



Ministerio de Salud
y Deportes

POLITICA NACIONAL DE SALUD

Salud,
un derecho y una
responsabilidad de todos

1

Serie: Documentos de Políticas

Bolivia - Noviembre, 2004

AUTORIDADES

Dr. Fernando Antezana Aranibar
Ministro de Salud y Deportes

Dra. Rosario Quiroga Morales
Viceministra de Salud

Dr. Félix Sandoval Ríos
Viceministro de Deportes

Dr. Eduardo Chávez Lazo
Director General Servicios de Salud

Lic. Carmen Zamora
Directora General de Deportes

Lic. Mercedes Cuellar Carreño
Directora General de Asuntos Administrativos

Dra. DAEN Beatriz Pardo Bernal
Directora General de Asuntos Jurídicos

PRESENTACIÓN

Una revolución del pensamiento sobre Salud Pública fue lo que se vivió cuando, en Alma Ata se lanzó la propuesta de *salud para todos*, que se constituyó en uno de los mayores retos para el Siglo XXI en el ámbito social. Y aunque son pocos los países que actualmente pueden preciarse de haber alcanzado este objetivo, el ideal de que niñas y niños, mujeres y hombres, jóvenes, adultos y ancianos no sólo tengan acceso irrestricto a los servicios de salud, sino que más allá de este concepto asistencialista que ha primado en el sector salud por años, se debe proveer a la comunidad de conocimientos e instrumentos suficientes para promover el ejercicio pleno del derecho a la salud, mismo que no puede comprenderse sin su contraparte: la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, de individuos, familias y comunidades.

Abordar el tema de la salud en Bolivia, resulta una tarea tan compleja, como compleja es la realidad nacional, mosaico de culturas y cosmovisiones, de anhelos y sueños tan distintos como la propia geografía nacional. Adicionalmente, la salud no puede concebirse al margen de las críticas circunstancias políticas, económicas y sociales por las que atraviesa nuestro país. La inequitativa distribución de los recursos económicos, humanos y materiales, marcan grandes diferencias entre grupos poblacionales no sólo en lo que hace a las enfermedades que los afectan y cómo lo hacen, sino respecto a sus condiciones y calidad de vida.

Por otra parte, es evidente que nuestro actual sistema de salud resulta poco eficaz para atender la salud del total de la población, por ello es indispensable introducir cambios que respondan a la exigencia de equidad y justicia social. Cambios que, necesariamente, reclaman el concurso decidido de instituciones públicas y privadas, así como de la ciudadanía en su conjunto.

Porque creemos que desde la salud se puede tender un puente hacia la unidad y el entendimiento de todos los bolivianos, hoy, reafirmamos la decisión de trabajar incansablemente por un futuro mejor para todos los habitantes del territorio nacional.

Dr. Fernando Antezana Aranibar
Ministro de Salud y Deportes

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Constitución Política del Estado, la salud es un derecho básico, por lo tanto, recae en él la responsabilidad de protegerla y promoverla. Sin embargo, la salud tiene dos dimensiones:

- Es un bien colectivo y como tal se constituye en fundamento del desarrollo sostenible
- Es un bien individual, puesto que su ausencia hace imposible que una persona asuma obligaciones y compromisos, al mismo tiempo que la priva de una vida plena.

“La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia”¹.

Si bien es cierto que la salud en Bolivia ha evolucionado de manera favorable en los últimos veinte años, no es menos cierto que los resultados alcanzados son insuficientes, sobre todo si se tiene en cuenta la magnitud de los esfuerzos realizados. Probablemente, las causas de esta situación se encuentren, por una parte, en la lucha frontal contra las enfermedades que ha consumido tiempo y recursos, sin dejarnos suficiente como para enfocarnos en la planificación de largo plazo y la construcción de la salud; por otra parte, el insuficiente reconocimiento que el proceso salud-enfermedad está relacionado con las condiciones de vida y requiere de una aproximación intersectorial que excede los estrechos límites del sector.

No obstante hoy Bolivia es un país más seguro en materia de salud que hace algunos años; se ha erradicado la viruela, la Poliomieltis y se han controlado las enfermedades de Chagas, Malaria y otras.

La Política Nacional de Salud prioriza el binomio madre niño, sin embargo el objetivo estratégico es la totalidad de la población y todo el ciclo de vida de las personas, desde su génesis intra útero hasta la muerte. La máxima aspiración de esta política es lograr:

Que al nacer todos tengamos las mismas oportunidades y que la alegría de vivir plenamente, con calidad, desarrollar nuestras potencialidades sintiéndonos socialmente productivos, nos ayude a morir en paz y con dignidad.

Para ello, es necesario el concurso de toda la comunidad nacional para asumir la salud como un derecho y una responsabilidad de todos.

Al presente el Ministerio de Salud y Deportes se ha enmarcado en el modelo clásico de manejo por programas técnicos dirigidos a la Prevención y Control de Enfermedades, a la gestión del sistema -como ha sido el Proyecto de Reforma de Salud - y al desarrollo de

¹ Amartya Sen, Premio Nobel de Economía 1998.

infraestructura sanitaria; no han existido programas de promoción de salud sino acciones dispersas en los diferentes proyectos y programas.

El proceso de reforma de salud desarrollado hasta la fecha puede resumirse en tres grandes líneas a saber: 1) El diseño e implementación de sistemas de aseguramiento público como el Seguro Básico de salud y sus modificaciones: el Seguro Básico Indígena y el Seguro Universal Materno Infantil. 2) Implementación de un Sistema de Gestión por resultados que ha permitido contar con un mecanismo de evaluación y control sectorial efectivo en un Estado descentralizado, y 3) Calidad y regulación, por la cual se han mejorado la calidad de la atención y se han diseñado instrumentos valiosos para la integridad del sistema y para apoyar el ejercicio del derecho a la salud por parte de la comunidad, aunque a la fecha sus avances son limitados a unos pocos establecimientos.

Desde Alma-Ata en 1978 se maneja el concepto de equidad en la atención de salud; ello dio origen al gran reto lanzado por la Organización Mundial de la Salud: ***¡salud para todos!*** y a su estrategia denominada Atención Primaria en Salud. En esencia esta estrategia de Atención Primaria de Salud – APS pretende:

- *Llegar a todos especialmente a los más necesitados,*
- *Llegar a los hogares, las familias y la comunidad en su conjunto, sin limitarse a los establecimientos sanitarios.*
- *Entablar una relación permanente con individuos, familias y comunidad.*

Adicionalmente, la Atención Primaria de Salud cobra un significado especial cuando enfatiza que:

- *Los servicios deben ser eficaces y culturalmente aceptables, razón por la que es preciso planificar y gestionar cuidadosamente programas que guarden relación directa con los problemas locales.*
- *Las comunidades deben participar en el desarrollo de los servicios para fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.*
- *Los servicios de salud deben enfatizar la promoción y prevención de la salud.*

Este documento establece los cursos de acción fundamentales para gestores, operadores, financiadores y agencias de cooperación y traduce el rol rector del Ministerio de Salud y Deportes; recoge las mejores experiencias del pasado y las actuales demandas de la comunidad multiétnica y pluricultural boliviana, para convertirlas en el instrumento que desde hoy nos guíe en la construcción de un mañana mejor.

Compuesto por cinco capítulos, el capítulo 1 muestra el pensamiento del Ministerio de Salud y Deportes, define los principios de su Política de Salud, la misión, visión, objetivos los enmarca en las demandas nacionales y los compromisos internacionales.

El capítulo 2 resume la situación de salud del país establecida mediante procesos de análisis de información recopilada y sistematizada por Instituciones del Estado y el apoyo de la Cooperación Técnica internacional.

El Capítulo 3 muestra una imagen del sector salud, con sus fortalezas y debilidades fundamentales que sirven de orientación y de referencia para las políticas establecidas.

El capítulo 4 presenta las políticas de salud y los programas estratégicos y sus subprogramas con una síntesis de los objetivos buscados y los resultados esperados.

El capítulo cinco hace referencia a la evaluación de la Política de salud que esta enmarcada en el proceso de Gestión por resultados, emprendida por el Estado desde hace unos años y que pretende mostrar la transparencia de la gestión.

Se acompaña una bibliografía que ha servido de base para la elaboración de este documento.

Bases de la Política de Salud

Demandas sociales imperativas de necesidades insatisfechas por años, la atención a los temas coyunturales, encuentros y desencuentros, son algunos de los factores que caracterizan a esta etapa que nos ha tocado vivir. Indudablemente se trata de un momento de cambios y en ello se encuentra el primer desafío: no echar mano de soluciones pasajeras, si no, más bien, lograr verdaderas transformaciones en el campo de la salud, comenzando por la incorporación de todas las bolivianas y bolivianos dentro de un sistema integrado que provea atención sanitaria eficiente y de calidad, que incluya a quienes nos hemos acostumbrado a excluir, es decir a campesinos, indígenas y pueblos originarios que conforman nuestro país y que a pesar de convivir en un mismo territorio pareciera que han sido seres anónimos y sin derechos.

El concepto de interculturalidad tiene carta de ciudadanía en nuestro país, en el que conviven culturas diferentes, bajo el criterio de que ninguna puede desarrollarse en ausencia total de intercambio con las otras. Hemos asumido la declaración emanada de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. En este contexto, es imprescindible establecer una diferenciación entre multiculturalidad e interculturalidad: en tanto la primera busca asegurar el respeto, la tolerancia y el reconocimiento; la segunda pretende -además de lo ya mencionado- conceder a las y los habitantes del territorio nacional, la oportunidad de contribuir al entramado social mediante aportes particulares.

“Más allá de la convivencia armónica o no entre culturas, la interculturalidad como normativa tiene por principio básico asumir positivamente la diversidad cultural, buscando vías de encuentro antes que de separación. A partir de esto, es posible decir que la necesidad del diálogo intercultural implica también parámetros de justicia, de equidad y de reconocer al otro como un ser humano portador de una riqueza forjada en la diferencia².

Al hablar de interculturalidad hablamos de confianza, no de la confianza absoluta en comprender otras culturas, sino de la confianza que debemos tener para expresar nuestros desacuerdos; es también renunciar a aquellos paradigmas que sitúan en lugar de privilegio a la cultura occidental. Hablar de interculturalidad es privilegiar la comunicación en un plano de igualdad; es afirmar que mujeres y hombres tenemos derecho a vivir nuestra cultura, pero no como simples replicadores de ésta, sino en el ámbito de la creatividad y el movimiento transformador”.

En salud, proponer a la interculturalidad como una transversal significa identificar, asumir y vencer los retos que se vayan presentando en nuestro ámbito durante el proceso de construcción de una visión intercultural.

La sociedad asigna a hombres y mujeres diferentes funciones en los distintos contextos sociales. Estas diferencias se traducen en oportunidades desiguales para hombres y mujeres, en los ámbitos económico, académico, cultural e, inclusive, en lo referente al ejercicio de los Derechos Humanos, dentro de los cuales se inserta el derecho a la salud.

Estas desigualdades de género producen, entre otras cosas, que las mujeres tengan una mayor limitación en el acceso a los servicios de salud, a la información y a la toma de

² Proyecto “Abrir Salud”, 2002

decisiones en este campo. Por otra parte, existe una tendencia evidente a equiparar la salud de las mujeres con la salud reproductiva, dejando de lado otros aspectos relacionados al desarrollo humano en etapas de la vida ajenas a la reproducción, es decir en la niñez y la tercera edad.

Atención Primaria en Salud implica: alimentación y nutrientes adecuados; agua potable y saneamiento básico; asistencia materno infantil y planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; disponibilidad de medicamentos y tecnologías apropiadas y adecuadas al medio, pero fundamentalmente significa situar la salud en un campo de acción mucho más amplio que su concepto asistencialista.

En este sentido, se promoverá la participación protagónica y sostenible de la ciudadanía a través de la construcción y consolidación de redes sociales que trabajen en el ámbito local para enfrentar desafíos como la planificación participativa, la movilización social y el control social a favor de mejores condiciones de vida y de salud.

1.1. Marco General

El país ha comprometido ante las Naciones alcanzar las metas del Milenio en el año 2015, a saber:

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, EL Paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Ello constituye una prueba de la voluntad política de establecer asociaciones más sólidas y comprometen a los países a tomar medidas y aunar esfuerzos.

El Estado en su conjunto aún no asume que las mencionadas metas del milenio son un objetivo de país y no solamente del Sector Salud, aunque si reconoce que la exclusión social en salud es consecuencia en gran parte, de las insuficiencias en otros sectores³.

El Sector Salud está comprometido con la Salud y por ello se reconducirá el proceso de Reforma Sectorial bajo los paradigmas de "Seguridad Humana", "Desarrollo Sostenible", "Derecho a la Salud – explícito en nuestra Constitución Política del Estado – y fundamentalmente con el propósito de pagar la deuda social acumulada en cinco siglos con nuestra población campesina, indígena y de pueblos originarios.

En el contexto nacional se toma en cuenta además, el Código Nacional de Salud y las Leyes de Participación Popular, de Descentralización Administrativa, y SUMI; también la

³ UDAPE: Exclusión Social en Bolivia, 2004.

Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza y el Plan General de Desarrollo Económico y Social del Gobierno.

Finalmente el país y el Sector Salud estamos embarcados en el proceso de generar una estrategia SWAP⁴, que significa el alineamiento técnico y económico de la Cooperación internacional hacia las prioridades del Sector.

1.2. Visión

Mujeres, hombres, adolescentes, niñas, niños, y personas de la tercera edad tienen mejor esperanza y calidad de vida y tienen el acceso asegurado al Sistema Único Nacional de Salud de calidad.

Individuos, familias y comunidades cuidan su salud, asumen y fomentan prácticas saludables; viven y trabajan en ambiente saludables, con factores de riesgo controlados y demandan su derecho a la salud.

1.3. Misión

Todos los trabajadores del Sector Salud, comprometidos con la salud, la seguridad humana y el desarrollo humano, reconstruimos el Sistema Único Nacional de Salud, capaz de promover la salud, aumentar la protección social y minimizar los riesgos para la salud, controlar las enfermedades y recuperar las capacidades físicas y mentales vulneradas por enfermedades, accidentes o desastres, reconociendo el derecho a la salud y al control social de la población.

1.4. Objetivo General

Asegurar el acceso equitativo, efectivo y universal al Sistema Único Nacional de Salud, sin exclusiones.

1.5. Principios de la política de salud

Universalidad, para proteger a toda la población, sin ningún tipo de discriminación.

Equidad de género y generacional, porque bolivianas y bolivianos de todas las edades, tienen derecho a una atención de calidad.

Humanismo para que en todos los servicios de salud la atención brindada sea respetuosa de los usos y costumbres - no nocivos - de la población boliviana.

Solidaridad, para que quienes cuentan con mayores recursos contribuyan a que los sectores menos favorecidos tengan mejor acceso a los servicios de salud.

Transparencia, para que todos accedan a la información técnica y administrativa oportuna, veraz y confiable sobre la problemática de salud y la forma en que actúan las autoridades gubernamentales frente a ella.

⁴ SWAP: Small Wide approach process

2. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

La salud está ligada al desarrollo histórico de una nación, a su estructura económica, jurídica y política; de tal forma que el proceso salud-enfermedad es una expresión particular del proceso general de la vida social.

El derecho a la salud está consagrado en la Constitución Política del Estado y en otras disposiciones fundamentales, como el Código Nacional de Salud, el Código de Seguridad Social, el Código de Familia, el Código del Niño, Niña y Adolescente, la Ley del SUMI y en otras disposiciones conexas como la Ley de Participación Popular, la Ley de Descentralización Administrativa, la Ley del Medio Ambiente y la Ley del Diálogo 2000.

La sociedad boliviana no es la suma ni el promedio de lo observado en los individuos que la componen, en ciertos espacios sociales y territoriales del país se ha concentrado el deterioro de la salud y en el siglo XXI, miles de hombres y mujeres permanecen aún excluidos de los bienes y servicios sociales generales, sin derecho a la asistencia sanitaria y menos a la salud, discriminados por razones de género, pertenencia cultural, residencia y / o de condición social.

En este contexto, la mujer lleva la peor parte, porque está desproporcionadamente representada entre los pobres⁵ y porque la muerte de una mujer -embarazada o no-arrebata madres y deja huérfanos; además de privar a la sociedad una vida productiva. Niñas y niños menores de cinco años, presentan desnutrición crónica, continúan siendo atacados por enfermedades infecciosas que podrían prevenirse mediante la inmunización oportuna.

Asimismo, la salud de la población adulta está escasamente protegida contra afecciones que provocan pérdida de años de vida productiva y demandan grandes gastos para su atención, que podrían prevenirse mediante acciones intersectoriales de promoción y prevención de la salud.

La valoración secundaria que ha tenido la salud para la población y el Estado es una de las causas más importantes para que persista tal situación. Se ha dado más importancia a las finanzas que a la promoción, prevención y provisión de servicios de salud que todavía se consideran como gasto y no como inversión.

Es importante considerar el espectro de vida que tiene un individuo desde su nacimiento hasta su muerte pues cada etapa constituye para el Sector un desafío diferente; los determinantes de la salud se manifiestan en diferente proporción y magnitud, la respuesta sectorial debe ser diferenciada y los resultados no siempre se alcanzan.

1. Situación demográfica y social

Bolivia tiene una población de 8,4 millones de habitantes, enfrenta un proceso de transición demográfica caracterizado por la reducción en la tasa global de fecundidad, habiendo disminuido ésta de 4.8 en 1994 a 3.8 hijos por mujer en 2003 (INE-MSD, 2003). Los menores de 5 años representan el 13% de la población; los niños y adolescentes entre 5 y

⁵ Salud y equidad de género. Plan nacional 2004-2007.

14 años constituyen el 26%; la población en edad reproductiva (15-49 años) alcanza a 48% y la población 50-64 años representa el 8%; por su parte, los adultos mayores (más de 65 años) son el 4% de la población; 60% de éstos son menores de 25 años y solamente un 7% tiene 65 años o más.

Desde hace diez años, nuestro país es cada vez más urbano que rural y tiende a concentrarse en Santa Cruz, Cochabamba, El Alto y La Paz; a pesar de ello la dispersión geográfica de la población aún constituye una barrera importante al acceso a bienes y servicios de diversa naturaleza, incluidos los de salud. La distribución de la población según área de residencia y etnia, muestra que los castellano-parlantes residen mayoritariamente en el área urbana (61%), en tanto que los pueblos indígenas y originarios se concentran en el área rural (75%). Para todos los grupos excepto el de la tercera edad, la población se concentra en el área urbana; en el caso de la población de la 3ª edad, se observa que 50% de este grupo vive en áreas rurales. Existe una marcada aglomeración de la población en edad reproductiva en el área urbana

El crecimiento intercensal es cada vez mayor, consecuencia de la reducción lenta pero paulatina de la tasa promedio de mortalidad general, pero también de niveles moderados en la fecundidad. En lo que va del tercer milenio, la población boliviana crece más rápido que los recursos económicos: 2,74% contra 1,2%.

La tasa de desempleo llegó a 5,24% en todo el país, pero en áreas urbanas pasó de 8,5% en 2001 a 8,7% en 2002 debido a que la tasa de cesantía creció de 6,8% a 7,0% en el mismo periodo⁶. Considerando que la Ley de Pensiones establece que la edad de jubilación es de 65 años para hombres y de 60 años para mujeres, se puede afirmar que aproximadamente la fuerza productiva del país alcanza a 56%. El hecho que la fuerza de trabajo potencial sea mayor que la población pasiva, constituye una enorme ventaja comparativa transitoria que el país debe aprovechar de manera oportuna; sin embargo, hay que tener en cuenta que solo uno de cada dos habitantes en edad productiva cuenta con una fuente de trabajo; esto tiene que ver con las oportunidades de trabajo y, por tanto, con el desempleo oculto. Los efectos de las migraciones internas, sobre todo de la personas en edad de trabajar, ha determinado el surgimiento de poblaciones, sobre todo del área rural de los valles interandinos altos y el altiplano, en los que quedan las mujeres, los niños y ancianos, traduciéndose un contraste entre la "oportunidad demográfica" que se pueda presentar en los grandes centros urbanos o zonas de colonización del oriente, y las zonas con índices de dependencia muy altos que repercuten negativamente en la pobreza, la salud y el desarrollo.

El Índice de Desarrollo Humano, IDH, se ha incrementado en 28% entre 1975 y 1999. En 2001, el país se encontraba situado en el puesto 104 entre 162 países⁷. Sin embargo, hay grandes diferencias entre departamentos y municipios; en tanto Santa Cruz alcanzó en 2001 un índice de 0.61, Potosí llegó apenas a 0,34. El 49% de municipios tiene un IDH muy bajo, bajo el 35% y mediano el restante 16 por ciento.

⁶ INE: estadísticas

⁷ PNUD: Desarrollo Humanos en Bolivia

De acuerdo al índice de necesidades básicas insatisfechas⁸, se considera que el 58,6% de la población es pobre, pero existen grandes diferencias entre área urbana y rural, ya que en la primera la pobreza afecta al 39%, en tanto que en área rural el número de habitantes pobres se eleva hasta el 90,8%. La exclusión en salud, que se traduce directamente en mayores tasas de morbilidad y mortalidad, impacta de manera importante sobre la calidad de vida y la capacidad productiva de las personas y puede tener consecuencias graves sobre el desarrollo económico del país. Como parte del fenómeno de exclusión social, sus efectos sobre la cohesión social pueden afectar de manera negativa la estabilidad política y social de Bolivia.

Las condiciones de vida de la población boliviana, en general, son deficientes ya que el 58% de los hogares cuentan con servicios de agua y saneamiento inadecuados, el 48,3% sufre carencias de insumos energéticos, el 70,8% vive en espacios insuficientes y contruidos con materiales inadecuados.

El producto per cápita anual fue de \$us. 884 en 2002⁹, menos que la mitad del que corresponde a la Comunidad Andina de Naciones. En ese mismo año, el ingreso per cápita promedio del 10% de la población con mayores ingresos fue 25 veces más alto que el ingreso per cápita promedio del 10% de la población más pobre. La nutrición adecuada en la niñez tiene un impacto crucial sobre el potencial productivo del adulto. En Bolivia, el total de niños con desnutrición crónica asciende al 27% y de ellos el 8% sufre de desnutrición crónica severa. La malnutrición es otra expresión de nutrición inadecuada; la anemia es una forma de malnutrición que se considera grave debido a que tiene serias consecuencias sobre el rendimiento en las actividades diarias y sobre el desarrollo físico e intelectual. Según datos de ENDSA 2003, el 51% de los niños bolivianos presenta algún grado de anemia y entre los niños entre 10 y 11 meses, este porcentaje se eleva al 89%.

Se estima que el efecto de la desnutrición crónica sobre la productividad futura de los niños y niñas bolivianos ocasionará pérdidas de alrededor de 510 millones de dólares para el periodo 2000-2010.

Con datos del año 1998, se estimó que la población económicamente activa afectada por la forma crónica de la enfermedad de Chagas pierde un 25 % de su capacidad productiva. Asimismo, se ha calculado que para el año 2002, la pérdida económica asociada a la enfermedad y muerte por malaria alcanzó a alrededor de 3 millones de dólares y que se perdieron 3,386 años por enfermedad y muerte por malaria.

2.2. Determinantes de la salud

Actualmente se sabe que existen diversos factores asociados a la salud y a la enfermedad; el concepto *determinantes de la salud* se refiere a los factores básicos e influencias que definen la salud de individuos y comunidades y que además, señalan las áreas y líneas de acción en las que se requiere intervenir para mejorar las condiciones de salud de quienes habitan en un territorio específico en determinado momento histórico. Se han planteado nueve determinantes de la salud y el bienestar¹⁰:

⁸ INE: Índice de necesidades básicas insatisfechas

⁹ UDAPE:

¹⁰ Carta de Ottawa

- Ingreso y estatus social
- Red de apoyo social
- Educación
- Condiciones laborales
- Medioambiente físico
- Biología y genética
- Prácticas saludables
- Desarrollo de salud infantil
- Servicios de salud

De estas determinantes solo cuatro pueden ser intervenidas directamente por el Sector Salud y las demás pueden influirse mediante acciones de coordinación con otros sectores sociales como con sectores industriales o económicos, en una estrategia intersectorial que genere y refleje la capacidad rectora del Ministerio de Salud y Deportes en el ámbito nacional.

2.3. Perfil epidemiológico

Por lo ya mencionado, el marco general de nuestros problemas de salud tiene que ver con la crítica realidad económica y social que enfrenta el país, resultante de la acumulación histórica de la pobreza¹¹ que, a su vez, condiciona -desde hace varias décadas- un perfil de salud-enfermedad de doble carga, que afecta la productividad, el desarrollo nacional, la realización personal y colectiva de miles de mujeres y hombres que esperan una oportunidad.

Ese perfil de doble carga tiene que ver con una combinación de causas de enfermedad y muerte; junto a las enfermedades transmisibles- propias de la pobreza y el subdesarrollo-, presenciamos afecciones propias de las naciones desarrolladas, como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, y entre las causas externas, los accidentes de todo tipo, los homicidios y los suicidios que ocupan también un lugar preponderante.

Asimismo, los diez principales riesgos¹², señalados por la Organización Mundial de la Salud¹³, también nos amenazan: insuficiencia ponderal, prácticas sexuales de riesgo, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, agua insalubre, saneamiento e higiene deficientes, carencia de hierro, humo de combustibles sólidos en espacios cerrados, hipercolesterolemia y obesidad.

2.3.1. Problemas de salud en la infancia y la niñez

Se ha registrado una mejoría en la cobertura de tercera dosis en DPT y Polio, y algo menor en Sarampión, en niños de 12 a 23 meses, por lo que todavía hay problemas por pérdida

¹¹ Según UDAPE e INE, las personas que pertenecen al quintil más rico se llevan el 60,50% de los ingresos, frente a solamente el 3,01% del quintil más pobre. Asimismo, en 83 municipios, más del 81% de la población está en extrema pobreza.

¹² Riesgo: probabilidad de un resultado adverso, o la presencia de un factor que aumenta esa probabilidad.

¹³ OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana.

de oportunidades. No obstante lo anterior, en el último quinquenio ha sido duplicado el porcentaje de niños que tienen todas las vacunas (de 25,5% a 50,4%)¹⁴.

La desnutrición y la anemia siguen presentes en esta etapa de la vida, aunque los casos graves son menos frecuentes, las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas siguen siendo importantes.

Pese a que en el Sistema Nacional de Información en Salud, SNIS, no se tienen datos de violencia ejercida contra niñas y niños, por información proveniente de otras fuentes, se sabe que los casos de violencia intrafamiliar contra menores son frecuentes, llegando inclusive a la muerte de la víctima.

La mortalidad neonatal, infantil y de la niñez, pese a la reducción habida en los últimos años, muestra grandes brechas entre áreas urbana y rural y en los departamentos de Oruro y Potosí; es mayor si las madres son mujeres sin educación y cuyo espaciamento intergestacional es menor a dos años,.

La mortalidad de los recién nacidos en el primer mes de vida está comenzando a cobrar importancia debido a que cada vez mueren menos niños por encima de esa edad. La mitad de los niños que fallecen antes de cumplir un año de edad son recién nacidos que no han alcanzado el primer mes de vida.

2.3.2. Problemas de salud en adolescentes

La adolescencia, convencionalmente establecida entre los 10 y 19 años de edad, es considerada como la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, es entendida como una categoría social y culturalmente construida que explica y aborda un momento en el desarrollo humano, caracterizado por procesos de cambios psicológicos, biológicos y sociales manifestados como capacidad de pensamiento abstracto, madurez de las funciones sexuales y reproductivas, cuestionamiento o adaptación de valores y normas establecidas, construcción de valores propios, búsqueda de identidad personal y social, entre otras.

Las experiencias vividas en la infancia y la adolescencia –exclusión social, desigualdades de género, violencia- tenderán a ser reproducidas en la vida adulta. Aparte de los aspectos biológicos, son los procesos de construcción social los que generan las relaciones equitativas de género, responsabilidad intergeneracional, respeto y defensa de los derechos ciudadanos y del ámbito cultural, étnico o social en el cual se ejercen.

La mortalidad en adolescentes constituye un 3.7% de la mortalidad general, se considera que las primeras causas son accidentes, suicidios y homicidios, seguida de infecciones, complicaciones en el proceso reproductivo -embarazo, parto y puerperio-, tuberculosis y enfermedades autoinmunes.

En las adolescentes bolivianas dan las tasas de fecundidad más altas de la región. Respecto al VIH/SIDA, hasta diciembre de 2003 se registraron 1,200 casos de VIH/SIDA, de los cuales el 21% correspondieron a personas entre los 15 y 24 años de edad, siendo éste el grupo etáreo de mayor ataque.

¹⁴ INE: ENDSA 2003

Se ha incrementado el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, inhalantes y otras sustancias psicotrópicas¹⁵ en la población general y lo más alarmante es que cada vez es mas precoz la iniciación del consumo de estas sustancias.

Sólo el 5.7% de los adolescentes y jóvenes identifican *la no violencia* como un derecho. Un 32.1% admiten que son o han sido víctimas de violencia o haber participado en actos violentos¹⁶. En cuanto a la violencia sexual, se sabe que ésta se produce en diferentes espacios y bajo una diversidad de formas, siendo uno de los ámbitos de mayor riesgo la escuela: el 34% hombres y mujeres de ciclos intermedio y medio de establecimientos fiscales fueron violados, y el 6% abusados.

2.3.3. Problemas de salud en Adultos

2.3.3.1. Chagas, Malaria y Tuberculosis

Aunque las tres endemias existentes en el país -tuberculosis, malaria y Chagas- afectan a integrantes de todos los segmentos poblacionales, existe una mayor incidencia en adultos que se hallan en etapa productiva. Aunque en los últimos años han habido mejoras en la prevención y tratamiento de estas patologías, el control de la tuberculosis es y seguirá todavía lento -la tasa de incidencia de las formas pulmonar y extrapulmonar fue de 112,6 X 100 mil habitantes en 2002-; sin embargo, el porcentaje de casos curados es cada vez mayor, habiéndose llegado a un 85,1% en la cohorte de pacientes detectada en 2001. El Riesgo anual de Infección tuberculosa en Bolivia es de 0,079.¹⁷

La Malaria es endémica en nuestra amazonía, actualmente se encuentra bajo control pero el número de casos sigue siendo muy importante, aunque las formas malignas han disminuido.

Respecto a la enfermedad de Chagas, pese a que la zona endémica es muy amplia, prácticamente se ha logrado cortar el ciclo de trasmisión vectorial.

2.3.3.2. VIH/SIDA

Las personas infectadas con el VIH superan el millar. De una epidemia incipiente hemos pasado a otra concentrada en ciertos grupos de mayor riesgo, en los que la prevalencia es de 1% o más. El 52% de los casos detectados a la fecha, se dieron en personas de entre 20 a 24 años, predominando el sexo masculino.

El 76% de las mujeres en edad fértil y el 87% de los hombres de 15 a 64 años han oído hablar del SIDA; estos datos son más críticos en el área rural donde las brechas de género y pobreza son mayores que en área urbana.

Respecto a las formas de evitar el contagio del SIDA, alrededor de un 60% de hombres y mujeres consideran que el sexo con una sola pareja no infectada es una medida preventiva; usar condón es una creencia más difundida entre hombres (68%) que entre

¹⁵ ¿??

¹⁶ Encuesta de Juventudes Bolivia 2003.

¹⁷ MSPS: Estudio RAI de infección tuberculosa , Bolivia 2001

mujeres (54%). En el quintil más pobre el 10% de las mujeres creen sobre esta medida de protección y los hombres en un 20%.

2.3.3.3 Enfermedades no transmisibles

Este tipo de enfermedades son la causa principal de muerte y discapacidad en los países desarrollados; en el año 2001 ocasionaron casi el 60% de mortalidad y el 46 % de la carga mundial de morbilidad; la mayoría son prevenibles o se pueden detener mediante la detección oportuna y la reducción de los principales factores de riesgo.

Algunas de las patologías que causan mortalidad prematura son:

- Obesidad
- Enfermedades cardiovasculares que comprenden accidentes cerebro vasculares, cardiopatía isquémica e hipertensión arterial
- Cáncer, en particular el cérvico uterino y mamario en las mujeres y el cáncer de próstata en los hombres, seguidos por cánceres de pulmón, estómago y colon.
- Diabetes.

Los factores de riesgo identificados con mayor frecuencia son los relacionados a la conducta de las personas, como el consumo de tabaco y alcohol, régimen alimentario inadecuado e inactividad física.

Aunque no se dispone de estudios específicos para enfermedades del aparato circulatorio, se conoce que la tasa estandarizada de mortalidad en el año 2000 para ciudades capitales, fue de 370,3 x 100.000 habitantes (358,2 hombres y 382,6 mujeres).

2.3.3.4. Accidentes laborales

La población de trabajadores asegurada alcanza a un 16%. De las empresas afiliadas al Ministerio de Trabajo apenas un 3% cuenta con departamento de higiene y seguridad ocupacional. Datos parciales de accidentes de trabajo indican que el año 2000, en el Ministerio del Trabajo fueron registrados 500, en la Caja Nacional de Salud 1,822, en la Intendencia de Pensiones 1,000 y en el INSO 820, lo cual demuestra incumplimiento de normas; tal incongruencia se debe fundamentalmente a la deficiente distribución de las copias del formulario único de denuncias de accidentes de trabajo¹⁸.

De los accidentes de trabajo reportados a la CNS, 40 fueron fatales, es decir una tasa de letalidad muy alta, equivalente a 22 por 1000. Actualmente, muchas patologías de origen laboral no son correctamente diagnosticadas, lo que implica una subvención indirecta a la Seguridad Social por el Sector público. Más del 30% de las patologías atendidas en el Instituto de Oftalmología, en el Instituto de Quemados y en los servicios de Traumatología y de Emergencias son de origen ocupacional¹⁹.

¹⁸ Ministerio de Salud y Deportes, Organización Panamericana de la Salud. Taller de análisis del sector salud. La Paz, 29-30 de abril de 2004.

¹⁹ Idem

2.3.4. Problemas de salud en las mujeres

El 47% de las mujeres bolivianas se encuentra entre los 15 y los 49 años de edad²⁰, lo que implica que se encuentran en etapa reproductiva. De este total únicamente un 34% utiliza métodos anticonceptivos modernos.

El cáncer de cuello uterino constituye un riesgo grave para todas las mujeres y, debido a su magnitud, constituye un problema de salud pública. En Bolivia las encuestas realizadas por el Registro de Cáncer de La Paz en el periodo 1978-1982 demostraron tasas estandarizadas de 54.4 casos por 100.000 mujeres que tenían entre 35 y 64 años de edad. La incidencia de esta patología es aún mayor en otras ciudades del país como Oruro y Potosí cuyas tasas son, respectivamente, de 60.9 y 93.5 por 100.00 mujeres.

La violencia se está convirtiendo en un problema de salud pública cada vez más serio, estimándose que un 4% de todas las muertes en el mundo son producidas por violencia intencional. Y aunque es difícil obtener datos precisos, los costos de la violencia se expresan en los miles de millones de dólares que cada año se gastan en asistencia sanitaria, además de días laborales perdidos, medidas para hacer cumplir las leyes, e inversiones malogradas²¹.

En el caso de Bolivia, para el 2002 se estimó una tasa de homicidios de 8.2 x 100.000 habitantes y para el 2003 esta tasa subió a 9.4²². respecto a la violencia intrafamiliar, 7 de cada 10 mujeres casadas o convivientes reportan ser víctimas de algún tipo de violencia dentro del hogar. Según datos del Comando General de Policía, en el año 2002 se reportaron 32,692 denuncias por agresiones en el hogar, superando en un 36.1% al número de denuncias recibidas, por este mismo concepto, en el año anterior; esto puede deberse en parte a una mayor cantidad y mejor registro de las denuncias.

2.3.4.1 Problemas de salud materna

Según la ENDSA 2003, el parto en servicios de salud -que se sabe favorece la reducción de la mortalidad materna-, se ha incrementado muy poco en los cinco últimos años; persistiendo una enorme brecha entre áreas urbana y rural, además de que se presentan serios problemas de cobertura en Potosí, La Paz y Chuquisaca.

Como lo demostró un estudio reciente, la capacidad resolutive de los establecimientos de salud del sector público continúa siendo débil, ya que únicamente en el 26% de los centros de referencia (cabeceras de red) se brindan cuidados obstétricos de emergencia. Algo que nos preocupa es que de todas las muertes maternas registradas en el Censo 2001, el 40% murieron en establecimientos de salud y un 60% en su domicilio²³.

Si bien han ocurrido cambios importantes en planificación familiar, como el incremento del uso de métodos modernos, en este rubro también se evidencia una brecha, porque en

²⁰ INE: ENDSA 2003.

²¹ OMS, Informe Mundial sobre Violencia y Salud, 2003.

²² Elaboración de OPS/OMS-Bolivia en base a datos de la Policía Nacional

²³ INE: Encuesta postcensal de mortalidad materna; 2002

tanto el 37% de las no pobres utiliza algún método moderno, solamente el 17% de las pobres lo hace.

La mortalidad materna, considerada como injusticia social y una de las más grandes expresiones de inequidad en salud, continúa muy elevada. En cualquier contexto del país, incluso en los más favorecidos, el indicador se mantiene con una cifra de tres dígitos.

La razón de mortalidad materna es de 230 muertes por 100.000 nacidos vivos, esto muestra una reducción del 41% en los últimos diez años, lo que hace prever que la meta de reducción de la mortalidad materna estipulada en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas será sobrepasada por nuestro país en el año 2015.

2.3.5. Problemas de salud en Adultos mayores

Se considera adulto mayor a personas de mas de 65 años. Al llegar a esta etapa de la vida, la enfermedades más frecuentes son las degenerativas, circulatorias, cardiovasculares y osteoarticulares.

3. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR SALUD

El sistema de salud atraviesa por un momento crítico que puede determinar su colapso en el corto plazo y se manifiesta de manera general en una grave situación de exclusión en salud y de manera específica en los siguientes aspectos:

3.1. Rectoría débil

El Ministerio de Salud y Deportes tiene dificultades para la regulación de aspectos sanitarios, administrativos y financieros de la gestión de salud en los diversos subsistemas, lo cual a su vez resulta en bajo cumplimiento de las normas de atención y en falta de transparencia en los procedimientos administrativos y financieros. Ello se traduce, para la gran mayoría de la población, en barreras al acceso y en riesgos evitables en el uso de los servicios, que en muchos casos han determinado la ocurrencia de muertes innecesarias. Una resultante de la situación descrita, es la falta de confianza de la población en el sistema de salud.

Entre los principales problemas del sistema de salud en el ámbito de rectoría, se pueden señalar los siguientes:

- 3.1.1. Ausencia de una definición de los objetivos nacionales de salud y de una planificación estratégica del sector, incluyendo una estimación de los costos de las acciones de salud pública a partir de un plan general
- 3.1.2. Ausencia de un Plan Nacional de Salud, que ligado a los objetivos de desarrollo nacional, establezca las políticas, estrategias y acciones para el actual y futuro desarrollo del sector en Bolivia
- 3.1.3. Escasa implementación de mecanismos de participación y control social en los diversos niveles territoriales de gestión del sistema de salud, a pesar de la existencia de un marco legal que los establece. En el ámbito nacional de la Seguridad social de corto plazo, los Directorios de los entes gestores, conformados de manera paritaria y tripartita, cumplen esta función.
- 3.1.4. Falta de coherencia entre las funciones normativas y programáticas en los tres niveles de atención
- 3.1.5. Poca claridad en cuanto a cómo ejercer el rol rector en un modelo descentralizado de gestión (nacional, departamental y especialmente municipal).
- 3.1.6. Ausencia de mecanismos efectivos de coordinación que permitan un trabajo fluido y en equipo entre los distintos niveles.
- 3.1.7. Escasa capacidad de trabajo intersectorial para integrar otros actores en la gestión y cumplimiento de metas de salud.
- 3.1.8. Confusión y mezcla de las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión en toda la estructura del sub sistema público y privado, aunque en el subsistema de la seguridad social de corto plazo esa mezcla esta definida por la Ley 0924 en su art. 3.

- 3.1.9. Disbalance en la normativa, con exceso de normas o ausencia de ellas en diversas áreas de gestión del sistema.
- 3.1.10. Insuficiente regulación y la correspondiente fiscalización de la calidad de la provisión pública y privada.
- 3.1.11. Insuficiente regulación de los seguros privados e inadecuada regulación de los entes gestores de la seguridad social de corto plazo por los organismos pertinentes como el Ministerio de Salud y Deportes y el Instituto Nacional de Seguros de Salud – INASES.
- 3.1.12. Estructura legal insuficiente para lograr la integración armónica de los subsistemas público y privado.

3.2. Fragmentación del Sistema de Salud

Está dada por la coexistencia de muchas entidades no integradas y sin mecanismos efectivos de coordinación entre sí, donde el nivel central del Ministerio de Salud y Deportes es responsable de las políticas, programas y normas; los SEDES están a cargo de la asignación de los recursos humanos; y los municipios son dueños de la infraestructura de salud, en un escenario de divorcio entre el nivel central, el departamental y el municipal. Ello conduce a un funcionamiento caótico, desarticulado y no sistémico. La dimensión territorial de este problema se expresa en una muy baja articulación de los niveles central y departamental del MSD con los niveles municipales de administración y provisión de salud. La expresión del problema en el nivel central es una marcada falta de articulación entre los distintos jefes de programa al interior del MSD y una falta de conocimiento y utilización para la gestión de la información producida por los diversos equipos de trabajo.

3.3. Escasa capacidad de gestión

Esta deficiencia en los aspectos sanitarios, administrativos y financieros de la atención de salud, se traduce en una inadecuada asignación de los recursos físicos, humanos y financieros; en una ausencia de programas de mantenimiento y conservación; en mecanismos deficientes de supervisión y evaluación y en una reducida capacidad de ejecución.

A pesar de los grandes esfuerzos de movilización de recursos para el sector salud, éste continúa con una baja tasa de ejecución de los recursos asignados. Esto se observa tanto para los recursos nacionales como para los de la cooperación externa. Por ejemplo, en el caso de los recursos disponibles de la Cuenta Especial Diálogo 2000 para el 2002 (recursos HIPC), el 10% asignado para el sector salud (desembolsos del año mas saldos), alcanzaba a 76 millones de Bs. (US\$ 10,5 millones), de los cuales sólo se logró ejecutar el 31%.

Naturalmente, este es un desincentivo para la movilización adicional de recursos. Las causas de este fenómeno son múltiples e incluyen entre otras la rotación de los recursos humanos; la multiplicidad de formatos y procedimientos de los distintos socios; la llegada poco oportuna de los fondos de contraparte; la centralización de manejo financiero; y normas de adquisiciones de bienes y servicios muy poco ágiles, con mecanismos de compra rudimentarios que no utilizan las ventajas de la compra en base a altos volúmenes.

Otro problema existente en el área de la gestión financiera tiene que ver con la asignación de recursos, la cual tiende a seguir tendencias históricas o dependientes de distintos grupos de presión, lo que redundará en que no se traduzca en el uso más efectivo desde el punto de vista del impacto en salud. Como consecuencia de lo anterior se producen una serie de incentivos perversos en la relación con el usuario, lo que tiene además consecuencias en una gran cantidad de recursos ociosos. En este ámbito es necesario reorientar el gasto hacia modalidades más costo-efectivas, de manera que maximice su impacto en salud.

Por otra parte, la significativa dependencia de recursos de cooperación externa sumada a la falta de una orientación estratégica clara de parte de las autoridades respectivas, resulta en que las prioridades efectivas corresponden frecuentemente a las de los socios (Donor-driven) y se manejan bajo una excesiva lógica de proyectos. Este problema no es de naturaleza financiera, sino de rectoría.

Finalmente, no cabe duda que el gasto per cápita en salud (US\$ 35), es bajo comparado con el de otros países de la región, pero pareciera necesario asegurar su mejor utilización independientemente de la movilización adicional que requiere.

3.4. Escasez e inadecuada dotación de recursos humanos

Los recursos humanos operan sin una política racional de salarios e incentivos. La concentración de los recursos humanos en los centros urbanos y la alta rotación de los mismos, son variables que tienen un efecto altamente distorsionado al interior del sistema, dificultan el cumplimiento de directrices institucionales de corto y mediano plazo y hacen imposible el logro de objetivos institucionales de largo plazo.

Mediante la Ley del Diálogo 2000 se ha asignado al Sector Salud presupuesto para la contratación de 2000 ítems denominados recursos HIPC, cuyo destino fundamental debía ser el área rural, sin embargo se ha priorizado el área urbana y profesionales médicos a medio tiempo.

3.5. Segmentación del Sistema

Caracterizada por la existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación, provisión y beneficios orientados a diversos grupos de la población de acuerdo a su nivel de ingresos con una gran diferencia del gasto per capita en Salud de acuerdo al tipo de aseguramiento, En este contexto, resulta notorio que la mayoría de los afiliados a las Cajas son castellano-parlantes y pertenecen al quintil más alto de ingresos.

Una de las consecuencias más visibles de la existencia de la segmentación es la magnitud y regresividad del gasto de bolsillo en salud. En Bolivia, el 28% del gasto total en salud sale del bolsillo de las personas; para la población que se encuentra en el segundo quintil de ingresos este gasto representa el 9.3% del ingreso del hogar, lo que lo acerca a un gasto catastrófico, en tanto que para el quinto quintil (el más rico), este gasto compromete sólo el 5.2% del ingreso total del hogar. La población perteneciente al primer quintil de ingresos por su parte (la más pobre) tiene un gasto de bolsillo de 5.8% del total del ingreso del hogar,

se asocia a una fuerte contención de la demanda por salud cuya consecuencia se refleja en cifras desproporcionadamente elevadas de mortalidad para este grupo.

El Seguro Social a corto plazo brindaba cobertura, el año 2003, a un total de 2.445.893 personas, de las cuales 587.862 eran cotizantes y 1.858.031 eran beneficiarios; ello significaba un 27,72% de la población del país estimada entonces en 8.823.744 habitantes²⁴. En este subsistema, la atención incluye prácticamente todos los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento sin costo para el paciente.

3.6. Inexistencia de un modelo de Atención Intercultural

Este Modelo deberá ir más allá de aspectos parciales de medicina tradicional y ser capaz de integrar y utilizar, con respeto y en igualdad de condiciones la cultura, lengua, conocimientos prácticas occidentales y las de los pueblos originarios.

Aproximadamente 62% de la población boliviana pertenece a algún pueblo indígena u originario, siendo la mayoría aquellos de las culturas aymaras, quechuas y guaraníes. En el ámbito sanitario esta pluralidad cultural se manifiesta en múltiples concepciones de la salud-enfermedad y en la coexistencia de múltiples sistemas médicos (biomédico, indígena, popular y otros alternativos), que representan sistemas a los cuales la población recurre en forma paralela y complementaria para resolver sus problemas de salud y enfermedad.

Aún hoy, a pesar de las determinaciones legales, no se observan avances significativos en los procesos de adecuación cultural en los servicios de salud y tampoco se han producido mejorías importantes en las condiciones de marginación y pobreza en que vive una gran mayoría de los indígenas bolivianos. El avanzar en este proceso reviste una importancia estratégica en la generación de mayores niveles de cohesión social en el país.

El corolario de este escenario es una situación marcada por elevados niveles de inequidad y la existencia de elevados niveles de exclusión en salud. El 77% de la población boliviana se encuentra en la actualidad excluida en diversas formas del acceso a los bienes y servicios de salud, siendo las poblaciones más afectadas aquellas comunidades que viven en el altiplano y valles rurales. La exclusión en salud está determinada en un 60% por barreras externas y en un 40% por factores internos del sector. La dimensión interna de la exclusión, refleja las debilidades del sistema de salud.

3.7. Aseguramiento Público

Se han evaluado los dos primeros años del Seguro Universal Materno Infantil, SUMI y se ha establecido que: del total de prestaciones otorgadas, el 70% corresponden a primer nivel, el 18% al segundo y el 12% al tercer nivel; el 96% de estas prestaciones fueron otorgadas en establecimientos del subsector público, 1.1% en el seguro social de corto plazo, 2% en establecimientos de la Iglesia Católica y 1,4% en ONGs. Sin embargo aún gran parte de la población no reconoce este seguro como un derecho, en tanto otros a pesar de reconocerlo no buscan atención.

²⁴ INE. Población estimada a partir del Censo 2001

4. POLÍTICAS Y PROGRAMAS ESTRATÉGICOS

Actualmente, el cambio planteado en la Política de Salud sigue dos lineamientos:

El primero reconoce las **atribuciones** – el Qué hacer - del Sistema Único Nacional de Salud a saber:

- 1) Promoción de la Salud, mediante la participación comunitaria y la movilización social, la información y educación y la reorientación de los establecimientos de salud, para fomentar las prácticas saludables y prevenir enfermedades no transmisibles
- 2) Prevención de Riesgos, fundamentalmente en áreas de cultura de salud ambiental y el Programa Ampliado de Inmunización
- 3) Control de Enfermedades, agrupadas bajo el Escudo epidemiológico como la Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Rabia, Chagas , Tuberculosis, SIDA y las que comprometen la salud sexual y reproductiva, la salud materna e infantil, por ser éstas las que muestran el avance o retraso de la situación del país y por estar claramente identificadas con las Metas del Milenio a alcanzar.
- 4) Rehabilitación de Discapacidades
- 5) Fortalecimiento de la Rectoría:
 - a. En la gestión del Sistema Único Nacional de Salud, con miras al Aseguramiento universal, la separación de roles en la descentralización, y para garantizar que sea sostenible, efectivo y eficiente
 - b. En la gestión intersectorial, porque es indispensable sumar esfuerzos para el logro de las metas del milenio, que son objetivos comprometidos por todo el Estado Boliviano y no solo el sector Salud, y también porque existen experiencias de trabajo intersectorial positivas que deben profundizarse.

En este ámbito el rol será de articulador, sensibilizador y promotor del esfuerzo intersectorial y algunos de los sectores de mayor importancia en el proceso serán Educación, Saneamiento Básico, Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios, Asuntos Campesinos y Agropecuarios y los sectores productivos bajo la premisa de alcanzar Municipios Saludables y Productivos.

- c. En la Gestión internacional, porque Bolivia forma parte de la globalización y de los procesos de integración americanos y requiere normas que regulen los aspectos sanitarios en los tratados comerciales y de integración regional.

Esta atribución es fundamental en el proceso de reforma sectorial considerando: la Descentralización del Estado, la fragmentación y segmentación

inadecuadas del actual Sistema de Salud y el desarrollo todavía insuficiente de las Funciones esenciales de salud pública identificado en el país.

El segundo plantea la organización sistematizada de las Políticas específicas y las estrategias necesarias para dar cumplimiento a las atribuciones señaladas; en adelante se denominan **Programas Estratégicos Sectoriales**.

El logro de los resultados u objetivos será la complementación entre las atribuciones y los programas estratégicos cuyas potencialidades no se expresan por separado.

Reiterando el propósito fundamental de construir un Sistema Único Nacional de Salud sin exclusiones, que incorpore a la población indígena, originaria, a los trabajadores campesinos, a los marginados sociales de las periferias urbanas y a todos los hasta hoy excluidos del derecho a la salud, proponemos un Único Sistema Único Nacional de Salud, inclusivo, capaz de integrar al conjunto de los bolivianos en una tarea común de lograr "Salud para todos, con todos", sean estos Afro – Bolivianos, Araonas, Aymaras, Ayoreos, Baures, Cávineños, Cayubabas, Chácobos, Chimánes, Chiquitanos, Ese Ejja, Guaraníes, (Ava, Izoceño, Simba), Guarayos, Itonamas, Joaquinianos, Lecos, Machineris, Morés, Mosevenes, Movimas, Moxeños, (Trinitarios, Ignacianos), Nahuas, Pacahuaras, Paiconecas, Quechuas, Sirionós, Tacanas, Tapietes, Toromones, Urus, (Chipaya, Murato, Hiruito), Weenhayeks, Yuminahuas, Yuquis y Yuracarés, y sean estas minorías o mayorías, pues para todos, la salud es un derecho inalienable.

El Ministerio de Salud y Deportes, basado en el marco de referencia descrito, el Diagnóstico de situación de salud, el diagnóstico del Sector Salud y las demandas de salud de la población, esta empeñado en la Reforma del Sector que será conducida mediante el cumplimiento de las Funciones esenciales de salud pública como condiciones que permiten un mejor desempeño de las prácticas de salud pública.²⁵

La Política Nacional de Salud se canalizará mediante las siguientes Políticas específicas y sus respectivos Programas estratégicos sectoriales, a saber:

Extensión de la Protección Social en Salud

- **Gestión de la calidad de la atención**
- **Regulación de la entrega de servicios**

²⁵OPS, 2000.: Las Funciones esenciales de salud pública son:

1) Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población; 2) Vigilancia de la salud pública; 3) Promoción de la Salud; Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos, en salud; 5) Desarrollo de políticas y planes que apoyen los esfuerzos individuales y colectivos en salud pública y contribuyan a la rectoría nacional; 6) Regulación y fiscalización en salud pública; 7) Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud; 8) Desarrollo de los recursos Humanos; 9) Garantía de calidad de los servicios de salud; 9) Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública; 11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

- De Salud ambiental
- De Salud intercultural
- **Fortalecimiento de Redes de salud**
 - Desarrollo de los Recursos Humanos
 - Disponibilidad y equidad en el acceso a medicamentos
 - Desarrollo de la capacidad física de producción de servicios
 - Desarrollo de la capacidad de gestión
- **Medicina tradicional**
 - Acreditación de Médicos tradicionales
 - Productos de la Medicina tradicional

Gestión Institucional

- **Vigilancia y control de Medicamentos**
- **Gestión Tecnológica en Salud**
- **Inteligencia Sanitaria**
- **Control Social**
- **Gestión Administrativa Financiera y Profundización de la Descentralización**
 - Gestión Administrativa
 - Aseguramiento
 - Inversión y gasto en Salud

Deporte y Salud

4.1. Extensión de la Protección Social en Salud

4.1.1. Gestión de la Calidad en la entrega de servicios de salud

La Gestión de la calidad buscará lograr la satisfacción de los usuarios con la atención en los establecimientos de las redes de salud, que podrá alcanzarse mediante una oferta oportuna, suficiente, humanizada y segura. Para ello es necesario crear una cultura de calidad en el Sistema Único Nacional de Salud y ello esta vinculado con la satisfacción de los trabajadores con su trabajo y su institución.

Las acciones, servicios y productos que se generan desde el sector salud se desarrollarán con criterios de equidad de género, generacional e intercultural, calidad y sostenibilidad a fin de hacerlos accesibles a la población en general y en especial a los grupos más vulnerables y excluidos hasta ayer.

En el marco de un Sistema de Gestión de la Calidad se espera conformar una Consejo Nacional de Arbitraje y Conciliación Médico que permita asistir a pacientes y profesionales cuando ocurren situaciones que implican daños a las personas atribuibles al acto médico. De igual manera se desarrollarán, completarán e implementarán protocolos de atención de carácter integral para cada nivel de atención que respalden el trabajo profesional de los equipos de salud. El elemento jurídico inmerso en este tema será la Ley del ejercicio profesional en Salud.

Se dará prioridad a la Investigación sobre situación de salud de los pueblos indígenas considerando variables epidemiológicas, demográficas y socioculturales; análisis de la

oferta y demanda de los servicios de salud occidentales y tradicionales; estudios que aporten el desarrollo de la interculturalidad en salud.

En el marco de la interculturalidad y la prioridad de atención a pueblos indígenas y originarios, se incorporarán facilitadores interculturales y se habilitarán oficinas en establecimientos de salud de comunidades que lo requieran; se generarán sistemas de información adecuados culturalmente.

En el marco de la gestión de salud intercultural se desarrollarán encuentros de autoridades regionales y locales con comunidades indígenas; la producción de material educativo será apropiada socio culturalmente; se difundirán publicaciones técnicas sobre Salud y Pueblos Indígenas y se fomentará su inserción en medios de comunicación masiva; Se dará gran importancia a la Información de derechos del usuario.

4.1.1.1. Servicios Preventivos

Para realizar acciones de Promoción de salud, prevención de riesgos, diagnóstico y tratamiento y de rehabilitación, en un sistema descentralizado, se desarrollará en el MSD la capacidad de regulación de la entrega de esos servicios, bajo los principios de la atención primaria de salud y recuperando la salud como el fundamento y eje articulador de la política, sin desmedro del manejo de enfermos, indispensable en la transición epidemiológica que atraviesa nuestro país.

La Promoción de salud tiene por objetivo desarrollar una cultura de salud en individuos, familias y comunidades para contribuir al bienestar general. Para ello se trabaja en tres ámbitos, a saber:

- Participación comunitaria y movilización social sobre la base del trabajo con Redes Sociales.
- Información y Educación para la salud y promoción de una vida sana
- Reorientación de los servicios de salud para enfatizar en la promoción y prevención

Se promoverá la salud ocupacional y el trabajo con empresas e industrias para mejorar la seguridad industrial y la higiene ambiental. También se desarrollarán esfuerzos intersectoriales en el marco de la seguridad alimentaria, bajo liderazgo del sector Salud.

Se reforzará el trabajo de coordinación con los sectores de Saneamiento básico, Vivienda, Asuntos Indígenas, Educación, Participación popular y otros, para mejorar las estrategias de control de enfermedades en zonas endémicas de Chagas, Malaria, Dengue y otras patologías emergentes y re emergentes y también de enfermedades transmitidas por agua y alimentos; esta coordinación intersectorial involucrará a los Municipios en el propósito de lograr verdaderos "Municipios Saludables".

Se profundizará los procesos de descentralización del control de enfermedades y de la gestión del personal vinculado a las tareas de campo en esta materia.

Se fortalecerá y ampliará el Programa Ampliado de Inmunización con el objetivo de eliminar las enfermedades inmunoprevenibles aún existentes y evitar la reinstalación de las ya erradicadas.

La ampliación de la cobertura de los servicios, basada en la Atención Primaria de Salud, dará prioridad a acciones de salud pública, vigilancia y educación en salud para promover hábitos, prácticas y conductas saludables.

La vigilancia y el control de riesgos y enfermedades desarrollan acciones operativas comunes, mismas que, de ser posible, serán integradas. Se promoverán investigaciones y estudios que orienten las políticas de control, además se fortalecerán las capacidades regionales y locales del sistema de salud y medicina tradicional para la toma de decisiones oportunas de control y prevención. Se coordinará estrechamente con la red de laboratorios. Se motivará y promoverá el compromiso de las Prefecturas y Municipios en la vigilancia y control, apoyados en las redes sociales.

Se promoverá el deporte como instrumento para el desarrollo de la salud física y mental, en todos los períodos del ciclo de vida, culminando en la tercera edad. Se abordará la violencia desde su reconocimiento, denuncia y la mitigación de sus consecuencias, haciendo especial énfasis en aspectos referentes a la interculturalidad en tanto ésta puede facilitar la inclusión social.

El enfoque de las enfermedades no transmisibles como por ejemplo la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad, el alcoholismo y el tabaquismo esta basado en que ellas se pueden prevenir con actitudes saludables y la práctica de actividad física regular y controlada. El perfil de transición epidemiológica nos muestra una importante presencia de estas patologías en nuestra sociedad, algunas ligadas a pautas culturales que las hacen difíciles de cambiar.

En el marco de la Seguridad Alimentaria se harán los mayores esfuerzos de coordinación intersectorial e interinstitucional para promover una mejor alimentación desde antes del nacimiento y hasta los tres primeros años de vida y prevenir la desnutrición, tema en el cual no hemos logrado ningún cambio positivo importante en la última década.

Este será además uno de los temas que nos permita vincular más la salud con la productividad y fundamentalmente con el desarrollo de la producción local de alimentos, la microempresa y la generación de ingreso para las familias rurales, vinculada con la participación municipal en la comercialización y programas de complementación alimentaria.

4.1.1.2. Servicios Asistenciales y Docentes

Se extenderá la atención mediante brigadas móviles de salud en municipios y comunidades rurales seleccionados por sus niveles de pobreza, dificultades de acceso, **alta dispersión poblacional y por su composición mayoritariamente indígena, originaria y campesina**, esperando alcanzar a aproximadamente 360,000 habitantes en 2,400 comunidades de Bolivia. Se realizarán operativos en comunidades de bajo acceso y se aumentarán las visitas a comunidades de difícil accesibilidad.

El propósito de esta regulación es alcanzar uniformemente en todo el país las metas de control de enfermedades como la Tuberculosis, Malaria, Chagas, VIH/ SIDA, así como la eliminación de las enfermedades inmuno prevenibles.

4.1.3. Fortalecimiento de redes de salud

Este programa es compartido entre el Ministerio de Salud y Deportes, las Prefecturas departamentales y los Gobiernos Municipales pues a estos últimos les corresponde desarrollar la infraestructura de salud, a las Prefecturas la gestión de los recursos humanos y al ámbito ministerial, la normativa y regulación del conjunto.

El propósito fundamental es crear una capacidad física de producción de servicios de salud, equitativa en los nueve departamentos del país, complementada con recursos humanos idóneos y comprometidos con los enfoques sectoriales de respeto a la vida, el derecho a la salud y la seguridad humana y con ello mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud organizados en redes de salud²⁶ de diferente nivel de complejidad, integrados mediante un sistema de referencia efectivo.

4.1.3.1. Desarrollo de Recursos Humanos

Los recursos humanos son el componente más importante en el funcionamiento del sistema y el elemento estratégico decisivo para el desarrollo de las estrategias orientadas a lograr la garantía calidad y de cobertura universal. Por ello se hace imprescindible el desarrollo de una política racional de sueldos e incentivos, el mejoramiento de su calidad técnica, el aumento de su capacidad de gestión y su adecuada dotación en la red de salud.

La política debe facilitar la calificación del desempeño de los Recursos Humanos, con innovación tecnológica, ética y servicio. El desarrollo de un sistema integrado para la gestión estratégica de los Recursos Humanos, el desarrollo de un modelo educativo de educación permanente en servicio, el desarrollo de un modelo tecnológico para la educación continúa, así como el contar con un sistema de evaluación y monitoreo de procesos de capacitación de recursos humanos, forman parte de esta orientación estratégica de desarrollo de los recursos humanos.

Es muy sensible en el desarrollo de los recursos humanos la educación permanente en servicio, por las ventajas comparativas que ofrece para un abordaje integral, que promueva cambios en prácticas y actitudes, basadas en el fortalecimiento de autoestima y empoderamiento de las/los sujetos individuales y colectivos, que redundan en un desempeño innovador, ético y de servicio, es decir se trata de que los recursos humanos de salud se sientan protagonistas del cambio y tomen conciencia de su rol como garantes del derecho a la salud.

Este componente se planificará mediante la capacitación en servicios, y el fortalecimiento de las instancias de enseñanza e investigación en los establecimientos de los niveles I, II, III y IV - y al cual volcarán paulatinamente los recursos destinados al tema - y también

²⁶ **MSyD: “Modelo de Desarrollo de –Redes de Salud”.** Una red de salud es un conjunto de establecimientos y servicios de salud de diferentes niveles de organización y de todos los subsectores de salud, interdependientes y articulados entre sí y con las redes sociales mediante sistemas de interconexión, normas y procedimientos. Estas redes desarrollan actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dentro de un territorio y para una población determinados. La capacidad resolutive de cada nivel de organización es la capacidad de diagnosticar y tratar problemas de salud conforme al conocimiento y la tecnología a su alcance y el asegurar el mantenimiento de la vida mientras el paciente es transferido a un nivel de mayor complejidad tecnológica o de conocimientos especializados.

mediante procesos de sensibilización y capacitación a equipos de salud sobre enfoque intercultural y estrategias de trabajo con población indígena; la Incorporación al equipo de trabajo de profesionales de las ciencias sociales (antropólogos y/ o sociólogos); el desarrollo de modelos educativos innovadores con enfoque intercultural y el desarrollo de intercambio de experiencias educativas.

La política de RRHH en Salud será consensuada con el Ministerio de Educación y las instituciones, formadoras – sean universidades públicas o privadas, escuelas de salud e Institutos técnicos - con miras a establecer el marco regulador que defina las orientaciones del currículum de formación de los diferentes tipos y categorías de personal, los ámbitos de formación más adecuados a este propósito, los mecanismos de selección y egreso y el desarrollo de la formación de postgrado, en un proceso que permitan recuperar la esencia de la Integración docente Asistencial y fortalecerla en beneficio de ambas instituciones y fundamentalmente del la población.

4.1.2.2. Desarrollo de la Infraestructura y equipamiento

Se desarrollará normativa para ampliar la capacidad física en sus componentes de infraestructura y equipamiento, priorizando los niveles de atención I y II, en áreas rurales, para entregar servicios promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación; se dará especial importancia al fortalecimiento de los Centros materno infantiles. El propósito es fomentar la elaboración de Planes Maestros de infraestructura, equipamiento y de mantenimiento de equipos que faciliten el proceso de regulación y rectoría.

Se reconocen tres tipos de redes de servicios de salud: 1) La red municipal, conformada por uno o varios establecimientos de primer nivel, uno de segundo nivel y un establecimiento de referencia de mayor complejidad. 2) La red departamental, integrada por redes municipales y por establecimientos de tercer nivel de complejidad y 3) La red nacional, compuesta por los Institutos Nacionales de Salud y las redes departamentales.

4.1.2.3. Disponibilidad y equidad de acceso a medicamentos

Los medicamentos constituyen un insumo terapéutico esencial para el Sistema Único Nacional de Salud, por lo que asegurar el acceso y disponibilidad es quizá el reto más complejo para el sector público y privado, es así que en el Ministerio de Salud y Deportes considera prioritario ampliar el acceso a los mismos como parte del cumplimiento del derecho fundamental a la salud.

Para enfrentar este desafío, se pondrán en práctica planes de acciones colectivas e integradas a los procesos de armonización que se están desarrollando en la región de las Américas y en concordancia con las políticas planteadas a nivel de la Comunidad Andina de Naciones y el MERCOSUR, entre otras.

Una estrategia de integración cultural serán las boticas comunales con participación comunitaria que permitirán el acceso a medicamentos básicos en los lugares más alejados

4.1.2.4. Medicina tradicional

El Ministerio de Salud y Deportes, impulsará en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud acciones dirigidas a la promoción, acreditación y fortalecimiento de la medicina tradicional, así como su desarrollo científico y técnico, mediante normas establecidas con la participación de los interesados y las respectivas organizaciones matrices a nivel nacional, departamental y local.

Por tanto, se reconoce y se resguardará – en propiedad intelectual -el valor de las terapias tradicionales utilizadas por la población mediante la incorporación de medicamentos tradicionales y naturales en los listados básicos de la red de servicios de salud, en el marco de la adecuación intercultural.

Se desarrollarán planes de trabajo para definir un Programa de medicina tradicional con participación de todos los sectores involucrados y se apoyará la difusión y operativización del mismo; también se desarrollará un plan de seguimiento y evaluación de los procesos de implementación.

4.2. Gestión Institucional

El Ministerio de Salud y Deportes fortalecerá su capacidad de rectoría en el Sistema Único Nacional de Salud, en el contexto intersectorial y también en el ámbito Internacional dado el proceso de Globalización que involucra de manera importante el quehacer de salud. En tal sentido se armonizará y completará el marco jurídico necesario para lograr la sostenibilidad de la Política de Salud, la regulación del Sistema Único Nacional de Salud y para ejercer mayor control y fiscalización como autoridad sanitaria superior; con ello se espera crear una cultura institucional de eficiencia, idoneidad, ética sanitaria y respeto cultural.

Una tarea fundamental será la elaboración del Plan estratégico de Salud para el periodo 2005 – 2007, la aplicación del Modelo de Atención y la institucionalización de los cargos técnicos, como una medida de transparencia en la gestión, aprovechamiento de los recursos humanos más calificados, y para fortalecer la solvencia técnica institucional .

Otro mecanismo de fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud y Deportes se dará mediante la promulgación y aplicación de la Ley de Salud y la modificación del Código Sanitario, la Ley del Ejercicio profesional médico.

4.2.1. Vigilancia y control de medicamentos

Es esencial para el país garantizar la calidad de los medicamentos que se comercializan en el territorio nacional, tanto para asegurar la atención a la población como para participar y competir en el contexto latinoamericano y mercados extranjeros.

Para ello se ha desarrollado un Sistema de Vigilancia y Control de Medicamentos como parte del ejercicio de la rectoría nacional del Ministerio de Salud y Deportes, que efectuará un estricto control para evitar la venta de productos de contrabando.

4.2.2. Gestión Tecnológica en salud

Considerando la carencias de líneas y directrices de carácter nacional para el desarrollo de una tecnología en salud acorde a la realidad nacional, el Ministerio de Salud y Deportes considera prioritario establecer una política nacional que incluya tecnologías de promoción, prevención y protección, así como tecnologías asistenciales y de apoyo enfocadas particularmente a la atención a las personas.

En este contexto de descentralización, el Ministerio de Salud y Deportes normará e implementará políticas de regulación de uso y adquisición de tecnología médica y equipos con criterios técnicos de selección, programación, evaluación, asignación y mantenimiento tanto preventivo como correctivo, incluso para donaciones de equipos e insumos médicos.

Puesto que en los procesos referidos a tecnología de salud deben participar múltiples actores y sectores, se ha considerado generar núcleos de trabajo y de apoyo al desarrollo de la política nacional de tecnología en salud junto con universidades, escuelas técnicas, cooperación internacional y ONGs especializadas en el área de salud, buscando permanentemente la participación activa de los Gobiernos Municipales a fin de lograr la racionalización y utilización apropiada de los recursos con los que cuenta el país.

4.2.3. Inteligencia Sanitaria

Para el Ministerio de Salud y Deportes, las redes de servicios y la colectividad, la información en salud y la vigilancia epidemiológica y el fomento a la investigación constituyen tareas fundamentales, porque permiten dar seguimiento, evaluar las acciones y las políticas y, en definitiva, asumir decisiones.

Se hará énfasis en el control de calidad de la información, en la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes de tránsito, en el registro y procesamiento de las causas de muerte y en la instalación y puesta en funcionamiento de salas de análisis de situación de salud en el nivel departamental y municipal.

Se ampliará el registro en el Sistema Nacional de Información en Salud a todas las instituciones y establecimientos de salud del sector privado, el Seguro Social de corto plazo y las ONG; de igual manera, todos los programas nacionales y los establecimientos de salud de todos los prestadores sin distinción de niveles de atención generarán información al SNIS, el que será alimentado con recursos tecnológicos y conocimiento propios de la disciplina informática, a fin de que permita la adopción de decisiones y la vigilancia epidemiológica mediante la generación de información confiable, oportuna y amigable.

Con el propósito de mejorar el registro y notificación de defunciones, otorgándole confiabilidad, veracidad y oportunidad, todo el Sistema Único Nacional de Salud utilizará con carácter obligatorio el Certificado Médico Único de Defunción.

Se promoverá más investigaciones pertinentes con las prioridades nacionales en los ámbitos de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales especializados o Generales, ya sean éstas de carácter clínico, epidemiológico, de economía de salud y/ o antropología social, o para identificar los costos de los diversos seguros y modalidades de prestación de servicios

a nivel público y su potencialidad de ampliación de cobertura a través de mecanismos de solidaridad y otras formas de financiamiento.

4.2.4. Control y Gestión Social

Se desarrollará una amplia estrategia de relacionamiento intersectorial para involucrar a otros sectores en el logro de salud, basados en las determinantes mencionadas y el índice de exclusión en salud elaborado en nuestro país. El propósito inicial será de incorporar en los planes estratégicos sectoriales de Educación, Servicios y Obras Públicas, Agricultura, Asuntos Campesinos y agropecuarios, Desarrollo Sostenible, Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios, pero también del Ministerio de Hacienda y del área económica, las metas del milenio, como metas a las que deben claramente contribuir y medir cuál será su aporte.

Una demanda surgida en el Diálogo Nacional de Salud ha sido la creación de los Consejos Nacional y Departamentales de Salud ; esta será una tarea que iniciaremos en forma participativa y a fin de establecer mecanismos que puedan ser sostenibles y efectivos.

Se incentivará la participación comunitaria para la salud mediante Diálogos comunales con comunidades indígenas para la identificación de necesidades y demandas en salud; la Planificación, evaluación e intercambio de experiencias; el apoyo a proyectos locales de promoción de la salud, ejecutados por organizaciones indígenas, equipos de salud e intersectoriales.

La vigencia del régimen democrático en nuestro país desde 1982, va aparejada con importantes transformaciones de las instituciones del Estado que delimitaron nuevos escenarios participativos. Así, las Leyes de Participación Popular y la de Descentralización Administrativa otorgan un rol protagónico a los Gobiernos Municipales asignándoles nuevas funciones, responsabilidades y competencias sobre la gestión de la infraestructura, equipamiento, servicios y funcionamiento de los establecimientos en salud. Asimismo, define los recursos de la participación popular o de la coparticipación tributaria provenientes de las rentas nacionales en relación con el número de habitantes de cada jurisdicción municipal.

Dentro del contexto municipal, la gestión en salud obliga a concertaciones con autoridades municipales y representantes de la comunidad con objeto de asegurar la continuidad y mejoramiento de los servicios de salud, aspecto que ha quedado plasmado en la denominada Ley SUMI, mediante la cual se crean los Directorios Locales de Salud, DILOS, como máxima autoridad en el ámbito municipal.

Este conjunto de leyes y sus correspondientes reglamentaciones marcan una nueva visión en el campo sectorial de la salud, generando nuevas competencias, obligaciones y responsabilidades a cuatro actores fundamentales - Ministerio de Salud y Deportes, Prefectura – SEDES, Gobiernos Municipales y Sociedad Civil - generando una corresponsabilidad en la gestión de provisión de los servicios.

El fortalecimiento de la gestión municipal en salud acercará la toma de decisiones al lugar donde se encuentran los problemas que impiden la salud y el desarrollo y será

acompañado por un ajuste de los mecanismos de transferencia, control y rendición de cuentas, en cuya ausencia se frenan muchas intervenciones.

4.2.5. Gestión administrativa financiera y profundización de la descentralización

4.2.5.1. Gestión Administrativa:

En el país está vigente la Ley 1178 - de administración del Estado, conocida como Ley SAFCO; su aplicación en todo el Sistema Único Nacional de Salud es una tarea a llevar adelante con el Ministerio de Hacienda.

En el proceso de construcción de este Sistema y de la rectoría nacional del Ministerio de Salud y Deportes hay un tema nuclear, que se destaca entre los subsistemas de la Ley SAFCO; es el que corresponde a la Gestión de personal, pues fluye en todos los demás Programas estratégicos – calidad, entrega de servicios, inteligencia sanitaria, gestión financiera, y otras – y será asumida de manera inmediata mediante un *"Proyecto de Gestión Integral de Recursos humanos"* para luego – una vez alcanzados sus objetivos - insumirse en las otras estrategias como un insumo, una norma y una forma de actuar del Sistema.

En consideración a la brecha de recursos humanos existente en el área rural, que no ha podido ser atendida eficazmente, se restituirá el Servicio Social de Salud Rural Obligatorio, ampliándolo a otras profesiones del área de salud, incluyendo las Universidades privadas, bajo una modalidad de un año de duración y con la respectiva promoción del mismo como requisito para la obtención de becas a cargo del Estado.

La magnitud de las falencias en este campo nos obliga a proponer un Proyecto de Gestión integral de recursos humanos, mediante el cual se genere la capacidad rectora del Ministerio de Salud y Deportes en el Sistema Único Nacional de Salud. Este comprenderá fundamentalmente:

- a) Inventario y Estudio de necesidades de recursos humanos.
- b) Automatización de la base de datos.
- c) Metodologías de asignación de dotación de recursos humanos.
- d) Evaluación del desempeño.
- e) Desarrollo de los componentes legales que hagan posible la implementación de la estrategia de recursos humanos.
- f) Paralelamente se desarrollará un componente de educación permanente en servicio, con apoyo de la tecnología moderna de comunicaciones al alcance en el país y mediante una organización descentralizada, que reforzará los Servicios Departamentales de Salud en su función supervisora y organizará y fortalecerá las unidades de capacitación que serán parte de los establecimientos de salud en todos los niveles de atención.

4.2.5.2 Aseguramiento

En el país coexisten los sistemas de aseguramiento público con los mediados por la Seguridad Social de corto plazo y el aseguramiento privado.

Se ha previsto ampliar la población actualmente protegida por la Seguridad Social de Corto Plazo centrando los esfuerzos en quienes se hallan más desprotegidos, incluyendo adultos mayores, población trabajadora sin dependencia salarial y personas con discapacidad, sobre la base de un financiamiento sostenible en el tiempo, mediante políticas de aseguramiento progresivo de todas las personas y bajo premisas de aseguramiento adecuadas a cada sector.

Los escasos recursos financieros disponibles plantean un gran desafío para alcanzar una mejor salud para todos, por ello es indispensable comenzar por una mayor racionalización en el uso de los recursos disponibles en el sector salud, buscando al mismo tiempo, responder con mayor eficiencia, calidad y ética profesional.

En los próximos años se tiene previsto mantener el SUMI, y el Seguro Médico Gratuito de Vejez, - luego de reajustes que reflejen mejor la equidad buscada y su sostenibilidad en ambos casos se espera ampliar la población beneficiaria, sobre todo en el área rural; ello implica por un lado el fortalecimiento de la capacidad de oferta asistencial - tanto del subsector público como de la seguridad social de corto plazo - en dicha área y en el marco de la eficiencia y delimitación de roles, y por otro lado, la búsqueda de estrategias de sostenibilidad financiera y el mejoramiento de mecanismos de afiliación.

También se propenderá a la desaparición de los Seguros delegados y al avance en el ejercicio de la libre afiliación.

De igual manera se el Ministerio de Salud y Deportes coordinará esfuerzos con Ministerio de Trabajo y las AFPS para controlar la evasión de afiliación a los Entes gestores, estimada en 350.000 personas aproximadamente que significaría una cobertura de 1,5 millones de personas más aseguradas y un 40% de población cubierta.

Todas las transformaciones propuestas se acompañarán de la creación de mecanismos de control que garantizarán una gestión transparente, eficiente, con calidad y sostenible financieramente en el tiempo.

Se implementará un programa multilingüe y multicultural de difusión y promoción de los derechos y obligaciones de los usuarios de Seguros Públicos que abarque a todos los estratos poblacionales, especialmente la población excluida y cuya producción combine los medios y trabajo presencial en justas proporciones.

4.2.5.3. Inversión y gasto en salud

La cooperación externa técnica y financiera ha contribuido mucho en Bolivia. Las agencias e instituciones que la canalizan son aliados muy valiosos. La intención es que en el *Nuevo Marco de Relacionamento*, planteado en París en 1999, esa contribución resulte mejor organizada y coordinada, para que los esfuerzos de inclusión social y extensión de cobertura constituyan una realidad. En este sentido, el marco de trabajo que se plantea es amplio, dinámico y corporativo, basado en el principio de reciprocidad y respeto.

Para el caso de las agencias que otorgan recursos o llevan adelante proyectos, es imperioso que esos recursos de la cooperación sean canalizados hacia los problemas y ámbitos prioritarios, en un esfuerzo de complementación con el estado, y que tengan un adecuado seguimiento a fin de establecer el cumplimiento de los objetivos establecidos en los convenios.

El Ministerio de Salud y Deportes ha definido un Modelo Ordenador de la Inversión cuyo fin es facilitar la Gestión por Resultados implementada desde hace algunos años por los diferentes gobiernos y que se ha ido perfeccionando paulatinamente; al momento se reconoce un valor a los compromisos de gestión, con indicadores establecidos y comunes para todos el Sistema Único Nacional de Salud. Se espera concretar un Plan Maestro de Inversiones para los próximos años además de Planes Maestros de Equipamiento y de Mantenimiento de Equipos.

Se mantendrán los instrumentos de coordinación alcanzados a la fecha que han demostrado eficacia y se han consolidado con el tiempo y el esfuerzo del personal de salud y de las agencias de cooperación; baste citar dos ejemplos, el Comité Interagencial del PAI y el Comité Interagencial de Salud CIS.

El Ministerio de Salud y Deportes ha definido adoptar el enfoque sectorial o SWAP para el alineamiento de los recursos de la cooperación externa, es un elemento fundamental de la rectoría. Los recursos de la cooperación externa serán utilizados en forma sinérgica y coordinada en función de los objetivos estratégicos del Sistema Único Nacional de Salud, con mecanismos transparentes de asignación y rendición de cuentas.

De igual manera, a medida que el Sector Salud aprende a manejar instrumentos económicos mejorará su capacidad de coordinación con los sectores del área económica del Estado para defender las demandas sectoriales de Salud, que son las de la población excluida y también de la incluida que no ha logrado satisfacción con la atención recibida.

El gasto corriente será negociado con el Ministerio de Hacienda para asegurar que el Estado asuma los costos de operación de los programas preventivos y asistenciales, así como los biológicos e insumos para la vacunación y los programas de control de enfermedades endémicas y prevalentes.

Se insistirá en lograr un incremento presupuestario para salud, asegurar la protección del gasto social como una estrategia que ha permitido al país y al sector Salud alcanzar algunas metas en el desarrollo de la salud. El gran objetivo es reforzar la idea que la salud es una inversión y no un gasto; que la salud preventiva cuesta mucho menos que la salud reparativa y que la inversión social es la que puede asegurar la productividad en un país con poca tecnología y mínima capacidad industrial.

4.2. Deporte y Salud

Uno de los grandes desafíos y a la vez oportunidades del Sector Salud es la inclusión de la cartera de Deportes en su estructura. Se ha planteado una política específica en este sentido, que trabaje en el desarrollo de las potencialidades de la población boliviana que no han podido expresarse por falta de medios e incentivos suficientes.

El valor del deporte se mide de muchas maneras pero para Salud es la mejor manera de promoverla y de generar incentivos a la práctica de hábitos saludables, actividad física, alimentación, restricción de tóxicos como tabaco, alcohol, drogas y otras ventajas. Por otra parte la práctica de actividad física regular y regulada ha demostrado ser de gran efecto en la prevención de enfermedades crónicas propias del Desarrollo que en Bolivia se empieza a presentar.

El proceso de descentralización también se aplicará a esta actividad hasta llegar a los espacios deportivos municipales como uno de los indicadores de un Municipio Saludable.

Un gran desafío para el país son los Juegos ODESUR 2006, no sólo por la necesidad de su organización sino también por la oportunidad que significa para la promoción de la salud dado el estímulo que representa esta competencia entre la población escolar, adolescente y joven. Otro factor importante a considerar es la posibilidad de preparar futuros líderes deportivos capaces de llevar adelante una cultura de salud.

EVALUACIÓN

La evaluación permite comparar los objetivos con los resultados alcanzados. Es la manera de rendir cuentas a la sociedad y establecer si la organización, el programa o el proyecto ha cumplido con el encargo social. Lo mismo para el caso de actividades como la capacitación.

La evaluación no es una formalidad. Se evaluará para determinar si es necesario realizar cambios; para mostrar que hay resultados; para motivar a los actores del proceso. Por tanto, la evaluación será, cuando menos, a la mitad y al final de un proyecto y, para el caso de las organizaciones, al concluir cada año calendario.

La evaluación será mediante compromisos de gestión e indicadores previamente fijados. También podrá ser realizada como una investigación. En todos los casos se buscará la participación de la comunidad mediante los mecanismos y actores que se consideren pertinentes.

De igual manera, el Ministerio de Salud y Deportes proporcionará informes periódicos sobre los avances de la política de salud en sus diferentes componentes; lo hará de manera formal cada cuatro meses, a las autoridades de gobierno mediante mecanismos oficiales, y a la sociedad civil y organizaciones de base a través de los medios de comunicación social y los Consejos Nacional y Departamentales de Salud a crearse. La institucionalización de los Diálogos de Salud, nacionales y departamentales, las audiencias públicas y otros mecanismos de transparencia que se han mostrado positivos a la hora de intercambiar opiniones, serán priorizados en esta política y ayudarán a evaluar la gestión institucional.