Salud (SEDES) no coadyuva a la difusión del seguro. - Rivalidad entre el SEDES y el gobierno municipal obstruye gestión y canalización de recursos

<b>PROBLEMAS COMUNES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del presupuesto por caída de los ingresos de la renta hidrocarbúrrifera. Cobertura, pago de servicios y nuevos ítems corren riesgo. Dependencia de recursos económicos de fuentes del gobierno central.</li> <li>• La infraestructura, equipos médicos y otros insumos de los establecimientos públicos son deficientes</li> <li>• Carencia de hospitales de segundo y tercer nivel</li> <li>• Carencia de procedimientos específicos de seguimiento y evaluación de las prestaciones de salud y de la calidad de los servicios</li> <li>• Número insuficiente de ítems para médicos y funcionarios; una significativa parte tienen contratos temporales y trabajan en condiciones de precariedad laboral</li> <li>• Apoyo insuficiente del gobierno para fortalecer los seguros locales, ya que está empeñado en implementar su modelo de seguro único.</li> <li>• La penalización de la práctica médica provocó que los médicos prefieran referir (derivar) antes que resolver en el primer nivel de atención.</li> <li>• El aumento de la esperanza de vida en Bolivia viene incrementando la demanda y carga de los servicios.</li> </ul>
<b>PROPUUESTAS COMUNES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de una política nacional de salud que articule y fortalezca las iniciativas de los seguros de salud locales</li> <li>• Garantizar la sostenibilidad del financiamiento con recursos del gobierno central y fuentes alternativas locales.</li> <li>• Fortalecer el personal médico brindándoles estabilidad laboral, salarios suficientes y condiciones laborales adecuadas</li> <li>• El gobierno central debe invertir más para la mejora de la infraestructura y de equipos médicos.</li> <li>• Impulsar un pacto nacional de salud con la participación de todos los actores involucrados.</li> </ul>

**Fuente:** Presentaciones realizadas por los responsables de los seguros de salud en la "Mesa de trabajo sobre seguros locales", 2016. Elaboración propia.

# El Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT), una experiencia para destacar

El Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT)<sup>33</sup> lleva más de diez años de implementarse (desde 2007), siendo el primero en su género, por lo menos, en los últimos 15 años en el ámbito de la salud pública. Se constituye en una de las más importantes, antiguas y sostenibles apuestas por un sistema de atención médica gratuita en los tres niveles de atención para la población excluida de los seguros de salud y de las políticas de salud del Estado nacional.

Lo ejecuta el Gobierno Departamental de Tarija a través de su Secretaría de Desarrollo Humano y del Servicio Departamental de Salud (SEDES) mediante la Unidad de Seguros y de sus departamentos administrativos y técnicos.

Nació en la gestión del ex prefecto Mario Cossío como una política departamental de desarrollo humano en un escenario donde el seguro de salud se concentraba en la atención de dos sectores poblacionales: por un lado el binomio madre-niño, y por otro, la población mayor de 60 años. Esta cobertura dejaba desprotegido a un segmento poblacional importante cuya salud dependía básicamente de lo que tenga en el bolsillo.

Pocos apostaban a su éxito. Un estudio consideró implementarlo por 16 meses. La atención de la demanda de la población de 5 a 59 años (algo más

de 380.000 personas) constituía un gran desafío, por lo que era pertinente determinar la capacidad instalada de salud en el departamento, los costos y las fuentes de financiamiento, así como la factibilidad del sistema en el mediano y largo plazo (Cuadro 12).

Cuadro 12 Cobertura de población del SUSAT, 2006-2015	
Población	Total
A nivel departamental	543.517
Población objetivo SUSAT	380.099
Población afiliada	484.808

**Fuente:** Presentación realizada por el responsable del SUSAT en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.

El SUSAT se propuso como objetivo garantizar la inclusión, equidad y la calidad en la atención de salud a todas las personas desprovistas de un seguro de salud, en el rango de edad mencionado. Desde su creación, se planteó llegar a las poblaciones de las seis provincias y 11 municipios a través de los 214 establecimientos de salud públicos del departamento de Tarija.

Comprende la atención plena en los tres niveles de salud con 500 prestaciones que incluyen traslados de emergencia, imagenología, resonancia magnética, además de la provisión de medicamentos bajo una normativa específica.

El financiamiento se sustenta en recursos del Impuesto Directo de Hidrocarburos (IDH) y de

33 Este capítulo fue elaborado con base en la exposición efectuada por la Dra. Dora Segovia, Responsable SUSAT.

las regalías que percibe el gobierno departamental por la producción de hidrocarburos. La Responsable de este sistema de salud, explicó que como el SUSAT es un seguro con reembolso por la prestación de servicios, muchos establecimientos de salud pudieron fortalecer sus infraestructuras con los pagos recibidos.

El sistema cuenta con mecanismos y procedimientos de seguimiento y evaluación de las acciones ejecutadas.

### COBERTURA Y LOGROS

El logro más importante del SUSAT fue la afiliación a 484 mil personas. Si bien la población objetivo comprende a 380 mil personas, *“Más de cien mil adicionales corresponden a otros departamentos, [lo que indica que] estamos siendo más que solidarios”*, destacó la Dra. Segovia. Entre otros logros se pueden señalar los siguientes:

- Aumentó el acceso a los servicios de salud por parte de la población más vulnerable y con mayor riesgo de salud.
- Disminuyó el índice de pobreza de 41,6% reportado en 1994 a 37,5% en 2011, ligado a la reducción del gasto de bolsillo de la población.
- Disminuyó la tasa de mortalidad materna de 167 a 63 por 100.000 nacidos vivos. Reducción de la tasa de mortalidad en la niñez de 42,2% entre 2005 y 2010 a 36,4% en el periodo 2010 a 2015.
- Aumentó la esperanza de vida al nacer de 66,3 años de 2005 a 2010 a 67,6 de 2010 a 2015 entre la población masculina y de 70,4 a 71,8 años entre la población femenina.
- Mejoró la calidad de vida de 37.909 personas con problemas visuales con la dotación gratuita de lentes.
- Se salvó la vida a más de 53.799 personas, con la prestación de cirugía y a otros 17.363 pacientes

con la prestación de servicios de traslados de emergencia interprovinciales.

- Se efectuaron dos millones de consultas médicas especializadas, sólo en odontología se realizaron 1.016.300 prestaciones de curación y prevención reduciendo el índice de caries y pérdida de piezas dentales, evitando así patologías gastrointestinales.
- Se fortalecieron los servicios de salud con infraestructura, equipamiento, recursos humanos y gastos de funcionamiento.

Como muestra el cuadro 13, el SUSAT, en el periodo 2006 a 2015, brindó 16 millones 273 mil prestaciones, gran parte a través del Hospital San Juan de Dios ubicado en la capital tarijeña. Entre los servicios más relevantes que ofrece, destacan los de consulta médica, consulta odontológica y laboratorios (Cuadro 14).

Cuadro 13 Prestaciones de salud del SUSAT, 2006-2015	
Red de Salud	Nº de prestaciones
Bermejo	1.799.316
Caraparí	655.507
Cercado	3.186.710
El Puente	446.904
Entre Ríos	927.566
Padcaya	931.030
San Lorenzo	830.069
Uriondo	732.518
Villa Montes	1.417.344
Yacuibá	2.797.938
Yunchará	251.474
Convenios	571.865
Convenios ópticas	37.909
Hospital Red San Juan de Dios	1.687.137
<b>Total</b>	<b>16.273.287</b>
<b>Fuente:</b> Presentación realizada por el responsable del SUSAT en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.	



Cuadro 14 Servicios relevantes que ofrece el SUSAT, 2006-2015	
Servicios	Nº de servicios
Consultas médicas	2.401.112
Consultas odontológicas	1.016.300
Laboratorios	1.420.046
Radiografías y Ecografías	598.118
Tomografías	13.735
Traslados de emergencia	17.363
Cirugías	53.799
Dotación de lentes	37.909
Resonancias	4.069
<b>Total</b>	<b>5.562.451</b>

**Fuente:** Presentación realizada por el responsable del SUSAT en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.

## FINANCIAMIENTO DEL SUSAT

Durante los 10 años de implementación del sistema, se habrían invertido alrededor de 306 millones de bolivianos (44 millones de dólares), de los cuales el 92% (281 millones de bolivianos equivalentes a 40 millones de dólares) se destinaron al pago de las prestaciones de servicios a los establecimientos de salud integrados al sistema (Cuadro 15).

Cuadro 15 Financiamiento del SUSAT, 2006-2015		
Concepto	Monto (En Bs.)	Distribución (En %)
Prestaciones	281.406.103	91,9
Operación del SUSAT	24.652.592	8,1
<b>Total</b>	<b>306.058.695</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Presentación realizada por el responsable del SUSAT en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.

## LIMITACIONES QUE IMPIDEN MAYOR IMPACTO

La Responsable del SUSAT enfatizó que es común denominador en el país la insuficiencia de infraestructura y equipamiento de salud. Existe un

número reducido de hospitales de tercer nivel en el sistema de salud en Bolivia, lo que se constituye en una de las grandes limitantes que inciden en la menor calidad de las prestaciones de salud.

Precisamente, en la provincia Cercado-ciudad de Tarija donde se encuentra gran parte de la población meta del SUSAT, *“Tenemos un hospital de tercer nivel pero no existen establecimientos de segundo nivel y eso que el departamento es referente para el Cono sur Chuquisaca, Potosí y de algunas comunidades cruceñas, por lo que es una debilidad muy grande, sin mencionar lo inadecuado de la Red funcional de salud en toda esta región”* afirmó la Dra. Segovia.

Respecto al personal médico señaló que es difícil contar con personal permanente y con ítem, limitación que fue compartida por los demás representantes de los seguros de salud que participaron en el evento. Muchos profesionales trabajan como consultores en línea (trabajadores eventuales y sin derechos laborales). Asimismo, existen deudas históricas del Ministerio de Salud con el departamento de Tarija (y con otras regiones) que impiden contar oportunamente con los recursos financieros para cumplir con la programación presupuestaria.

A propósito de los recursos económicos, indicó que la atención a personas de tres departamentos del país y del norte de Argentina, incide en la insuficiencia del presupuesto programado que estaba destinado principalmente a la población meta del departamento tarijeño. A esta población externa, se sumaron personas que contaban con seguro en una caja de salud y que asistieron al SUSAT *“porque dicen que es un servicio más eficiente y de rápido acceso comparado con los otros”*.

Entre otras limitaciones principales está la ineficiente programación y adquisición de medicamentos por parte de las oficinas regionales del Ministerio de Salud. De acuerdo a la Dra. Segovia, *“algunas instancias ministeriales no contribuyen a que las importadoras cumplan con su rol de provisión de medicamentos”*. La falta de participación

de empresas en las licitaciones públicas para la adquisición y dotación de medicamentos y los retrasos en la actualización de los precios referenciales de la Lista Nacional de Medicamentos (LINAME), figuran entre las causas centrales que ocasionan el abastecimiento irregular de medicamentos y los conflictos que este hecho genera (Cuadro 16).

Según el Director administrativo del SUSAT que también participó en el evento, en Tarija la bonanza que vivió el país, no se tradujo en un aporte del gobierno central para la creación de nuevos ítems y consolidar los existentes, esta situación

ha provocado que el sistema de salud soporte una gran presión. El tercer nivel está colapsado y los dos segundos niveles no están acreditados, por la carencia de recursos en especialidades y subespecialidades principalmente en cuanto al tratamiento del cáncer en el departamento.

Actualmente, se está procediendo a un reajuste económico y técnico del SUSAT, para mejorar la eficiencia de la atención de salud superando las fallas e imprecisiones identificadas en la gestión del seguro, con la mirada puesta en algunos desafíos (Cuadro 17).

Cuadro 16 Limitaciones y problemas del SUSAT
Disminución de ingresos departamentales por concepto de rentas petroleras
Débitos automáticos por el Tesoro Nacional
Carencia de médicos especialistas en establecimientos de mayor complejidad
Inestabilidad laboral
Acceso al sistema de salud sin dar cumplimiento a la norma como puerta de entrada por el primer nivel
Atenciones de salud a personas de Chuquisaca, Potosí, Santa Cruz y parte de la Argentina afectando el presupuesto vigente asignado
Personas con seguro de corto plazo que se benefician del programa
<b>Fuente:</b> Presentación realizada por el responsable del SUSAT en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.

Cuadro 17 Perspectiva del SUSAT, 2015
Implementar un nuevo sistema de afiliación con objeto de optimizar recursos económicos del departamento y brindar una atención de salud con mejor calidad a los beneficiarios del programa.
Adquisición departamental de medicamentos, insumos y reactivos por contratación de proveedor anual de acuerdo al D.S. 1008, con el objeto de garantizar los mismos en los establecimientos de salud
Implementar nuevas prestaciones con un enfoque preventivo
Fortalecer el programa con la implementación del Servicio de Emergencias Médicas Autónomo de Tarija (SEMAT) y las brigadas móviles
Implementar la nueva plataforma informática del programa que involucra la sistematización y articulación de todos los procesos de cobro y pago integrado a las bases de datos de los beneficiarios
Desarrollar e implementar un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de los indicadores administrativos, técnico-médicos y medicamentos
<b>Fuente:</b> Presentación realizada por el responsable del SUSAT en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.

# San José de Chiquitos, un sistema de salud con muchos logros y un futuro incierto

## CONOCIENDO SAN JOSÉ DE CHIQUITOS<sup>34</sup>

San José está ubicado al sudeste de Santa Cruz, en la Chiquitanía, una de las zonas emergentes con un importante repunte de las actividades agropecuarias, forestales, mineras y minero-metalúrgicas como efecto del proyecto siderúrgico de El Mutún. Tiene vinculación con el Atlántico a través de los ríos Paraguay y Paraná. Es la tercera misión jesuítica después de la de San Javier y San Rafael. Cronológicamente, después se establecieron Concepción, San Ignacio, Santa Ana, San Miguel, San Juan de Chiquitos y Santiago de Roboré.

La vocación del municipio, es turística y productiva. Posee y produce el 61% del ganado cruceño y del volumen total de sorgo, maíz y soya de exportación. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés) lo declaró patrimonio histórico cultural de la humanidad, asimismo está reconocido como municipio escuela y su patrimonio principal es el conjunto misional mejor conservado, con restos de lo que fue la originaria ciudad de Santa Cruz y con una arqueología que revela planificación y cimientos de piedra de una ciudad muy adelantada en su época ubicada a mediados del siglo XVI.

Según el alcalde, el lema suscrito por el municipio respecto de la salud es: *“La salud es el patrimonio más importante del ser humano y de la familia, que el Estado y sus estructuras de gobierno deben proteger de manera prioritaria”.*

## UN SISTEMA DE SALUD LOCAL EXITOSO

Hacia 2008, antes de la creación del Seguro Universal de Salud de San José de Chiquitos (SUSAJO), el más exitoso sistema de salud local en el oriente boliviano, el hospital de este municipio cobraba por prestaciones y disponía como recursos propios alrededor de 2.400 bolivianos mensuales, mientras que recibía 20 mil bolivianos para sostener todo. Así que decidieron no cobrar porque no representaba la recuperación de ingresos. Luego decidieron proyectar un seguro local eficiente.

Tres gestiones después los números son positivos pese a que los presupuestos y su ejecución cayeron en los últimos años, debido a la baja de los ingresos de la renta petrolera, la más importante fuente de sustento económico de los sistemas locales, afectando a la creación de ítems para médicos especialistas y para otros profesionales que ante los empleos temporales y con bajas remuneraciones en los establecimientos de salud tienden a abandonar el servicio y el municipio.

*“El Estado debería acompañar nuestras propuestas de crear ítems y aumentar sueldos. Un cirujano*

<sup>34</sup> Este capítulo fue elaborado con base en la exposición efectuada por Germaín Caballero Vargas, alcalde del Municipio de San José de Chiquitos.

cuesta 12 mil bolivianos, si no, no se queda; su ítem es de 7.000 bolivianos, así que les elevamos su remuneración, es la manera de sostener a médicos especializados”, relató el alcalde Caballero.

“Para 2017 y lo que venga, si el gobierno nacional no nos cubre los 79 ítems necesarios, por lo menos 50, el programa de salud de San José, yo creo que se cae”, alertó la autoridad edil.

Desde su experiencia, señaló que siendo un principio constitucional el acceso a salud gratuita, San José ha demostrado que puede funcionar en todo el país haciendo posible este postulado.

“Si se hace una revisión precisa, honesta, de lo logrado desde la gestión local se verá que se puede replicar fácilmente en todo el país, enfatizó, su sostenibilidad depende de una política nacional y departamental. Hasta ahora lo hecho es el esfuerzo local, con relativa cooperación de los niveles departamentales y nacionales”.

Actualmente y con cobertura de un tercio de la población sanjosesana que comprende alrededor de 30 mil habitantes, el sistema de salud local cuenta con tres centros de primer nivel apuntalados por cinco postas y un hospital de segundo nivel. Se encuentra en construcción un hospital de tercer nivel que, en perspectiva, seguramente le dará mayor consistencia al servicio de salud en el municipio. “Debe ser el único municipio con menos de 30 mil habitantes que tendrá un hospital de estas características”. afirmó su orgulloso alcalde.

La inversión regular anual para el SUSAJO es de 2 millones 500 mil bolivianos y la asignación presupuestaria para ítems de 3 millones 500 mil bolivianos que es la más fuerte. El municipio contrata a 70 personas con ítem entre especialistas, médicos generales, auxiliares y licenciados en enfermería, choferes de ambulancia, personal de seguridad y otros.

“Sin embargo el TGN y el Ministerio de Salud sólo nos dan 44 ítems, la gobernación cubre otros tres,

una ecuación que no funciona y ya es inaceptable por lo que propongo que los tres niveles de gobierno deben trabajar mejor en el marco constitucional y legal que establece que la mayor y principal responsabilidad es del gobierno central”, señaló enfático el Alcalde (Cuadro 18).

Cuadro 18 Fuentes de financiamiento del SUSAJO	
Fuentes	
Recursos propios	
Participación Popular	
Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH)	
HIPIC	
Donaciones	
Inversión significativa	
SUSAJO	Bs. 2.500.000
ITEMS	Bs. 3.500.000
Fuente: Presentación realizada por el responsable del SUSAJO en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.	

## GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El principal fortín del sistema local de salud es el Hospital Municipal de segundo nivel Bernardino Gil Julio. Hace una década, la preocupación era grande por la escasa accesibilidad de la gente, no tenían para pagar consulta y dejaban de asistir, solo se hacían las prestaciones del SUMI y del Seguro de Vejez que no representan ni un tercio de la población, recordó el alcalde.

Bajo los principios de universalidad, gratuidad y efectividad, el objetivo del SUSAJO es garantizar y suministrar de forma gratuita los servicios de salud que brinda el hospital municipal para todas las personas que no gocen de algún seguro de salud.

La efectividad de los servicios se refleja en el mayor acceso de la población a las prestaciones gratuitas de salud y en la solución, así sea temporal, de los problemas de salud en el hospital municipal.

Para este cometido se utilizaron todos los medios para poner en marcha el seguro, habiendo contado con el apoyo de la cooperación cubana y estadounidense ya que San José de Chiquitos fue uno de los 20 municipios beneficiados con el equipamiento a hospitales de segundo nivel en el país (Cuadro 19).

Cuadro 19 Infraestructura y equipamiento para las prestaciones del SUSAJO
Hospital Municipal de segundo nivel
Área de consulta externa
Área de emergencia
Módulo materno infantil
Sala de terapia intermedia
Dos salas de quirófano
Sala transfusional
Sala de hemodiálisis con dos equipos
Área de internación con 30 camas
Servicios odontológicos
Servicios de enfermería
Servicios de ambulancias
Farmacia
Sala de desnutrición materno infantil
Programas especiales: Salud renal Prevención de diabetes
Exámenes complementarios: Laboratorios Rayos X Ecografía Endoscopia Electrocardiograma
<b>Fuente:</b> Presentación realizada por el responsable del SUSAJO en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016

Pese al importante grado de equipamiento y el número de prestaciones que brinda, el hospital tropieza con grandes y pequeñas dificultades que van desde la falta de coordinación entre los tres niveles del Estado para la canalización de recursos y ejecución de acciones, hasta la tardanza en la

obtención de permisos aduaneros para el ingreso de ambulancias nuevas que están varadas en Iquique (Chile) por falta de un decreto de excepción impositiva para la importación de equipos de salud.

Otros dos casos ilustran diversos problemas con el gobierno central y con la gobernación cruceña. El Ministerio de Salud dotó dos equipos de hemodiálisis a un costo de 40.000 dólares, pero el municipio tuvo que invertir 160.000 dólares construyendo una sala climatizada y comprando equipamiento adicional como los filtros y otras instalaciones. Respecto a la sala transfusional, un convenio con el Servicio Departamental de Salud de Santa Cruz (SEDES) establecía que el municipio construía la infraestructura mientras la Gobernación dotaba todo el equipamiento. *“Pese a que se contaba con toda la infraestructura construida, nunca llegó el equipamiento”*, recordó el Alcalde.

Los beneficios del sistema abarcan a todas las personas entre 5 y 59 años que carezcan de un seguro de salud. Si bien los servicios son para la población que así lo requiera, existen sectores que se auto-marginaron como los menonitas (unos 9.000 en la región) por razones culturales.

*“El seguro de salud de San José es gratuito desde el carnet hasta las prestaciones. Lo único que no se cubre es medicación por costos y porque se ingresaría en una competencia desleal con farmacias locales privadas, además que, algo le tiene que costar a los ciudadanos para valorar su servicio de salud”*, afirmó el alcalde Caballero.

## FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA

El presupuesto actual del SUSAJO alcanza los 12 millones 612 mil bolivianos, que provienen de la transferencia del Estado central al municipio por concepto de coparticipación y asignación de recursos (llámese participación popular, IDH, etc.). El primer año de 2009, se invirtió en infraestructura, habiendo llegado el presupuesto a casi 14 millones. *“Luego hemos mantenido una media entre los*

6 y 8 millones. En 2014, estuvimos con 10 millones de inversión, y este año sobre los 12 millones con una ejecución de 8 millones 700 mil bolivianos”.

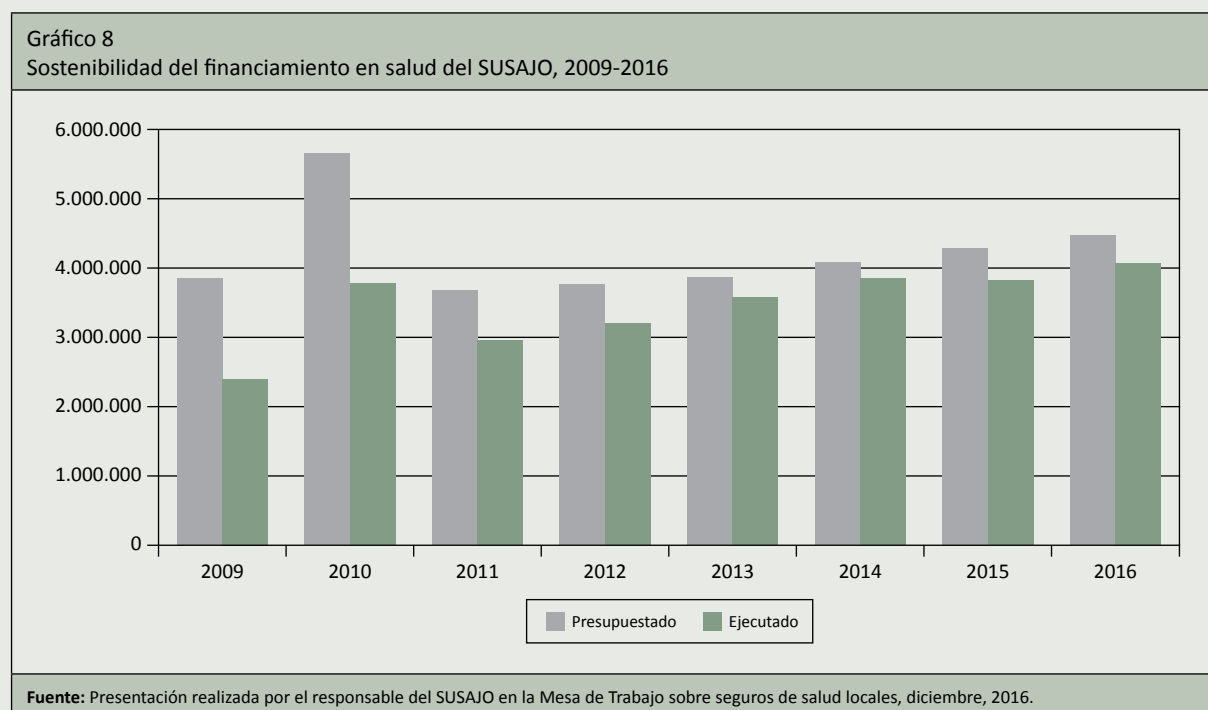
Es importante destacar que los presupuestos anuales programados desde la creación del SUSAJO nunca alcanzaron el monto previsto como sucedió el primer año (2009). Hubieron años (2011 y 2012)

donde el presupuesto planificado se redujo a casi un tercio de los recursos establecidos el año de inicio del sistema. No obstante estos cambios en la disminución de la asignación presupuestaria, el Seguro de San José de Chiquitos fue fortaleciéndose como un servicio de salud gratuito reconocido por la población del municipio (Cuadro 20 y Gráfico 8).

**Cuadro 20**  
Evolución del financiamiento del SUSAJO, 2009-2016

Gestión	Presupuesto general (En Bs.)	Presupuesto salud (En Bs.)	Ejecución salud (En Bs.)	% ejecución del presupuesto general	% ejecución del presupuesto salud
2009	43.872.285,00	13.951.122,00	11.682.598,00	26,6	83,7
2010	37.798.768,00	6.143.490,00	3.494.633,00	9,2	56,9
2011	35.636.033,00	4.081.120,00	3.575.583,00	10,0	87,6
2012	42.426.007,00	5.139.530,00	3.676.561,00	8,7	71,5
2013	53.046.817,00	7.333.707,00	5.654.825,00	10,7	77,1
2014	74.904.976,00	10.161.136,00	8.617.882,00	11,5	84,8
2015	73.402.326,19	9.458.380,00	6.984.444,00	9,5	73,8
2016	51.917.040,08	12.612.309,00	8.784.309,00	16,9	69,6

**Fuente:** Presentación realizada por el responsable del SUSAJO en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.



## LOGROS Y LIMITACIONES

El Seguro de Salud de San José de Chiquitos ha logrado una importante cobertura. En lo que va del periodo 2009-2015, se habría atendido en emergencias a 74.999 personas y en la gestión de 2016 a 14.170 personas en diferentes áreas y especialidades. *“En cirugías el año 2009 se hicieron 83 atenciones, el año 2010, 52 y el 2016 ya estábamos con 240 cirugías programadas”.*

Dentro de los logros del SUSAJO, el alcalde destacó también que con el seguro implementado, *“se universalizó el acceso a la salud, ya no hay restricciones para ningún ciudadano. Ese paso fundamental mejoró la calidad de vida de la población que alcanza a poco más de 300 mil habitantes que es el área de influencia de la zona chiquitana, lo que muestra la solidaridad del municipio de San José”* (Cuadro 21).

Entre las debilidades de gestión del SUSAJO, está la dificultad de contar con recursos humanos calificados y lo complicado que resulta retener a los profesionales por cuestiones salariales y otras condiciones necesarias para cumplir con su trabajo. *“No se encuentra en provincias gente especializada para atender un hospital de segundo nivel,*

*cuesta mucho que el profesional se quede, salvo que encuentre una actividad laboral paralela; normalmente los que se quedan son los que se casan”.*

La carencia de personal llega a tal punto que el hospital de segundo nivel de San José no ha iniciado el programa de categorización *“solo porque no estamos cumpliendo a cabalidad la cantidad de profesionales por especialidad y solo tenemos lo básico en ginecología y obstetricia, anestesiología, pediatría, etc.”.* No obstante estas limitaciones, la atención de emergencias cubre las 24 horas y existen médicos que cumplen más de 120 horas mensuales de trabajo en procura de brindar atención a mayor número de pacientes.

La falta de coordinación entre los tres niveles de gobierno es otra de las debilidades significativas. Por otra parte el municipio está absorbiendo la demanda de atención de salud del resto de los municipios de la región chiquitana que conforma un conglomerado de 3 mil personas, a decir del alcalde. *“Donar dos ambulancias es fácil. Lo difícil es mantenerlas, dotar de chofer, combustible, comprarle llantas cada 3 o 6 meses; así, creo que debemos reorientar desde el nivel nacional la atención de la salud en el país”.*

Cuadro 21 Logros y perspectiva del SUSAJO, 2015	
Logros	Universalizó el acceso a la salud
	Mejóro la calidad de vida de la población
	Consolidó un servicio de referencia en la región chiquitana
	Demostró que el modelo de salud gratuita puede funcionar
Perspectiva	Su sostenibilidad depende de una política nacional y departamental
	Asignación de ítems TGN y departamentales, una prioridad
<b>Fuente:</b> Presentación realizada por el responsable del SUSAJO en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.	

# Seguro de Salud Autónomo de Pando (SESA-PANDO). Trabajar en salud pública en una región con grandes limitaciones

Entre diciembre de 2014 y octubre de 2016 el novísimo Seguro de Salud Autónomo de Pando (SESA-Pando)<sup>35</sup> pasó casi rápidamente de un estado de altos ingresos con 5.4 millones de bolivianos a otro con casi 3.8 millones que luego disminuyeron a 2.5 millones de bolivianos, una reducción que derivará en el incumplimiento de las metas de atención propuestas para la gestión 2017, con el consiguiente perjuicio a la población (Cuadro 22).

*“Estamos preocupados, no vamos a poder cumplir con las metas que teníamos planteadas”,* señaló el Dr. Murakami. El sistema de salud a su cargo, en dos años de gestión ya bordea 20 mil afiliaciones y 60 mil prestaciones, especialmente a personas del área rural.

Con todos los esfuerzos desplegados, las prestaciones se centralizan en el único hospital de segundo nivel de Pando Dr. Roberto Galindo Terán, que no cumple con todos los requisitos para tener esa acreditación, no obstante que el servicio que oferta el SESA abarca, paradójicamente, prestaciones de tercer nivel. *“Manejamos las mismas prestaciones aunque los exámenes complementarios son los que mayor costo nos genera porque también cubrimos algunas prestaciones de tercer nivel”.*

## ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DEL SESA-PANDO

Sus antecedentes se remontan al año 2014 cuando se promulgó una ley departamental durante la gestión del gobernador Luis Adolfo Flores. *“Iniciamos al revés, desde segundo nivel en noviembre de 2014 y nos extendimos a primer nivel a mediados de 2015”,* rememora el Dr. Murakami.

Como objetivo se propuso, *“lograr progresivamente el ejercicio pleno del derecho a la salud que tiene toda persona en la jurisdicción pandina implementando el Seguro complementario de salud, de carácter gratuito e integral, en condiciones adecuadas de oportunidad y dignidad”.*

El Seguro otorga prestaciones de salud a ciudadanos comprendidos entre 5 y 59 años, *“sin importar que las personas vengan de La Paz, Cochabamba o Santa Cruz”* según destaca Murakami, pero que vivan en el departamento por lo menos seis meses y que no cuenten con algún seguro de salud, requisito que se extiende a los que son protegidos por el SOAT que cubre las contingencias referentes a los accidentes de tránsito.

Para las prestaciones a la población, el sistema utiliza y paga principalmente los servicios del hospital y, en menor medida, a otros centros de salud. El funcionario del SESA, explicó que un factor principal que garantiza las prestaciones en los

35 Este capítulo fue elaborado con base en la exposición de Dr. Kuniaki Murakami Vaca, Jefe de Fortalecimiento de Salud de la Gobernación de Pando



Cuadro 22 Egresos por compra de servicios de salud del SESA-Pando, 2015-2016			
Gestión	Presupuesto (Bs)	Descripción	Egreso (Bs)
2015	5.400.000,00	Hospital Dr. Roberto Galindo Terán	1.663.423,54
		Centros de salud	245.222,00
		<b>Total</b>	<b>1.908.645,54</b>
2016	3.790.000,00	Hospital Dr. Roberto Galindo Terán	1.917.680,82
		Centros de salud	339.159,00
		<b>Total</b>	<b>2.256.839,82</b>
TOTAL pagos al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán			3.581.104,36
TOTAL pagos a los Centros de salud			584.381,00
<b>TOTAL EGRESOS</b>			<b>4.165.485,36</b>
<b>Fuente:</b> Presentación realizada por el responsable del SESA-Pando en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.			

establecimientos de salud son los convenios entre los municipios y la Gobernación, a solicitud de las alcaldías.

Para 2017, el SESA tiene previsto visitar las cabeceras de los cinco municipios más alejados del departamento, con el fin de captar pacientes que requieran cirugías. Para este cometido se establecieron acuerdos con el grupo AMARA, una organización de médicos solidarios que efectúan cirugías gratuitas.

## FINANCIAMIENTO DEL SESA-PANDO

De un presupuesto inicial de 5.4 millones de bolivianos con el que se contaba en 2014, en 2015, se redujo solamente a casi 2 millones, debido al recorte de los recursos provenientes del IDH por la baja de los precios de materias primas en el mercado mundial.

Para la gestión 2016 se planificó un presupuesto de 3.7 millones que de igual manera se redujo a 2.5 millones de bolivianos.

Según Murakami, gracias a la preocupación del gobernador del departamento por continuar atendiendo a la población, se logró un cierto

incremento en el presupuesto destinado al pago de servicios que hasta octubre de 2016 alcanzaban 2.2 millones, cubriendo lo mínimo requerido para el funcionamiento del sistema de salud local, sin contar los descargos previstos para los centros de salud y del Hospital Galindo por la prestación de servicios.

*“Esa es una preocupación que tengo como Jefe de unidad y la Gobernación —reveló Murakami— porque ha habido una baja de presupuesto y estamos preocupados de contar sólo con ‘un presupuesto mínimo’ para esta gestión que apenas empieza”.*

## COBERTURA

Gran parte de la población afiliada al SESA, cerca de 13 mil personas está en Cobija la capital pandina, entre otras razones, porque solo se firmó un convenio de ejecución del seguro con ese municipio, a diferencia de los demás que hasta ahora no demandaron acuerdo alguno.

*“Pese a eso tenemos personal de Trabajo social en el Hospital Galindo que se dedica a la captación de pacientes que vienen del campo que, nosotros sabemos que no tienen recursos. Prácticamente en la puerta de Emergencia captamos a esos pacientes*

*que llegan y los afiliamos de manera que tengan acceso al seguro en los seis municipios”.*

Las personas afiliadas se acercan a los 20 mil. El número de prestaciones entre enero y octubre de 2016 se aproximó a las 59 mil en ambos niveles de atención (Cuadros 23, 24, 25 y 26). Con todo, mucha gente carece de dinero para su salud, *“no tienen ni para pagar un paracetamol, ni para una consulta de 20 bolivianos”.*

Cuadro 23 Prestaciones de salud del SESA-Pando, enero a octubre 2016	
Nivel de atención	Nº de Prestaciones
Primer Nivel (Centros de salud)	19.490
Segundo Nivel (Hospital Dr. Roberto Galindo Terán)	39.340
<b>Total prestaciones</b>	<b>58.830</b>

**Fuente:** Presentación realizada por el responsable del SESA Pando en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.

Cuadro 24 Prestaciones que ofrece el SESA-Pando en el primer nivel	
Enfermedades	Prestaciones
<b>Enfermedades infecciosas parasitarias</b>	Amebiasis, ascariasis sin obstrucción intestinal, diarrea y diarrea persistente, disentería basilar, enterobiasis, erisipela, estrongiloidiasis, giardiasis, fiebre tifoidea, gingivostomatitis por herpes simple, hymenolipiasis, influenza, larva migrans cutánea, miasis, paroditis infecciosa, sarcoptosis, teniasis, trichuriasis y ursiniarias.
<b>Enfermedades endócrinas nutricionales y metabólicas</b>	Diabetes mellitus no insulino dependiente.
<b>Enfermedades de la sangre</b>	Anemia ferropénica.
<b>Traumatismo y envenenamiento-emergencias y urgencias</b>	Contusiones superficiales, traumatismo craneoencefálico leve, esguinces y luxaciones y fracturas cerradas (reducción incruenta).
<b>Atención de enfermedades del sistema nervioso central</b>	Cefalea.
<b>Enfermedades del ojo y anexos</b>	Conjuntivitis aguda bacteriana, pterigion, orzuelo y otras inflamaciones.
<b>Enfermedades del oído y mastoides</b>	Infección aguda del oído.
<b>Enfermedades del sistema cardiocirculatorio</b>	Hipertensión arterial primaria.
<b>Enfermedades del sistema digestivo de tratamiento no quirúrgico</b>	Constipación, cólico biliar simple y enfermedad por reflujo gastroesofágico.
<b>Enfermedades del sistema respiratorio</b>	Bronquitis aguda, faringoamigdalitis estreptocócica, laringitis aguda, neumonía no grave, resfrío común, abscesos superficiales, dermatitis de contacto, impetigo piodermi y micosis cutánea.
<b>Enfermedades del Sistema osteomuscular y tejido conectivo</b>	Lumbalgia.
<b>Enfermedades del sistema genitourinario</b>	Infección urinaria baja, anticoncepción y método de barrera (condón).
<b>Enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales y salivales y maxilares-odontología</b>	Consulta odontológica, caries dentina-ionómero, caries dentina-resina fotopolimerizable, pulpitis aguda, necrosis de la pulpa, exodoncia en piezas permanentes o temporarias e infección de origen dentario.
<b>Otras prestaciones y procedimientos complementarios a la atención</b>	Consulta y re-consulta médica sin medicamento, curación mediana, curación pequeña, retiro de yeso, sutura, reposición de balance hidroelectrolítico y ácido base y tratamiento durante la referencia y la pre referencia quirúrgica.

**Fuente:** Presentación realizada por el responsable del SESA-Pando en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.

Cuadro 25 Prestaciones que ofrece el SESA-Pando en el segundo nivel (Hospitalarias)	
Enfermedades	Prestaciones
<b>Enfermedades infecciosas parasitarias</b>	Cisticercosis y dengue hemorrágica.
<b>Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas</b>	Diabetes mellitus no insulino dependiente.
<b>Traumatismo y envenenamiento-emergencias y urgencias</b>	Choque hipovolémico, choque anafiláctico, fractura cerrada, fractura de clavícula, fractura proximal del húmero, fractura de diáfisis del húmero, fractura distal del húmero, fractura distal de radio, fractura a nivel de la muñeca de la mano, fractura de pie, fractura de diáfisis de fémur, fractura distal de fémur, fractura proximal de tibia, fractura de la pierna, fractura, mordedura de serpiente y Politraumatismo.
<b>Enfermedades del sistema cardiocirculatorio</b>	Hipertensión arterial primaria.
<b>Atenciones quirúrgicas</b>	Apendicitis aguda, cirugía menor, colecistitis aguda, hernia femoral, hernia inguinal, peritonitis aguda y colecistectomía laparoscópica.
<b>Prestaciones de anestesiología</b>	Anestesia general endovenosa total, sedación y anestesia local
<b>Otras prestaciones y procedimiento complementarios a la atención</b>	Consulta médica por interconsulta por especialidad, curación mediana, curación pequeña, retiro de yeso, sutura, reposición del balance de hidroelectrolítico y ácido base, consumo de oxígeno por libra, internación por día y uso de quirófano.
<b>Fuente:</b> Presentación realizada por el responsable del SESA-Pando en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.	

Cuadro 26 Prestaciones que ofrece el SESA-Pando en el primer y segundo nivel (Pruebas de laboratorio)	
Nivel de atención	Prestaciones
<b>Primer y segundo nivel</b>	Basiloscopia, coproparasitológico simple, coproparasitológico seriado, exámen de orina más sedimentos, factor reumatoideo, frotis tinción GRAM, glicemia, grupo sanguíneo y factor RH, hemoglobina y hematocrito, hemograma completo, moco fecal, proteína C reactiva, prueba rápida para VIH, reacción de Widal, RPR para sífilis –VDRL, sangre oculta en heces y exámen parasitológico para leishmaniosis.
<b>Segundo nivel</b>	Ácido úrico, bilirrubinas totales, citoquímico de cualquier fluido, colesterol, triglicéridos, creatinina, sérica, recuento de plaquetas, tiempo de coagulación y tiempo de sangría, tiempo de protrombina u úrea transaminasa TGP-PGO.
<b>Segundo nivel (Pruebas de procedimiento de gabinete)</b>	Ecografía de cualquier sistema, electrocardiograma, tomografía axial computarizada de cualquier segmento, placas radiográficas (18x24 cm), placas radiográficas (14x30 cm), placas radiográficas (32x40 cm), placas radiográficas (35x35 cm) y placas radiográficas (35x45 cm)
<b>Segundo nivel (Servicio de banco de sangre)</b>	Paquete globular, plasma normal, sangre total y administración de Sangre más equipo de transfusión.
<b>Fuente:</b> Presentación realizada por el responsable del SESA-Pando en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.	

Para el inicio del seguro en el Hospital Galindo, la gobernación dio un anticipo de un millón de bolivianos en diciembre de 2015, facilitando su funcionamiento ya que este establecimiento estaba desabastecido de insumos y materiales médicos. Luego erogó casi dos millones de bolivianos hasta llegar a cancelar un total de 3.5 millones de bolivianos equivalentes a 511 mil dólares.

### **A SEGUIR TRABAJANDO POR EL DERECHO A LA SALUD**

Pese a las dificultades económicas y materiales, la consigna de los responsables del SESA es seguir

trabajando en beneficio del derecho a la salud de la población. A decir del Dr. Murakami, *“los beneficios y prestaciones que ofrece el SESA deben ser socializados en todo el territorio de Pando, a través de políticas lanzadas en colaboración con las instituciones legalmente constituidas como FEJUVE (Federación de Juntas Vecinales), COD (Central Obrera Departamental), SEDUCA (Servicio Departamental de Educación), federaciones, sindicatos, asociaciones etc.”*, además de efectuar visitas frecuentes a todos los municipios y comunidades del Departamento con el propósito de ampliar la cobertura de atención del sistema de salud local.

# SISALUD-SUCRE, el más joven de los seguros en salud

En septiembre de 2016 fue creado el Seguro Integral de Salud de Sucre (SISALUD-SUCRE)<sup>36</sup> bajo la administración del Gobierno municipal de la ciudad del mismo nombre. Los primeros meses fueron destinados a la afiliación de la población meta estimada en 137 mil habitantes en Sucre, capital de Bolivia. Hasta diciembre del año mencionado, llevaba registrados 6.868 personas.

SI-SALUD SUCRE es un seguro integral que, en su corto tiempo de vida parece no recibir el apoyo previsto de la gobernación chuquisaqueña, debido a problemas políticos y de otra índole entre ambos niveles de gobierno.

El marco en el cual se instituye corresponde, en el nivel nacional, a la creación del sistema único SAFCI mediante la Ley 475 promulgada el 30 de diciembre de 2013 y destinado a la atención de mujeres embarazadas y en edad fértil, niños menores de cinco años, población adulta mayor y personas con discapacidad. En el nivel departamental, se instauró el Programa Departamental de Protección Social “Más salud, más vida” para la población de 5 a 59 años sin seguro de salud, promulgado por la ley departamental 225/2014 del 18 de noviembre de 2016.

El municipio cuenta con 249.789 habitantes entre 5 y 59 años de los que un tercio cuenta con un seguro social a corto plazo y un 10% de población con capacidades especiales está protegida por el Seguro Integral de Salud del gobierno central, por lo que alrededor de 137 mil carecerían de un seguro de salud, población meta que se propone atender el seguro.

Con 423 funcionarios y 84 centros de salud de primer nivel y tres hospitales, se propone como objetivo brindar 200 prestaciones de atención integral y especializada a 136.851 beneficiarios con residencia permanente en Sucre y que carezcan de seguro social de corto plazo o la cobertura de la Ley 475 (Cuadro 27 y 28).

## FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA

Con recursos provenientes de la fuente de coparticipación tributaria, el SI-SALUD-Sucre planificó un presupuesto anual de cinco millones de bolivianos, monto que quedó reducido a un desembolso de solo tres millones por el recorte reciente de los ingresos por concepto de IDH y regalías (Cuadro 29).

## PRIMERAS LIMITACIONES

Entre las primeras limitaciones afrontadas por el sistema local antes de su ejecución, está que el Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca (SEDES) no coadyuva a la difusión y socialización del programa, además de no contribuir con más

<sup>36</sup> Este capítulo fue elaborado con base en la exposición presentada por la Dra. Evelin Torres Olivera, funcionaria del SISALUD-SUCRE.

<b>Cuadro 27</b> <b>Objetivos del SISALUD-Sucre, 2016</b>
Implementar el proceso de afiliación al programa Seguro Municipal de Salud a la población beneficiaria de 5 a 59 años en los ocho distritos municipales que no cuenten con ningún seguro de salud
Garantizar el programa Seguro Municipal de Salud, a una población de 136.851 habitantes del municipio de Sucre
Brindar: <ul style="list-style-type: none"> <li>130 prestaciones médicas ambulatorias</li> <li>32 prestaciones odontológicas</li> <li>30 prestaciones de laboratorio en el primer y segundo nivel de atención</li> <li>9 prestaciones de gabinete</li> </ul>
Ejecutar acciones de supervisión, seguimiento, monitoreo y evaluación en los establecimientos de salud
<b>Fuente:</b> Presentación realizada por la responsable del SISALUD-Sucre en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.

<b>Cuadro 28</b> <b>Justificaciones para la implementación del SISALUD-Sucre, 2016</b>
De acuerdo a la Ley de Autonomías, los gobiernos autónomos municipales en el ámbito de la salud, tienen como competencia el mantenimiento de las infraestructuras, dotación del equipamiento en el primer y segundo nivel, más la prevención de enfermedades
El municipio de Sucre cuenta con una población de 249.789 habitantes entre 5 y 59 años, de las cuales un 30% cuenta con un seguro social de corto plazo, un 10% de la misma se encuentra con capacidades especiales. Por lo que alrededor de 136.851 carecen de seguro de salud
Actualmente el sistema de salud en el municipio de Sucre cuenta con 84 centros de salud de primer nivel y tres hospitales de "nueva generación"
Asimismo, cuenta con 423 funcionarios entre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 131 médicos</li> <li>- 159 enfermeras</li> <li>- 89 odontólogos</li> <li>- 11 en laboratorio</li> <li>- 14 farmacéuticas</li> </ul>
<b>Fuente:</b> Presentación realizada por la responsable del SISALUD-Sucre en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.

recursos humanos, infraestructura y equipamiento para prestar una buena atención de salud a la población. *“En Sucre hay una rivalidad entre el SEDES y el municipio. Por otra parte, nuestros colegas no nos ayudan a promocionar el servicio porque sienten que la presión va a aumentar con tanta gente; actualmente tenemos esa debilidad”.*

Entre sus resultados iniciales, el SISALUD-Sucre está culminando la etapa de afiliación para luego entrar a la fase de atención; espera llegar a cubrir a toda la población del municipio comprendida entre 5 y 59 años. Entre otras tareas importantes, se apresta a trabajar en la adquisición de insumos y medicamentos.

Cuadro 29 Estructura de costos del SISALUD-Sucre, 2016 (expresado en bolivianos)		
Detalle	Monto	
<b>SERVICIOS NO PERSONALES</b>		<b>2.600.000</b>
Alquileres	16.000	
Consultoría por producto	50.000	
Consultores en línea	256.000	
Gastos especializados por atención médica	2.110.000	
Publicidad	30.000	
Servicio de imprenta y fotocopiado	138.000	
<b>MATERIALES Y SUMINISTROS</b>		<b>300.000</b>
Gastos x refrigerio personal permanente, eventual y consultores	50.000	
Productos minerales no metálicos y plásticos	50.000	
Instrumental menor médico quirúrgico	100.000	
Útiles de escritorio y oficina	100.000	
<b>ACTIVOS REALES</b>		<b>100.000</b>
Equipos de computación	100.000	
<b>SEGURO MUNICIPAL DE SALUD</b>		<b>3.000.000</b>
<b>Fuente:</b> Presentación realizada por la responsable del SISALUD-Sucre en la Mesa de Trabajo sobre seguros de salud locales, diciembre, 2016.		

# Otras experiencias de seguros de salud: Santa Cruz, Beni y La Paz

En marzo de 2010, el Servicio Departamental de Salud de Santa Cruz (SEDES) proyectaba iniciar el Seguro de Salud (SUSACRUZ) en esta región con una inversión de 20 millones de bolivianos. Sin embargo, en enero de 2011, se cancelaron los recursos por parte del gobierno nacional impidiendo el avance del proyecto.

En la fecha mencionada, según el Gobierno Departamental, este seguro logró afiliar a alrededor de 700 personas con el sistema digital y 200 con el sistema manual, destacando que el SUSACRUZ atendería la demanda de los pacientes sin provocar el colapso de los establecimientos de salud porque existirían los recursos humanos y técnicos para cubrir los servicios requeridos<sup>37</sup>.

Según informó Bruno Rojas, investigador del CEDLA, en septiembre de 2016, comenzó a implementarse en el municipio cruceño, el Seguro de Salud Gratuito Municipal de Santa Cruz de la Sierra cumpliendo con la Ley Autonómica Municipal de Salud Gratuita 308 promulgada en 2016, con un presupuesto de 550 millones de bolivianos para el período 2016-2017, otorgados por el gobierno municipal.

Se propuso el desafío de llegar a 630.000 personas de 6 a 59 años, carentes de seguro de salud privado o público. Asimismo, se planteó brindar a través

de los establecimientos de salud en la capital cruceña, 320 prestaciones de atención primaria hasta emergencias y diversas especialidades, además de exámenes complementarios (radiografías, endoscopías, laboratorios, etc.).

Al igual que muchas de las iniciativas locales de atención en salud expuestas en la mesa de trabajo, el sistema de salud local de Santa Cruz, no cubre medicamentos.

En Beni, se implementó desde el 2016, el Seguro de Salud Autónomo del Beni (SUSA-Beni), un proyecto de menor alcance debido a que solamente brinda 19 prestaciones con un presupuesto anual reducido que no supera los 200 mil dólares. Su implementación se diferencia de los servicios del SUMI anterior y del SSPAM; su mayor cobertura está en las provincias benianas, según un reporte del Centro Boliviano de Estudios Multidisciplinarios (CEBEM)<sup>38</sup>.

En el caso de La Paz, los representantes del SEDES informaron en el evento que el gobierno municipal no implementó un seguro de salud similar a las experiencias señaladas; sin embargo, cuenta con un programa de atención en salud en el marco de lo dispuesto por la Ley 475 del gobierno central con el Sistema Integral de Salud. El programa tendría un presupuesto anual cercano a 130 millones de

37 Recuperado de <http://www.santacruz.gob.bo/sczpress/notas/contenido/2537/901>

38 Recuperado [http://cebem.org/cmsfiles/publicaciones/cebem\\_politicas\\_en\\_salud.pdf](http://cebem.org/cmsfiles/publicaciones/cebem_politicas_en_salud.pdf)



bolivianos (18.5 millones de dólares), además de un aporte de los municipios aledaños de aproximadamente 40 millones de bolivianos anuales, determinado por el Ministerio de Salud.

*“En La Paz —señaló un funcionario del SEDES— tenemos 65 centros de salud de los cuales el 80% están en condiciones óptimas de infraestructura y equipamiento”,* lo que otorga al programa implementado una ventaja significativa. A diferencia de otros seguros regionales como el de Tarija donde el costo de las prestaciones es más alto, el programa de salud integral en La Paz tendría costos menores debido, precisamente, a las mejores condiciones técnicas y materiales en las que se encuentran los centros de atención.

Otro de los funcionarios de la representación del gobierno municipal de La Paz refirió a su vez que este municipio invierte significativos recursos propios en salud —no reciben dineros de

“remanentes” dispuestos por la Ley 475— que se tradujeron en la construcción de cuatro hospitales de segundo nivel con equipamiento incluido y en la contratación de recursos humanos necesarios para atender la demanda de la población.

En perspectiva, manifestó que existe el plan de ampliar el programa de salud actual hacia un seguro universal de salud con base en los establecimientos del primer nivel de atención, buscando extender el servicio a los hospitales del segundo nivel. La proyección contemplaría además un seguro escolar para la población comprendida entre 5 y 19 años.

Según la planificación inicial, el seguro universal para La Paz podría ofertar hasta 200 prestaciones de salud que, según uno de los funcionarios de la alcaldía paceña, es lo que efectivamente podría financiarse, considerando la actual disponibilidad de recursos económicos.

# La salud pública en debate, una mirada desde los seguros de salud locales

Diversos análisis y posiciones fueron expresados en el debate que siguió a las presentaciones de las experiencias de los seguros de salud en el evento organizado por el CEDLA, fundamentalmente referidos a aspectos relativos a la gestión, el financiamiento, la cobertura, las limitaciones o condiciones favorables para continuar operando y sus perspectivas.

Las participaciones principales correspondieron a los representantes de los seguros de salud con valiosos aportes para el debate, a especialistas y ex altos funcionarios del sector de salud y de la seguridad social como Dr. Guillermo Cuentas, Javier Torres Goitia y Guillermo Aponte Reyes Ortiz, además de los delegados de entidades invitadas que debatieron sobre la base de un conjunto de interrogantes orientados a trazar un balance de la situación actual y de sus posibilidades de continuidad.

## LA CRISIS ESTRUCTURAL DE LA SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA

Iniciando el debate, Guillermo Cuentas describió extensamente el sistema de salud en Bolivia afirmando que atraviesa por una profunda crisis estructural que no data de los últimos 10 o 20 años sino que es intrínseca a la historia de la salud pública en el país. Al repasar esta historia, cuestionó en tono provocativo, ¿Por qué tenemos el sistema de salud que tenemos?

Luego de un recuento del proceso de constitución del sistema de salud pública y, en general de sistema de seguridad social en el país<sup>39</sup>, señaló que actualmente coexisten cuatro modelos de financiamiento de la salud en Bolivia: el de Bismark, Beveridge, una combinación de ambos y el privado. Sin embargo, según este especialista, *“ninguno ha logrado generar un financiamiento sostenible para construir un sistema de salud”*, lo que plantea la discusión acerca de si el país sigue con lo mismo o ingresará en una lógica de largo plazo en busca de un modelo de financiamiento que garantice un seguro para todos los bolivianos de manera sostenible.

Siguiendo con los antecedentes, mencionó que en 1994 se creó en Bolivia el primer seguro público bajo la modalidad de reembolso, es decir, que todo centro de salud que prestaba atención a la población recibía el pago correspondiente. Entre 1995 y 1996 se estableció el de Maternidad y Niñez y luego el de Vejez, hoy del Adulto Mayor, financiado con recursos de Lotería Nacional. Entre 2006 y 2007 se implementó el SUSAT-Tarija con el soporte del Programa de Ayuda para Higiene y Salud de Base en Tarija y Potosí (PROHISABA) con tres docenas de consultores. Se intentó algo en La Paz con el seguro de gremiales que no se concretó.

39 Al respecto puede consultarse el artículo del autor en la presente publicación.

## Crítica del sistema de salud actual

Con el objetivo de analizar la crítica situación actual y las perspectivas del sistema de salud pública en Bolivia, Cuentas propuso tomar en cuenta cuatro componentes principales que hacen a todo sistema, como base del debate: i) modelo de financiamiento, o con qué recursos se financia el sistema de salud, ii) modelo de gestión o cómo se administra y gestionan los recursos, iii) modelo de atención referido a en qué se invierten los recursos y, iv) niveles de atención, referidos a determinar dónde se gastan los recursos.

### El modelo de financiamiento cuenta con recursos insuficientes

¿Cómo se mide hoy lo que un Estado invierte en salud de sus habitantes? Uno de los indicadores es el porcentaje del PIB destinado a salud. Bolivia logró en los últimos años un PIB promedio de 30 mil millones de dólares destinando alrededor del 10% equivalente a 3.000 millones, monto que no alcanza a ni siquiera una cuarta parte de lo que gasta Chile en salud (14 mil millones de dólares).

El dato más preciso es el gasto per cápita en salud. En 2017, Bolivia apenas invertirá 253 dólares al año cuando el promedio sudamericano es de 753 dólares, “o sea, estamos en la cola de la cola”, comentó el profesional.

Para tener un óptimo sistema de seguro universal de salud, Bolivia requeriría invertir 7.500 millones de dólares de presupuesto anual, tres veces más para alcanzar el promedio sudamericano, propósito imposible de lograr porque, a su juicio, el país desperdició una década de ingresos altos. Según reflexionó el especialista, los precios de los productos exportables se multiplicaron por cinco “*el año, oro, gas y, hasta nuestros migrantes mandaron 1.200 millones de dólares al año, así teníamos 10 mil millones de dólares*”, el PIB sólo se triplicó, por lo que, “*en algún lugar se perdieron las otras dos veces*”. Entonces, continuó Cuentas, “*tuvimos la oportunidad de buscar un modelo alternativo de*

*financiamiento y la desperdiciamos; hoy va a ser muy difícil, va a ser como querer subir al Illimani en bicicleta, va a ser complicado*”, sentenció.

En caso de que pudiese encontrarse otra oportunidad, el primer desafío sería determinar qué mecanismos alternativos de financiamiento se pueden concretar. No es el modelo bismarckiano de carácter contributivo dijo, porque es retórico en un país donde el 80% de la población económicamente activa no tiene relación obrero-patronal<sup>40</sup>.

Por su parte, el modelo Beveridge precisa que la población tenga que pagar impuestos, se haga una expansión tributaria para captar un impuesto variable que cambie en porcentajes de acuerdo a la producción, como el Impuesto Directo a Hidrocarburos (IDH). En esta línea, la solución para este profesional, puede ser aplicar impuestos específicos para financiar la salud, tal como se hizo en otros países.

“*Primero es la expansión tributaria —describió el ex ministro— que la gente ponga platita [...] todos los bolivianos deberían tributar, coccaleros, futbolistas y otros. De modo que, si ampliamos el universo tributario vamos a tener más recursos*”. Si a esto se suman los recursos asignados por el Estado, podría lograrse un financiamiento sostenible.

Expuso, en ese sentido, algunos ejemplos de generación de recursos tributarios: Japón, implementó una medida sencilla consistente en el cobro de 10 centavos por cada dólar en llamadas a celulares; Israel, buscó los bonos diáspora<sup>41</sup> o Australia que aumentó impuestos a la minería. Hungría y Rumanía determinaron incrementar los tributos a la sal y al azúcar. Otros países, establecieron impuestos a la comida chatarra, de manera que existen formas diferentes de financiar la salud.

40 Según datos del Censo de Población y Vivienda 2012, ese año el 41,5% de la PEA nacional era asalariada

41 El bono diáspora es aquel referido al uso de los ahorros de los trabajadores residentes en el exterior, como fuente de financiación para el desarrollo.

A juicio de Nelson Quispe, funcionario del SEDES-La Paz, el financiamiento de los sistemas de salud debería provenir de una fuente única, evitando entre otras cosas, operar con recursos de los “remanentes” normados por la Ley 475, como actualmente vendría ocurriendo. Al mismo tiempo, debería tomarse en cuenta que la atención de salud en municipios urbanos grandes como La Paz, no sólo alcanza a los habitantes de esta ciudad, sino también a personas que provienen de las provincias del departamento, por lo que es necesario contar con mayores recursos para pagar los servicios de los establecimientos de salud que intervienen en el sistema. Si a esto se suma, que el desembolso de recursos desde el gobierno central no es oportuno, se genera un serio problema económico en los centros de salud impagos y la tensión con una población creciente que demanda atención.

En un plano más concreto, el Dr. Marco Caviedes del SEDES-La Paz señaló enfáticamente que el porcentaje del financiamiento previsto en la Ley 475 del 15,5% con recursos de la coparticipación tributaria es insuficiente para las ciudades capitales. Una evaluación del grado de ejecución de los presupuestos municipales realizada por esa entidad determinó que la ejecución anual en los municipios rurales en el ámbito de la salud oscilaba entre el 30 y 40%, en contraste con el municipio paceño que alcanzó un mayor nivel de ejecución con recursos per cápita más limitados y dando cobertura a personas que no residen en la ciudad.

### ***El modelo de gestión descentralizado alienta la fragmentación de los servicios de salud***

El debate sobre el modelo de gestión a aplicarse en el país, según Cuentas, debe contemplar la revisión de la Ley Marco de Autonomía y Descentralización “Andrés Ibáñez” y la Ley de Participación Popular, para discutir fundamentalmente si vale la pena seguir manteniendo las competencias concurrentes y privativas en salud de los gobiernos municipales, departamentales y nacionales, considerando que las políticas de salud no pueden implementarse

de manera aislada, sectorial y fragmentada, sino más bien de modo integral. En 1995, con la Ley de Participación Popular existían 208 municipios y con la Ley Andrés Ibáñez existen hoy 339 municipios, lo que revela el grado de dispersión que puede darse con la implementación de acciones de salud con recursos económicos regionalizados.

Es el caso de Oruro que tiene ocho municipios con menos de 600 habitantes donde la población tan reducida impide hacer gestión pública. La misma dificultad enfrentan los municipios con 10 o 15 mil pobladores, evidenciando que la fragmentación regional por razones de acceso a recursos distribuidos por el gobierno central, constituye un serio escollo para encarar una política nacional, integral y universal de salud.

Precisamente, al referirse al modelo de gestión, el especialista planteó considerar la implementación de modelos metropolitanos que agrupen a grandes conglomerados urbanos como, por ejemplo, el municipio de La Paz con El Alto, Laja, Achocalla y Palca, *“porque aquí, en La Paz, nadie distingue si el paciente vive en Laja o en Mallasa para hacerse atender en el congestionado Hospital de Clínicas de La Paz. Si no hacemos un modelo metropolitano en sentido de una verdadera red de servicios, la gestión se va a ir al piso”*, advirtió.

En consecuencia, Cuentas llamó la atención sobre la fragmentación y la desinstitutionalización del sistema de salud como efecto de un modelo de gestión que fracasó, *“porque el municipio atiende infraestructura y equipamiento por un lado y, por otro, el gobierno departamental administra recursos humanos, pero con la misma plata que le transfiere el Estado”*. De esta manera, sus atribuciones, funciones y recursos están fragmentados y no contribuyen a hacer una gestión de salud integrada y eficaz a favor de la población.

Por su parte, el alcalde de San José de Chiquitos, señaló que el problema no es el modelo de gestión del actual sistema de salud y por consiguiente el promover su cambio, sino más bien, *“para mí más*

*que el esquema y el modelo es la persona, son los protagonistas, los actores [...], no tengo nada con quienes administran hoy la gestión de salud nacional, pero aquí hay tres cosas que coinciden, primero no hay voluntad, segundo no hay conocimiento y, lo más grave no les interesa aprender”.*

### **El modelo de atención no responde al nuevo perfil epidemiológico**

Cuentas señaló que este componente atraviesa una crisis mucho más seria desde el punto de vista técnico, porque implica una forma de aprehender la enfermedad y las patologías en función del viejo perfil epidemiológico de atención de enfermedades transmisibles sin considerar que ese perfil cambió en los últimos 10 años hacia otro “acumulativo polarizado” o “de múltiple carga” orientado a atender las nuevas patologías. La misma institucionalidad del Ministerio de Salud y de los servicios departamentales, estarían estructuradas en función de este anticuado perfil.

En el contexto actual, las principales causas de enfermedad y muerte de los bolivianos corresponden a enfermedades cardio-circulatorias (11%), cáncer (10%) y en tercer lugar, a enfermedades metabólicas, sin embargo, el modelo de atención en el país continúa orientado a la cobertura de enfermedades inmuno-prevenibles y endémicas, como la malaria, chagas, leishmaniasis, que ahora son minoritarias.

*“Si seguimos construyendo políticas públicas en base al viejo perfil epidemiológico estamos yendo en contra ruta”,* advirtió también, enfatizando que los perfiles epidemiológico y demográfico se encuentran en etapa de transición hacia uno nuevo.

Al respecto, el perfil demográfico de 1992 mostraba a Bolivia como una población joven, en cambio hoy, solo el 31% de la población es menor de 30 años, *“entonces la población está envejeciendo y no sigamos insistiendo en bajar la mortalidad infantil como solución. Hay políticas cerradas que nos pueden complicar”,* advirtió Cuentas.

En Bolivia, se elevó la esperanza de vida hasta los 70 años, de manera que los grupos poblacionales de 0 a 4 y mayores de 60 años son los que demandan mayor atención médica en los tres niveles del sistema de salud por ser las poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad. En el caso de la población adulta mayor, la demanda de atención tiende a incrementarse de manera sostenida, a tal punto que alrededor de 50 de cada 100 personas de 70 años y más requieren cuidado médico.

*“Así se va cargando nuestro servicio”,* lo que complejiza la atención en salud y aumenta el “gasto catastrófico”, ya que se trata de enfermedades crónicas y de mayor frecuencia, *“no transmisibles y de altísimo costo”,* sentenció Cuentas.

*“Yo soy profesor, gano 3.000 bolivianos y el Estado me está pagando 300 a la Caja Nacional de Salud (CNS), (10% sobre el salario total ganado) —puso como ejemplo el especialista— pero me jubilo con 1.500 bolivianos y el aporte se reduce al 3% que son 45 bolivianos, de manera que si el Estado pagaba 300 bolivianos, ahora yo voy a pagar 45 ¿Con qué cambios? Que, en cinco años voy a enfermarme más veces que ahora, por consiguiente, voy a significar más carga”.*

Otro problema tiene relación con que ningún indicador técnico del seguro social de salud se cumple en el país, mencionando varios ejemplos:

- Un sistema de seguro social de salud funciona adecuadamente cuando por lo menos el 35% de sus asegurados son cotizantes. En la CNS el 20% es cotizante y el 80% es beneficiario; así no funciona.

**La fragmentación y la desinstitucionalización del sistema de salud es efecto de un modelo de gestión que fracasó, “porque el municipio atiende infraestructura y equipamiento por un lado y, por otro, el gobierno departamental administra recursos humanos, pero con la misma plata que le transfiere el Estado”.**

- La prima promedio de la CNS es de 2.500 bolivianos, en cambio, la bancaria es de 7.000 bolivianos y, así tampoco funciona.
- La relación actual en la CNS es de 0,9 médicos por cada mil habitantes, cuando las normas internacionales exigen 2,5 médicos. Contrariamente, tiene 3,5 empleados administrativos por cada mil habitantes. Así no hay sistema que funcione.
- Y finalmente, en el sector público de salud, el porcentaje de administrativos supera de lejos el 15% que es la proporción determinada por las normas internacionales. Actualmente, el 72% del presupuesto del Ministerio de Salud se destina a gasto corriente. Así, no hay presupuesto y gestión que aguanten.

### **Los niveles de atención están en peores condiciones**

En cuanto a la infraestructura, equipamiento y personal en los diferentes niveles de atención de salud *“estamos peor”*, enfatizó Cuentas; para que funcione adecuadamente el sistema de salud necesita 2,5 camas por cada mil habitantes y Bolivia dispone solo de una cama. *“Debería tener 25 mil camas, pero tenemos 11 mil, falta 14 mil camas, entonces no pidan más al sector salud, que hagamos maravillas; falta esa cantidad grande de camas”*.

Igualmente se necesitan 2,5 médicos por cada mil habitantes pero se cuenta apenas con 1,1 médicos a nivel nacional. *“No es que no haya médicos en el país, falta dinero para contratar a los médicos, que están ahí”*, señaló Cuentas.

En el ámbito de la tecnología médica, Bolivia debería tener por lo menos 20 aceleradores lineales y dispone solamente de dos o tres de estos equipos. Debería contar con 11 equipos de braquiterapia y tiene apenas dos, *“Es decir, el sistema no responde a los desafíos que tenemos, lo que describe las proporciones de esta crisis estructural”*.

Cuentas destacó que en medio de este panorama es alentador que un grupo de gobernaciones y de municipios hayan tomado la decisión de erigir un seguro local con todas las dificultades que implica, pero, al mismo tiempo, llama la atención que ese esfuerzo no haya sido emprendido por todos los municipios existentes en el país (más de 330), cuando la salud es una de las necesidades más sentidas de la población.

### **El difícil acceso a los medicamentos**

Según el Dr. Cuentas, uno de los problemas principales que deben resolverse en el futuro tiene relación con facilitar a la población el acceso gratuito a los medicamentos. En la percepción de la satisfacción del usuario respecto de la calidad del servicio de salud destaca la necesidad de contar con medicamentos, demanda que hace a la razón de ser de un *“seguro de salud”*. *“Si el seguro no garantiza el acceso al medicamento, estamos papando moscas, es como un cuento trágico”*. Por consiguiente, uno de los retos para los seguros locales es avanzar hacia garantizar la provisión de medicamentos, renovando al mismo tiempo la calidad y pertinencia de los fármacos de acuerdo al nuevo cuadro epidemiológico registrado en las regiones y en el país.

Para cumplir con el desafío, Cuentas propuso, inicialmente podría implementarse un *“fondo rotatorio”* para financiar los medicamentos básicos en el primer de nivel de atención.

## **TEJIENDO ALTERNATIVAS**

### **La búsqueda de nuevas formas sostenibles de financiamiento**

Con excepción del Seguro de salud de San José de Chiquitos, los representantes de los seguros de salud locales, coincidieron en que no se logró identificar y concretar fuentes de financiamiento diferentes a las vinculadas a los recursos del IDH y a otros de coparticipación tributaria administrados por el gobierno central, develando la gran

dependencia del financiamiento estatal y de recursos que no son precisamente sostenibles en el tiempo.

En el caso de San José de Chiquitos, el alcalde Germaín Caballero destacó que en 2008 su autoridad gestionó el cambio de la ley de minería a nivel nacional en sentido de que los municipios productores de minerales en el país perciban el 30% de las regalías mineras; si bien luego la nueva norma dispuso un 15%, *“en el caso nuestro la actividad minera formal ha representado un ingreso importante en los últimos nueve años con una media de un millón de dólares más o menos; de esos recursos, destinamos una parte para soportar todo el sistema de salud del municipio”*.

Otra medida fue la ampliación del universo de contribuyentes a través de una campaña agresiva de comunicación en un escenario local adverso, donde solamente el 23% de la población aportaba. *“La respuesta fue fantástica —señaló— en este momento cerca del 50% de la población paga impuestos y esperamos que hasta el 2017 podamos superar el 60%”*. Asimismo, se encuentra en fase de consultoría, el proyecto de creación de un impuesto a la “reposición ambiental” que pagarían los establecimientos agropecuarios, los que *“no tributan ni un centavo al municipio pero generan impactos ambientales”* nocivos como la deforestación masiva con los consiguientes efectos en la salud de la población.

Finalmente, manifestó, *“de esta manera estamos buscando los mecanismos para depender cada vez menos de las transferencias que recibimos. Cuando yo asumí la gestión municipal el año 2005, la dependencia fiscal municipal era del 97%, hemos logrado en algún momento bajar al 47% y en este momento estaríamos más o menos en 50%”*.

Sobre la importancia de garantizar el financiamiento de los sistemas de salud, Guillermo Cuentas, recomendó buscar formas “imaginativas” de obtención de recursos económicos que incorporen a “múltiples prestadores” y bajo un enfoque

de “pluralismo estructural”, aunque remarcó que las dimensiones de la crisis actual del sistema de salud hace que los desafíos de tener un seguro universal sean muy grandes porque los municipios se toparán con carencias de financiamiento, tecnología y de capacidad de hospitalización para casos “duros”, como en el departamento de Tarija que debe encarar acciones más decididas para disminuir la mortalidad infantil y materna. *“Si es semi dura o dura (la mortalidad) como en Tarija, es bien difícil bajar 1 o 10 puntos porque se necesita tecnología, incubadoras, terapia intensiva [...] para bajar la mortalidad infantil ya no es suficiente con un pediatra, ni con sobrecitos, se necesita neonatología, especialistas [...]”*, remarcó.

Además, *“modificar la calidad, el tipo y la metodología de las prestaciones, les puede permitir bajar los indicadores y mejorar su cobertura; se debe encontrar la forma de ser más efectivos en las prestaciones y priorizarlas”*.

Respecto de las formas de financiamiento, Colombia propició la creación de un “Fondo de seguridad y garantías” con dos plataformas económicas coexistentes: un fondo contributivo y otro no contributivo. En el primero aportan los asalariados bajo el modelo bismarckiano.

Para el caso de Bolivia las diversas Cajas de seguros sectoriales de salud pueden mantener el fondo contributivo que las sustenta porque significa que, *“tienen patrimonio, pasivos y es complicado mover una institución”*. Al mismo tiempo, pueden crear un fondo no contributivo —con base en la fijación de un impuesto— que permita pagar los servicios en función de la demanda de la población, con el fin de optimizar el uso de los recursos económicos.

**En el sector público de salud, el porcentaje de administrativos supera de lejos el 15% que es la proporción determinada por las normas internacionales. Actualmente, el 72% del presupuesto del Ministerio de Salud se destina a gasto corriente. Así, no hay presupuesto y gestión que aguanten.**

Se propendería a un modelo de financiamiento con un fondo contributivo bismarckiano y un fondo no contributivo del modelo Beveridge, es decir, *“un seguro universal con múltiples prestadores, con el que a Brasil le ha ido muy bien”*. Se trataría de *“construir un modelo —de financiamiento— con dinero que llega de todas las fuentes, TGN, donaciones y de todas partes”*.

Por su parte, Torres Goitia manifestó que *“de las cuatro formas de financiamiento que ha señalado el Dr. Cuentas, en Bolivia se está usando fundamentalmente el financiamiento estatal, el seguro bismarckiano y el seguro de Beveridge”*, alertando que el seguro privado *“compite con el sector público”* generando problemas y que debe mejorar sus servicios para la gente que puede pagarlos. Enfatizó que la preocupación principal debe centrarse en la atención del 80 al 90% de la población boliviana que no puede pagar los servicios de salud y menos un seguro.

Sería un financiamiento sustentable recordando que el presupuesto con el que empezó el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) fue equivalente apenas al 3,5%, subiendo luego al 5% hasta alcanzar luego el 10% de la coparticipación tributaria, como un porcentaje seguro para financiar esta política, porque, se trata finalmente de contar con una fuente y un presupuesto seguros.

*“Debemos buscar siempre porcentajes ya sea del IDH o de la coparticipación tributaria de manera que al ser ascendentes conforme avance el tiempo y progrese el país, no tengan el peligro de estancarse”*, sostuvo enfatizando en la necesidad de contar con un financiamiento sostenible y progresivo.

En la propuesta de Guillermo Aponte, para un futuro modelo de gestión de salud pública, en primer lugar, se debe respetar y proteger las fuentes de financiamiento asignadas en los niveles municipal y regional como en los casos de Tarija, Sucre, Pando y San José de Chiquitos que vienen ejecutando seguros de salud locales.

En la búsqueda de otras fuentes de financiamiento, si bien los protagonistas del sector de salud pueden sugerir medidas tributarias, no pueden constituirse en un Congreso Nacional o en una Asamblea Legislativa para generar y aprobar un impuesto directo u otro recurso similar para sustentar un fondo para salud. Manifestó su incredulidad respecto de si la fijación de un impuesto específico garantizaría la sostenibilidad económica de un sistema de salud (por ejemplo: 5% a la cerveza).

La determinación de las fuentes de financiamiento tendría que ver más bien con una política integral que establezca un porcentaje determinado del Presupuesto General del Estado para la salud *“puesto que no puede ser que los ministerios de Defensa y Gobierno juntos signifiquen siete veces el presupuesto de salud”*. Aponte advirtió, *“Si no tenemos un financiamiento garantizado, no funciona el seguro”*.

Recordó que para el SUMI se llegó a definir por norma un cierto porcentaje del presupuesto fiscal, algo mayor de lo que se requería, lo que permitió incrementar las coberturas del seguro básico de salud. *“Con un poquito más se obtuvo más prestaciones y cobertura. Eso es lo que se tiene que buscar: unas políticas de Estado en salud, como con el asunto del mar”*.

Con relación a algunas alternativas de financiamiento, Aponte mencionó al seguro zafrero que contó con diversos financiadores como las empresas del rubro y sus trabajadores (además del apoyo de UNICEF) y recursos de un “seguro delegado” contemplado en el Código de Seguridad Social de 1956 y en su Decreto Reglamentario.

La última modalidad de seguro fue utilizada por las empresas mineras, que delegaron la responsabilidad de la atención de salud de los trabajadores en aquellos centros donde la Caja Nacional de Salud y otras prestadoras no tienen establecimientos. En el caso del SUSAJO que requerirá financiamiento adicional ante la caída de los recursos de coparticipación, podría apelar a esta modalidad de seguro



en acuerdo con los empresarios ganaderos. Esta figura se canalizaría previa gestión ante el directorio de la CNS, para determinar que el 10% del aporte que deberían hacer los ganaderos por sus trabajadores, en vez de destinarlo a la seguridad social de corto plazo, financie el SUSAJO, de tal modo que sus trabajadores sean atendidos en el hospital de segundo nivel de San José.

Para Aponte, falta voluntad política del gobierno central y de los gobiernos subnacionales para apoyar a los proyectos regionales de salud. En su percepción, *“preocupa mucho que por falta de ítems, el próximo año se arriesgue un proyecto de semejanza naturaleza como el seguro de salud de San José de Chiquitos —ya que— si se espera a los gobiernos nacional o departamental puede pasar mucho tiempo y vamos a ver morir de muerte natural al SUSAJO, [...] lamentablemente está muy politizado el tema de salud en general.”*

Una última alternativa puede ser aprovechar el marco y el “lema” de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) adoptada por varios empleadores en distintos sectores, con el fin de canalizar un determinado monto para el seguro, además de la posibilidad de que los trabajadores también aporten.

### Cambios en la formación universitaria

Otro desafío planteado por Cuentas es que las facultades de medicina en las universidades públicas deben modificar o actualizar la malla curricular en función del nuevo panorama de la situación de la salud que viene dándose en el país.

*“Se sigue enseñando sobre tuberculosis, leishmaniasis, malaria y chagas, pero si esa malla curricular no cambia y no hacemos biología molecular, biología celular, genética, oncología enfermedades metabólicas, la universidad va a seguir formando médicos que se van a frustrar y que no van a servir para nuestros objetivos estratégicos”,* dijo.

Por las razones expuestas, Cuentas exhortó a las facultades y carreras de medicina en el país y a los Colegios de médicos planteen públicamente la necesidad de un cambio en los planes de estudio y en los perfiles profesionales.

### ¿Participación del sector privado?

Tanto Cuentas como Aponte coincidieron en señalar que el problema de salud es tan grande en Bolivia, que el sector público y la seguridad social no son capaces, por sí solos, de brindar salud universal e integral a la población, por lo que debe pensarse en múltiples prestadores de servicios bajo normas, control y supervisión adecuados, en lugar de concentrar el servicio en uno o pocos establecimientos. Según Aponte, la CPE en los artículos del 308 al 312 determina que el Estado reconoce, respeta y protege la iniciativa privada, por lo que en la otorgación de un seguro de salud, debe tener todas las posibilidades de participar.

De manera diferente, Nelson Ávila, funcionario de la Dirección General de Seguros de Salud del Ministerio de Salud, manifestó con relación a la propuesta de crear un sistema de salud pública con múltiples prestadores, que esta cartera estatal no ve con buenos ojos la contratación de varios prestadores, en particular, del sector privado.

*“Estamos con una política de no fortalecer al sistema privado, lo que queremos es que se fortalezca el sistema público”,* señaló enfático el funcionario, al recordar que desde esa perspectiva el Ministerio de Salud está haciendo todas las gestiones para concretar la vigencia de la Ley del Sistema Único de Salud.

Es una ley bastante compleja, que todavía requiere algún tratamiento y negociación. El Sistema Único no solamente lograría que toda la población tenga acceso gratuito a la salud, *“sino además tiene otros componentes para aplicar protocolos de atención para que la gente pueda hacerse atender en uno u otro establecimiento, incluso en los de la seguridad*

**Los seguros de salud locales que vienen implementándose en el país, sumados a los programas y acciones dispersas ejecutadas por el gobierno central, revelan la urgencia de una política nacional de salud que articule todas las acciones orientadas a garantizar el derecho a la salud universal y gratuita en el país.**

*social y reciba el mismo tipo de tratamiento de acuerdo a la misma norma”.*

Anticipó que, en cuanto a los procesos administrativos, no solo se contaría con un sistema único con relación a la atención y a los servicios, sino también con referencia a varios otros componentes como el financiamiento y la gestión. *“Básicamente lo que estamos viendo es la integralidad que es un tema más complejo que debe definirse porque actualmente con la Ley 475 las prestaciones de salud no necesariamente son de carácter integral”.*

En contraposición y respaldando la propuesta de múltiples prestadores, la Dra. Carmen Segovia (del SUSAT Tarija) refirió que en el caso del sistema de salud de Santa Cruz se habría fortalecido la participación privada a través del Seguro de Salud para Adultos Mayores (SSPAM) al haber contratado de manera significativa los servicios especializados de varias clínicas privadas para la atención de diálisis renal, entre los servicios más requeridos y de mayor costo. *“No estamos en contra de los múltiples prestadores, —destacó—, lo que queremos es que los costos —del sector privado— tendrían que ser los mismos —en todo el país—, porque si diferenciamos como en Santa Cruz [...] reventaría el presupuesto —de otros municipios—”.*

Complementariamente, Guillermo Aponte cuestionó el actual modelo de gestión del sistema de salud público por la politización existente que impide brindar un eficiente servicio de salud a la población. Una muestra de esta “politización” sesgada expresada en la falta de voluntad política es la Ley 475 que fusiona el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el SSPAM para dar atención a los

discapacitados con el mismo financiamiento, tornándolo insuficiente e impidiendo el desarrollo de los anteriores seguros.

### **¿Un pacto nacional de salud?**

A manera de conclusión de toda su alocución, Cuentas propuso la realización de un pacto nacional de salud, *“[...] donde estén todos los actores involucrados y donde la COB diga qué pasa con la CNS, estén la Federación de Empresarios Privados, sindicatos, profesionales, sociedades científicas, y organizaciones internacionales. Hagamos un pacto nacional o de lo contrario vamos a tener 20 talleres o más, vamos a hacer un buen diagnóstico y propuestas, pero siempre vamos a estar patinando”.*

La propuesta de un pacto nacional de salud fue respaldada por Guillermo Aponte porque permitiría resolver la crisis de la salud en Bolivia. De acuerdo a este profesional, el acuerdo que emergería de este espacio, facilitaría la coordinación de políticas en los tres niveles de gobierno y allanaría dificultades para la construcción de un perfil de modelo de financiamiento sostenible, evitando las arbitrariedades partidistas o la falta de voluntad política que obstruyen determinados proyectos de salud.

El pacto vendría a ser fundamental para determinar las fuentes de financiamiento para el sistema de salud. El último plan sectorial del Ministerio de Salud 2016-2022 en proceso de aprobación, propone una inversión de 1.700 millones de dólares en construcción de hospitales, empero, *“¿Con qué se van a llenar los hospitales, donde están los recursos? ¿Habrá que resignarse a esperar lo que pongan las alcaldías? ¿De dónde va a salir la plata para pagar a los médicos ya que sin estos no funciona un hospital?”*, señalando que no hay voluntad política en el país que atienda las preocupaciones en torno a la insuficiencia de financiamiento y que en general se imponen los intereses político partidarios.

Citó al respecto el caso del seguro mini SUSACRUZ aprobado por ley departamental en diciembre de 2010 y que por cuestiones político partidarias, en enero del siguiente año (2011), *“se cortaron los recursos por parte del gobierno nacional impidiendo el avance de ese proyecto cruceño”*.

*“Esa es otra demostración de la falta de voluntad política para apoyar a un seguro de carácter regional; esperar el apoyo del gobierno nacional parece que no es la mejor solución”*, remarcó Aponte.

El presidente del Colegio Médico de Tarija, Dr. Juan Carlos Oquendo, se sumó a la propuesta de convocar a un pacto nacional, argumentando que en las condiciones actuales de los servicios de salud en el país, existe la necesidad de un “consenso nacional”, de establecer un “escenario de concertación” porque hoy *“muchas cosas se imponen en salud, muchas veces no se pregunta a los operadores sobre lo que están haciendo; [...] por eso las cosas no avanzan [...]”*. Consultado sobre la “Cumbre de Salud”, un espacio similar al propuesto que fue convocado hace un tiempo atrás por el gobierno actual, fue tácito al señalar que *“una cumbre política no funciona donde participa gente que no conoce del tema”*.

### **Autonomía en la gestión de salud y con participación social**

El ex ministro de salud Javier Torres Goitia destacó el esfuerzo de los gobiernos municipales y departamentales que crearon e implementaron seguros de salud locales, pero, para que su continuidad y proyección sean una realidad es imprescindible el financiamiento y la articulación de las políticas nacionales de salud con las políticas locales.

Estos factores fundamentales deben entrelazarse con las bases sociales que son las que impulsan los cambios y que hoy tienen menor participación por cuanto las políticas de salud están impuestas de arriba hacia abajo, señaló el experto que, comentó también sobre los modelos prevaecientes de gestión de salud.

Fue enfático al señalar que *“la gestión de salud no puede estar librada a politiquería y a los cambios de ministros y a otros factores, por lo que para que sea sustentable en el tiempo, debe tener autonomía. Las autonomías funcionan bien”*.

En el contexto actual, un sistema autónomo de gestión de salud es concurrente y positivo con la marcha de las autonomías considerando que *“la universidad es autónoma, las alcaldías son autónomas ¿por qué el sector de salud no va a buscar una forma de autonomía?”*. La autonomía de financiamiento y de gestión es la manera de dar estabilidad al sistema de salud.

Con relación a la participación de la población en la consecución de un sistema de salud acorde a sus necesidades, sostuvo que *“La gente de los municipios tiene la oportunidad de gestar movimientos sociales que vayan a cambiar la situación y obliguen al gobierno nacional a dictar leyes y hacer proyectos más adecuados a nuestra realidad; eso pueden hacer que está más cerca de la base misma de sustentación de las políticas nacionales”*.

### **LA URGENCIA DE UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD**

Bruno Rojas, investigador del CEDLA destacó en una evaluación inicial que los seguros de salud locales que vienen implementándose en el país, sumados a los programas y acciones dispersas ejecutadas por el gobierno central y las deficiencias que presentan en cuanto a financiamiento y otros componentes que limitan brindar servicios de salud oportunos y de calidad, revelan la urgencia de una política nacional de salud que articule todas las acciones orientadas a garantizar el derecho a la salud universal y gratuita en el país. Esta consideración implica debatir sobre el fortalecimiento de los seguros de salud, ya no como iniciativas propias de algunas regiones sino como parte de una política estatal que tenga como principio cumplir con la responsabilidad de garantizar la salud para todos.

**Deben fortalecerse los seguros de salud locales poniendo atención en la superación de algunos aspectos relativos a cambiar el actual perfil epidemiológico que ya no expresa la situación de la salud de la población, el uso de medicamentos en el tratamiento de enfermedades, la mejora de la infraestructura y equipamientos médicos y la incorporación de la participación de la población en la gestión y control de los servicios de salud.**

Por su parte el Dr. Juan Carlos Oquendo del Colegio Médico de Tarija manifestó que los sistemas de salud locales como el SUSAT han surgido a raíz de la ausencia de políticas públicas de salud orientadas a atender a la población en diferentes regiones del país. En este sentido, el SUSAT fue una respuesta a la demanda local de atención de salud y así fue fortaleciéndose y debe fortalecerse con el apoyo y rol más activo del Estado. *“Nosotros en Tarija, destacó, decimos que el SUSAT no tiene que desaparecer, porque como departamento tiene que buscar solución a sus problemas locales de salud y, si en esta solución, participa el Estado central, será provechoso”.*

En esta reflexión, el representante del seguro de salud de San José de Chiquitos mani-

festó que los seguros locales podrían ser o convertirse en una forma de encubrimiento de la elusión de la responsabilidad constitucional del gobierno central en garantizar el derecho a la salud de la población, lo que podría llevar a concluir a que en el país no existe una política nacional de salud.

Precisamente esta ausencia obliga a ciertos gobiernos municipales y departamentales a promover y ejecutar iniciativas propias para responder a las demandas de salud de personas carentes de un seguro de salud. La carencia de esta política impide avanzar hacia la universalización y gratuidad de los servicios de salud, tal como están estipulados en la Constitución Política del Estado.

A manera de conclusión, se coincidió en que deben fortalecerse los seguros de salud locales poniendo atención en la superación de algunos aspectos relativos a cambiar el actual perfil epidemiológico

que ya no expresa la situación de la salud de la población, el uso de medicamentos en el tratamiento de enfermedades, la mejora de la infraestructura y equipamientos médicos y la incorporación de la participación de la población en la gestión y control de los servicios de salud. Principalmente se coincidió, tal como se destacó, en la necesidad que el gobierno central participe y lidere el fortalecimiento de las experiencias locales y de otras acciones de salud, promoviendo una política nacional.

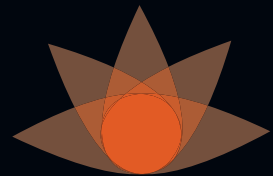
A propósito de la implementación de una política nacional de salud, gran parte de los participantes concordaron en señalar que deben considerarse por lo menos tres elementos importantes:

- El financiamiento y las fuentes que sustenten su sostenibilidad. La universalización y gratuidad de los servicios de salud dependen de contar con recursos suficientes y sostenibles.
- Los modelos de gestión y de atención a ser adoptados deben contemplar la participación coordinada de los tres niveles de gobierno para brindar un servicio integral de salud. Este modelo dejaría a un lado la actual gestión parcial y politizada del gobierno central y la fragmentación de los servicios de salud (sistemas locales, seguros para el adulto mayor, niñez y maternidad, personas con capacidades diferentes, indigencia, etc.).
- La perspectiva de fortalecer los seguros de salud locales, debe contemplar su articulación a una política nacional que tenga como imperativo el cumplimiento de los roles y responsabilidades estatales referidos a garantizar el acceso universal y gratuito a la atención de salud de la población.

Finalmente, se coincidió en que en el balance de los sistemas de salud locales y en los programas nacionales es absolutamente pertinente determinar si las condiciones actuales de infraestructura, tecnología, equipamiento y disponibilidad de personal permiten cumplir y mejorar las prestaciones de salud que demanda la población.

# PARA RECURSOS DERECHOS

El proyecto “Más recursos para más derechos” tiene el objetivo de contribuir al mejoramiento de las políticas públicas beneficiando a los sectores de la población más necesitados, asimismo promovemos el uso de la Política Fiscal como herramienta para financiar acciones de defensa y promoción de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC).



**Grupo sobre Política  
Fiscal y Desarrollo**

Achumani, Calle 11 N° 100  
entre García Lanza y Alexander  
Telf: 2794740 • 2799848  
E-mail: [info@cedla.org](mailto:info@cedla.org)  
URL: [www.cedla.org](http://www.cedla.org)  
Casilla 8630  
La Paz - Bolivia

<http://cedla.org/blog/grupopoliticafiscal/>

