

LA URGENCIA DE UNA REFORMA DE SALUD

Diciembre de 2017

Carlos Arze. Investigador del CEDLA



Proyecto apoyado por
La Unión Europea

¿QUÉ ES SALUD?

- La salud es un estado de bienestar “físico, mental y social” y no sólo la ausencia de enfermedad (Declaración de Alma Ata, 1978). Para esto es necesario que el sistema de salud se base en la participación plena de toda la sociedad.
- La salud es el máximo bienestar y desarrollo de las potencialidades del ser humano de acuerdo al grado de avance de la sociedad.
- La salud no está al margen de la economía, producción ni de los problemas laborales (calidad del empleo, salarios o ingresos, desempleo, etc.).

- Según la Constitución Política del Estado:
- El Estado protegerá el derecho a la salud, promoviendo **políticas públicas** para este fin.
- Promoverá el **acceso gratuito** de la población a los servicios de salud. (Art. 35. I).
- Garantizará el acceso al **seguro universal de salud**. (Art. 36. I)
- Garantizará el **acceso a los servicios públicos de salud y a los medicamentos** (genéricos).
- El derecho a la salud tiene relación con el derecho a la seguridad social bajo el concepto de seguro de salud.

- Objetivo del PND, 2006
- “...eliminación de la exclusión social, mediante la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud (SUS). Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez... actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles...
- Meta: “El 100% de la población boliviana accede al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, además del acceso a servicios básicos hasta el 2010”

- Vinculado al Pilar 3: Salud, educación y deporte
- **Objetivo:** “Avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, la prevención de las enfermedades, así como la ampliación y mejora de la capacidad
- de atención de los establecimientos de salud con mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos de calidad con enfoque intercultural.
- **Meta 1:** Acceso universal al servicio de salud.
- **Meta 2:** Integración de salud convencional y ancestral con personal altamente comprometido y capacitado.

- El sistema nacional de salud está en crisis
- - Objetivos y metas siguen en el papel
- - La salud no es una cuestión central de la política social (gasto fiscal)
- - Acceso no disponible para grandes segmentos de la población (43%);
- - Oferta de servicios no se ajusta a las necesidades de la población;
- - Prestación de servicios es de baja efectividad, calidad y gestión

- - Concentración urbana de los servicios de salud, con ineficiencia e inequidad de la oferta, lleva a mayor privatización:
- - “...es un sistema con grandes limitaciones en recursos humanos, económicos, tecnológicos y físicos: buena parte de los ingresos del sistema provienen de los usuarios” (Ministerio de Salud y Deportes, 2010: pp 41). 32% del gasto en la atención de la salud es financiado con recursos de la población (Arze, C., 2012)
- - Privatización del sistema de salud será profundizada con la propuesta de creación del Sistema Universal de Salud del gobierno

- La crisis del sistema de salud de Bolivia no es una crisis reciente, es un mal que se arrastra durante toda su historia. En los últimos 11 años, la crisis parece haberse ahondado:
- 1. Infraestructura insuficiente y precaria
- 2. Equipos obsoletos
- 2. Personal médico insuficiente. Enorme déficit de médicos especialistas
- 4. Desmejora en la calidad de atención de pacientes
- 5. Débil acceso a medicamentos gratuitos.
- 6. Presupuesto insuficiente

- En 2008, la OPS señaló que en Bolivia pervivía un perfil epidemiológico en transición donde las enfermedades transmisibles aún tenían alta incidencia combinado a un incremento paulatino de la prevalencia de enfermedades crónicas.
- En los años recientes la transición habría girado hacia un mayor peso de las enfermedades no transmisibles.

- Tasa bruta de mortalidad bajó de 7,6 por mil a 7,1 por mil en los períodos de 2005-2010 y 2010-2015.
- Razón de mortalidad materna disminuyó de 416 por cien mil nacidos vivos en 1989, a 229 en 2003 y a 185 en 2014.
- 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.
- **Cambios demográficos:**
- Tasa global de fecundidad bajó de 4,9 a 3,5 hijos por mujer entre 1989 y 2008

SITUACIÓN DE LA SALUD EN BOLIVIA: Indicadores

- Esperanza de vida al nacer se incrementó de 65,5 años para el período 2005-2010 a 67,2 años para el período 2010-2015. Estos cambios incidieron en la demanda del tipo de servicios de salud.
- Las mejorías en los indicadores, según la Organización Mundial de la Salud, estuvieron acompañados de la elevada presencia de enfermedades transmisibles y la creciente participación de las enfermedades crónicas, como causas de mortalidad.

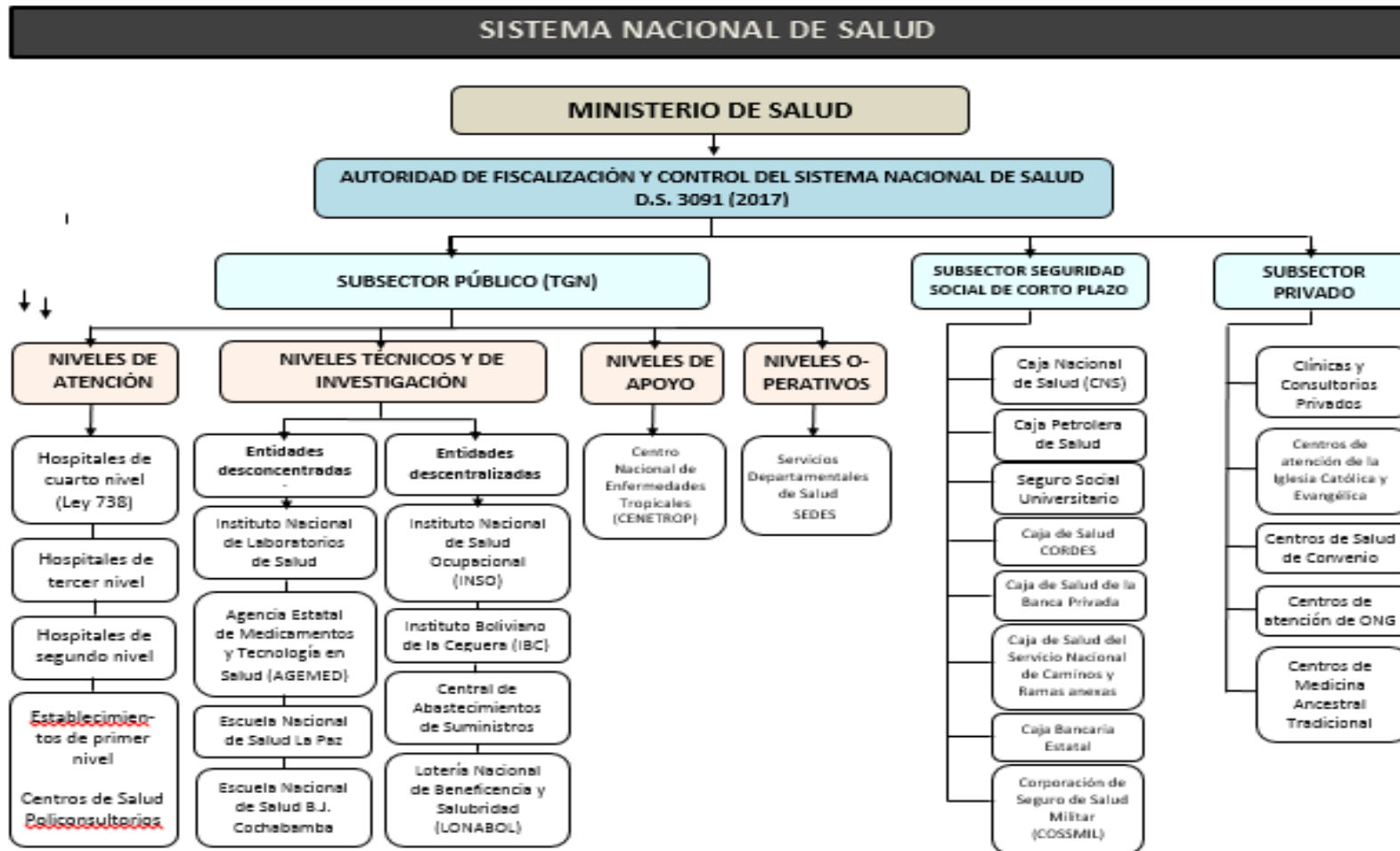
Cuadro 1: Cambios en la prevalencia de enfermedades, 2010-2014

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

Según OMS el 59% de la población estaba afectada por Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y la probabilidad de morir de estas enfermedades sería de 18% para las personas de entre 30 y 70 años.

- Incremento constante de enfermedades crónicas: En el período 2010-2015:
 - Diabetes de 64.136 a 88.058
 - Cardiovasculares de 46.185 a 60.152,
 - Hipertensión de 102.109 a 161.435
 - Reumática de 77.292 a 80.543
 - Enfermedad renal crónica de 104.262 a 112.161
 - Episodios depresivos y ansiedad de 12.328 a 17.075.
 - Cáncer :
 - En 2012 más frecuentes: Hombres próstata 17%. Mujeres cérvico-uterino 21.2% y de mama 7.5%. Casos habrían bajado de 18.023 a 12.658 entre 2010-2014.
 - En general entre 2011 y 2016 se registraron más de 93 mil casos de cáncer.
 - Tuberculosis 70.8 por cada 100.000 personas en 2014.
 - VIH 1.5 por cada 1.000 personas; Sífilis 7.2% de mujeres embarazadas y 11 por cada 1.000 recién nacidos.
 - Sobrepeso y obesidad: casos de 35.315 a 67.294 entre 2010-2015 y 8.5% de niños menores de 5 años afectados en 2012
 - Alcohol: consumo per cápita 5.9 Lit. Hombres 9.1 lit. Mujeres 2.7 lit. 2011
 - Fumadores 30%: Hombres 42%, Mujeres 18%. 2011
 - Marihuana: 3.8% de la población es consumidora. 2010



SITUACIÓN DE LA SALUD

Número de establecimientos de salud en Bolivia						
	2005	2006	2010	2015	2016	2017
Total	2870	3017	3410	3794	3874	3880
Fuente: elaboración propia con base en SNIS-VE						

Número de establecimientos de salud en Bolivia por sector			
	2005	2017	Var. Acum.
S. Público	2.268	3.226	42,2%
Seg. Social	171	213	24,6%
Privado	139	230	65,5%
FFAA Policia	8	13	62,5%
Iglesia	112	85	-24,1%
ONG	172	113	-34,3%
TOTAL	2.870	3.880	35,2%
Fuente: elaboración propia con base en SNIS-VE			

Evolución de infraestructura muestra: paulatina privatización y concentración de la inversión pública en establecimientos de Nivel I.

Número de establecimientos de salud en Bolivia por sector, según tipo

	2005	2017	Var. Acum.
S. Público	2.268	3.226	42,2%
Nivel I	2.161	3.119	44,3%
Nivel II	76	76	0,0%
Nivel III	31	31	0,0%
Seg. Social	171	213	24,6%
Nivel I	127	161	26,8%
Nivel II	26	30	15,4%
Nivel III	18	22	22,2%
Privado	139	230	65,5%
Nivel I	74	130	75,7%
Nivel II	57	90	57,9%
Nivel III	8	10	25,0%
FFAA Policia	8	13	62,5%
Nivel I	7	10	42,9%
Nivel II	1	3	200,0%
Nivel III			
Iglesia	112	85	-24,1%
Nivel I	94	67	-28,7%
Nivel II	17	14	-17,6%
Nivel III	1	4	300,0%
ONG	172	113	-34,3%
Nivel I	167	101	-39,5%
Nivel II	5	11	120,0%
Nivel III		1	
TOTAL	2.870	3.880	35,2%

Fuente: elaboración propia con base en SNIS-VE

Inversión Pública en Salud (Millones de Bolivianos)

	2005	2006	2010	2015	2016
Salud*	337,45	496,54	501,29	1.605,46	841,37
SS				47,21	45,36**
Particip. %	6,4%	7,0%	4,7%	4,8%	5,49%**
Ejec. %	101,8%	114,3%	85,6%	62,1%	59,4%

Fuente: elaboración propia con base en VIPFE y 2016 Min. Salud

(*) Hasta 2010 incluye SS

(**) Presupuestado

- En 2008, el Decreto Supremo 29601 estableció el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI. Cuenta con apoyo financiero de la cooperación internacional, en particular para Equipos Móviles.
- **Objetivo:** Eliminar la exclusión social, reivindicar la participación social y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad, con medicina biomédica y tradicional.
- Se implementa con “Gestión Compartida en Salud”, es decir, en co-responsabilidad con todos los niveles estatales.

- En el caso de las Cajas de salud, su participación sería con acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades..
- En 2014 se hizo una evaluación del programa, destacando 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”,* establecido por la Constitución.

- En 2009, el gobierno de Evo Morales con el **Decreto Supremo 0304** buscó reformar la estructura organizativa del órgano ejecutivo del Estado, a través de intentar convertir a las Cajas de salud en entidades dependientes del Ministerio de Salud, medida que tuvo su antecedente neoliberal en el proyecto de implementación de un Sistema Integrado de los Servicios de Salud de la Seguridad Social de 1990.
- El decreto fue resistido y derogado posteriormente

- En 2010 se proyectó la **Ley del Sistema Único de Salud**, que busca garantizar el acceso a la salud “con carácter universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad y control social”.
- Todo esto a través de la constitución de una sola institución que unificaría la gestión y las finanzas de todas las entidades públicas y de las cajas de salud, exceptuando a las ONG que se adherirían mediante convenios especiales.

- El proyecto tendría un Fondo Único de Salud que controlaría los recursos públicos para salud, los de la cooperación internacional y los aportes patronales para los trabajadores asalariados, que se incrementaban de 10% a 12%
- Este incremento se transformaría en un “impuesto patronal para la salud”, perdiendo su origen salarial y para convertirse en recursos de carácter público.
- La propuesta fue rechazada. El gobierno hizo otra propuesta que planteó la adhesión voluntaria de las cajas de salud al sistema.

- En 2013 con la Ley 475, se estableció el Sistema Integral de Atención en Salud, con cobertura de atención en salud y la “protección financiera en salud” (para atención gratuita) para personas sin cobertura del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo: mujeres embarazadas hasta los seis meses posteriores al parto, menores de 5 años, personas mayores de 60 años, discapacitados y mujeres en edad fértil
- Dispone, la atención obligatoria en todos los establecimientos de salud públicos, Cajas de salud, establecimientos privados bajo convenio y equipos móviles de salud del SAFCI.
- Financiamiento: Fondos del Tesoro General del Estado, recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000, de la Coparticipación Tributaria Municipal y del IDH.

- Por la resistencia de sectores sociales, el gobierno impuso reformas parciales que afectan indirectamente el sistema de salud.
- Además de ordenar la reestructuración de la Caja Nacional de Salud para sumarla al Seguro universal, el gobierno dispuso la Ley de Libre Afiliación y Reafiliación en el Subsector Público de Salud, por la que los trabajadores - especialmente los del Estado- pueden “optar” por afiliarse al subsector público.
- Así, los recursos del aporte patronal serían una fuente importante de financiamiento del Subsector Público en manos del poder ejecutivo.

- **PROGRAMA MI SALUD.**
- Fue inaugurado como un proyecto piloto el 1 de junio de 2013 en El Alto, luego se habría extendido a 347 municipios del país. Está bajo tuición del Ministerio de Salud por fuera del sistema actual.
- **Como funciona?** Cada médico contratado tiene un barrio asignado para brindar atención, hace visitas a domicilios, elabora una carpeta familiar y hace seguimiento y control de las enfermedades crónicas.
- Se basa en el modelo cubano con la diferencia que funciona como programa aislado y con servicios fragmentados.

- El sistema de atención desde la política estatal no ha respondido a la evolución de la situación de la Salud:
- NO se tiene información integral y veraz sobre el perfil epidemiológico
- NO se ha adecuado la evolución del Sistema de atención al nuevo perfil epidemiológico
- La política de Salud, como todas las políticas Sociales está subordinada Al objetivo central de la Política Económica: la generación de rentas fiscales.
- La reposición del enfoque de la Atención Primaria Integral después de las reformas neoliberales se han dirigido hacia la Universalización de los Servicios de Salud, pero manteniendo la limitada participación financiera del Estado y afectando: a los aportes y patrimonio laborales, a las condiciones de trabajo de los profesionales, etc.
- La gestión del Sistema de Salud está desintegrada, es incoherente, no evoluciona según las necesidades de la población, su financiamiento es insuficiente.

- Desde el CEDLA se propugna:
- Encarar una reforma de salud que recogiendo el espíritu de la Declaración de Alma-Ata, se proyecte hacia la universalización de la atención de salud mediante un Seguro Universal de Salud:
 - - *con todos los subsectores y niveles de atención de salud integrados,*
 - - *la concentración de los recursos financieros contributivos y no contributivos y una importante asignación de recursos del Estado.*
 - - *principio debe ser que los servicios no estén sujetos al lucro.*
- Financiamiento mediante el establecimiento de una prima anual per cápita de salud para todos los ciudadanos.
- Competencia por prestación de servicios entre sectores de acuerdo a productividad y calidad, sobre homologación general de costos. Objetivo es liberar al sistema de la competencia política entre los niveles de gobierno.

- - Esfuerzos extraordinarios del Estado en investigación e información en salud, la formación/actualización de los profesionales de salud, capacitación en aspectos sanitarios de la población -especialmente de los grupos más vulnerables- y,
- - El fortalecimiento de la participación social de las organizaciones sociales, sindicales y profesionales.
- En suma, la urgencia de una política nacional de salud que articule todas las acciones orientadas a garantizar el derecho a la salud universal y gratuita.

GRACIAS