

Serie: Diálogos Sobre la Salud

5

**REFORMA DEL
SECTOR SALUD
EN BOLIVIA**

A 96 - 04232



REFORMA DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA



INICIATIVA



ILDIS

1996

A 96 - 04232



Editor: ILDIS

**Síntesis, edición
y revisión:** Carlos Toranzo Roca

Diseño Tapa: ILDIS

Impresión:  Imp. 2000
C/222 B-300

Depósito Legal: 4-1-770-96

INDICE

Presentación	v
Reforma del sector salud en Bolivia <i>Rolando Aguirre Calderón</i>	
Comentario: <i>Javier Torres Goitia Caballero</i>	19
Debate	25

PRESENTACION

Continuamos Diálogos sobre la Salud, con la presentación del trabajo de Rolando Aguirre Calderón, discutido en el ILDIS el día 9 de mayo de 1996; estos Diálogos abren una instancia de conversación sobre un tema que aflige a todos: cómo mejorar las condiciones de salud de la población y la prestación de los servicios de salud, que para un buen porcentaje de la población son inaccesibles o remotos - por decir lo menos - y a veces inadecuados porque no toman en cuenta aspectos culturales.

Este tipo de charlas está dando lugar a repensar en forma más crítica, y muchas veces contestataria, quiénes y en qué medida son o deberían ser los responsables de la salud en el país. Y es en la medida en que se cuestiona las visiones ya establecidas de lo que es bueno para el país en términos de salud y de las opciones prácticas para cumplir con esos cometidos, que se van abriendo políticas alternativas, se definen o redefinen los problemas prioritarios y se da lugar a la expresión y movilización de opinión pública para encarar problemas de salud hasta ahora ignorados o postergados.

Por mucho tiempo, la salud ha sido de dominio casi exclusivo de los profesionales y técnicos médicos. Esta modificación del concepto salud ha llevado a una serie de sesgos, equiparando una buena atención a la salud con una buena atención médica a las enfermedades que aquejan a la población. Esta manera de enfocar la salud objetada por los salubristas desde mucho tiempo atrás comenzó a desmoronarse a partir de la Declaración de Alma Ata, que dio lugar a la globalización de la estrategia de Atención

Primaria de Salud y a la apertura de este campo a otras disciplinas que posibilitan el enriquecimiento de las políticas y de diversos programas de salud. Paradójicamente, o tal vez previsiblemente, los Diálogos sobre la Salud nos están mostrando que aún a pesar que el discurso de Atención Primaria de Salud domina el ámbito de las políticas, la práctica cotidiana de los responsables de la salud sigue con un sello medicalista. Estos coloquios y discusiones también tratan de hacer aún más evidente, el hecho ya evidente para la mayor parte de las personas vinculadas al sector salud, que la salud es mucho más que la ausencia de enfermedades y que su multicausalidad abarca aspectos tan diversos como la educación, el ingreso, el saneamiento básico y las formas de vida de una población y sobre todo el combate a la pobreza. A riesgo de redundar, es claro que estos aspectos rebasan un enfoque bio-médico y reparativo. Por todo ello, el escuchar y discutir visiones alternativas acerca de la salud es una contribución que amerita ser analizada, ajustada, cultivada y profundizada. Y es ése precisamente el afán de los Diálogos sobre la Salud: abrir a una discusión más amplia con una diversidad mayor de disciplinas y participantes.

Estos Diálogos sobre la Salud se están desarrollando en un período en el que, en virtud de ajustes y reformas, las políticas del gobierno están en pleno proceso de transformación, y la salud no se escapa de estas transformaciones. Por este motivo, los Diálogos se han convertido en una instancia de discusión de opciones para quienes formulan y evalúan políticas. Este proceso de discusión, formulación y evaluación de políticas en salud, esperamos que aporte con criterios y opiniones de diversos sectores médicos y no-médicos vinculados con el tema. Pero, más allá de esa posibilidad de descubrimiento de nuevas ideas y conceptos de análisis y captación de nuevos enfoques y preocupaciones, los Diálogos sobre la Salud están sirviendo para institucionalizar un espacio de conversación en el cual se evalúa críticamente todo aquello que por años fue el marco de referencia, el origen de parámetros indiscutidos de fe y de práctica profesional, y que ahora -fruto de la incursión de nuevos y más diversos actores en salud- se ven cuestionados y, en ciertos casos, superados.

Es en estos términos que el trabajo de Rolando Aguirre Calderón y de los demás profesionales que participan en los Diálogos sobre la Salud, nos muestran la fuerza de nuevos análisis e ideas que abren una nueva ventana de oportunidad para el Gobierno y para la sociedad, aquella de incluir en la agenda de reformas la necesidad de una Reforma en Salud. Justamente para recuperar todo esa temática, Iniciativa⁽¹⁾ e ILDIS han aunado sus esfuerzos para escudriñar los problemas de la Salud, y si es posible para rescatar ideas que sugieran cuáles deben ser las políticas a seguir.

Hugo Loaiza
Secretario Ejecutivo de Iniciativa

Thomas Manz
Director del ILDIS

La Paz, julio, 1996

⁽¹⁾ Iniciativa Para la Reforma de Políticas de Financiamiento en Salud. Proyecto de Apoyo Técnico para la Reforma de Políticas de Financiamiento en Salud (AID-511-0616).

Reforma
del Sector Salud
en Bolivia

REFORMA DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA

Rolando Aguirre Calderón

LOS CAMBIOS SOCIALES EN BOLIVIA

Después de 171 años de vida republicana, el 42% de la población boliviana vive en comunidades dispersas en el área rural con grandes limitaciones en el orden económico, de acceso a los servicios básicos, a la salud y a la educación. Estas comunidades han sobrevivido a los largo de varios siglos, primero, a la explotación colonial y, luego, a la injusticia republicana. Muchas de ellas se han visto obligadas a emigrar a las capitales de departamento en búsqueda de la satisfacción de sus necesidades más básicas, encontrando solamente hacinamiento en los suburbios urbanos de las tres principales ciudades capitales de departamento.

La acelerada migración campo - ciudad, asociada a la incapacidad propia que tienen las ciudades para generar empleo, origina un núcleo de acumulación de pobreza que ha venido alimentando los cordones urbano-marginales, la desocupación encubierta y el aumento persistente del desempleo. Los ingresos reducidos, la ocupación inestable, las actividades de baja productividad, y el incremento de la economía informal, son los síntomas que muestran el grado de subutilización de la fuerza de trabajo, el deterioro de la calidad y el abandono del capital humano de nuestro país.

Los problemas mencionados tienen una raíz común y representan bastiones de la misma causa: la lucha contra la exclusión y la pobreza. Ante esta situación social y económica del país, se ha planteado en los últimos años la necesidad de lograr una administración descentralizada, como una legítima demanda de la población para participar en las decisiones políticas, las soluciones administrativas y la distribución de los recursos económicos, tal vez no como el único, pero sí como el mejor recurso contra la inequidad.

En esta perspectiva, Bolivia ha decidido la ineludible tarea de facilitar la participación política, económica y administrativa del conjunto de la ciudadanía, articulando los actores públicos (Gobiernos Municipales) y los civiles (vecinos en las ciudades o comunarios en las zonas rurales), en un nuevo escenario de encuentro, el municipio.

De esta manera, la organización municipal y el reconocimiento de las formas, usos y costumbres de la sociedad civil, representan un imperativo para transformar al Estado; los Gobiernos Municipales, como los canales de la participación a través de una descentralización política y económica para la atención de los servicios públicos, y las organizaciones territoriales que pertenecen a la base de la sociedad civil, como sus interlocutores más próximos.

Los municipios cuentan con recursos propios y con competencias suficientes para responder a las necesidades básicas en todo el país; sin embargo, sus competencias no sobrepasan los recursos asignados.

En lo concerniente a los mecanismos institucionales de expresión de la sociedad civil, además de reconocerse a las organizaciones de base, urbanas y rurales, se las articula a través del concepto de participación popular, que permite ampliar considerablemente la base ciudadana en la utilización de los recursos, el aprovechamiento de las oportunidades, la orientación de la planificación pública, y el desarrollo de las potencialidades humanas y ecológicas. Este proceso de participación popular marca

por sí mismo la puesta en marcha de una profunda reforma social en Bolivia.

LEY DE PARTICIPACION POPULAR.

Promulgada el 20 de abril de 1994, constituye el contexto jurídico del proceso, comprendiendo radicales transformaciones políticas, económicas, administrativas y sociales, expresadas en las siguientes disposiciones:

Descentralización del sector público, a través de la constitución de Gobiernos Municipales autónomos, con competencias ampliadas en las áreas de salud, educación, deportes, cultura y caminos vecinales, y con recursos incrementados, originados en la distribución, entre 311 municipios, del 20% de los impuestos nacionales recaudados y de la transferencia del dominio exclusivo municipal de los impuestos a los inmuebles, propiedad rural, vehículos, motonaves y aeronaves.

Participación de la sociedad civil, a través del reconocimiento de la personalidad jurídica de las comunidades indígenas y campesinas del área rural, y de las juntas vecinales en el área urbana, reconociéndoles el derecho a orientar la administración municipal, por intermedio de sus instituciones y de los Comités de Vigilancia, creados por cada cantón o distrito perteneciente a la jurisdicción del respectivo municipio.

Para aplicar las normas de la Ley de Participación Popular, el Poder Ejecutivo promulgó los siguientes decretos reglamentarios:

Decreto Supremo No. 23813 de 1 de julio de 1994, que reglamenta los Aspectos Económicos y Patrimoniales de la Ley de Participación Popular. En el mismo se establecen el sistema y procedimiento de distribución de participación municipal en los impuestos nacionales, la creación de un fondo de compensación para los departamentos que no perciben regalías, las disposiciones que deben cumplir los presupuestos municipales, la inversión pública municipal, la transferencia de la infraestructura física de

salud, educación, deportes, cultura y caminos vecinales y las provisiones técnicas para la administración de los impuestos de dominio exclusivo municipal.

Decreto Supremo No. 23858, de 9 de septiembre de 1994, de los Actores de la Sociedad Civil en el Proceso de Participación Popular, que establece los mecanismos de participación de población a partir del registro de la Personalidad Jurídica, constitución y funcionamiento de los Comités de Vigilancia, participación de otras instituciones de la sociedad civil y la creación de distritos municipales.

Se estima que en Bolivia existen 12.000 organizaciones rurales y 8.000 juntas vecinales.

Decreto Supremo No. 23818 de 8 de julio de 1994, que constituye la Comisión de Límites para levantar los mapas provisionales de las diferentes secciones municipales y ubicar sus poblaciones, con atención a la base legal correspondiente.

Decreto supremo No. 24182 de 12 de diciembre de 1995, establece el porcentaje que los municipios deben asignar para el desarrollo humano, para acceder a los recursos departamentales y de los fondos de desarrollo. La asignación es certificada por la secretarías sectoriales.

Con estas medidas, se han definido los instrumentos políticos, económicos y administrativos, para que los Gobiernos Municipales puedan responder con oportunidad a las demandas de la sociedad civil.

LEY DE DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA.

La Ley 1654 de Descentralización Administrativa, promulgada el 28 de julio de 1995, determina la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico-administrativo no privativas del Poder Ejecutivo del nivel Central a favor de los Departamentos bajo los propósitos de establecer la estructura organizativa del Poder

Ejecutivo a nivel departamental dentro el régimen de descentralización administrativa, establecer el régimen de recursos económicos y financieros departamentales y mejorar y fortalecer la eficiencia y eficacia de la Administración Pública en la prestación de servicios en forma directa y cercana a la población.

Con este fin, la Prefectura está constituida por el Prefecto y el Consejo departamental. El Prefecto está a cargo y administra el Poder Ejecutivo a nivel departamental y entre sus atribuciones están: Administrar recursos económicos y bienes de dominio y uso departamental, formular y ejecutar planes departamentales de desarrollo económico y social, formular y ejecutar programas y proyectos de inversión pública, administrar, supervisar y controlar –por delegación del Gobierno Nacional– los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales de educación, salud y asistencia social, en el marco de las políticas y normas para la provisión de estos servicios, designar a las autoridades administrativas departamentales y gestionar créditos para inversión.

Tiene como recursos las regalías departamentales, los recursos del Fondo Compensatorio Departamental, el 25 por ciento de la recaudación efectiva del Impuesto Especial a los Hidrocarburos y sus derivados y las asignaciones consignadas en el Presupuesto General de la Nación para el gasto en servicios personales de salud, educación y asistencia social, transferencias extraordinarias, créditos y empréstitos internos y externos, recursos provenientes de enajenación de bienes, ingresos provenientes de la prestación de servicios y del usufructo de los bienes a su cargo.

El Prefecto asigna recursos para el financiamiento de programas y proyectos de inversión y ha sido transferida la administración de obras y proyectos de inversión, así como el financiamiento internacional y los pasivos de estas obras.

LA MODERNIZACIÓN DEL ESTADO Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

En 1994 a iniciativa de la Secretaría Nacional de Salud se constituyó un primer equipo que elaboró un documento de propuesta de lineamientos para la reforma de la salud, definiéndose que el objetivo de la misma sería el de consagrar plenamente el deber y el derecho a la salud de todos y cada uno de los bolivianos (entiéndase mejorar la situación de salud a través de un cambio acelerado y sostenible en los indicadores de salud), mediante el acceso universal a los servicios y el establecimiento de un sistema nacional de salud.

De entonces a la fecha, las Leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa han determinado la presencia política, económica y administrativa del Estado en todos los confines del territorio nacional, dando origen a una serie de transformaciones en los aspectos medulares del sector salud. Estas leyes pretenden la integración social en la toma de decisiones y el progreso hacia una mayor equidad en la distribución de los recursos, como contribuyentes a la gobernabilidad y democratización del Estado, la descentralización y sobre todo la participación ciudadana.

La Ley de Participación Popular representa una reforma social fundamental, donde el esfuerzo mancomunado del Estado (gobierno nacional y municipal) y el de la sociedad civil podrán otorgar a la salud el suficiente soporte que posibilite el mejoramiento de las condiciones de vida de los bolivianos, sobre todo de los grupos más vulnerables y de la población más pobre. El acceso a los recursos de coparticipación, brinda a los municipios la posibilidad de darles un uso multiplicador, al ser empleados como recursos de contraparte para el desarrollo humano ante los fondos de desarrollo, fondos de compensación, recursos departamentales y de la propia cooperación externa, ampliando las posibilidades de las inversiones en salud.

Esas leyes determinan la aparición de nuevos actores y la estructuración de nuevos escenarios, configurando una transformación de los servicios públicos; por lo tanto, se establece una nueva relación entre el Estado y la sociedad, donde los

gobiernos municipales adquieren nuevas competencias, y los ciudadanos asumen la responsabilidad del control social. La sola aplicación de estas leyes da lugar a una reforma del sector salud, en lo que respecta a los roles, las competencias, la territorialización, la gestión de los servicios y las fuentes de financiamiento.

Ante esta nueva realidad, donde las premisas de participación y descentralización deben acompañar a los conceptos de equidad, eficiencia y calidad, para dar respuestas efectivas a la nueva situación creada, corresponde el diseño y la ejecución de un modelo que posibilite la organización de un Sistema Nacional de Salud, con el propósito de lograr solidaridad y universalidad en el acceso a los servicios y la cobertura a la población, de manera paralela a los trascendentales cambios que viven el Estado, la sociedad y la economía nacional.

La definición de un nuevo modelo sanitario, determina la constitución del Sistema Público Descentralizado y Participativo de Salud, con el propósito de cumplir con las transformaciones que definen las Leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa y, por lo tanto, dar inicio al proceso de reforma del sector.

El *nuevo modelo sanitario holiviano* descentraliza la gestión de salud hasta el nivel de la jurisdicción municipal, institucionaliza la participación popular en todos los niveles de gestión y prestación de los servicios de salud, modifica las estructuras del sector así como los estilos de gestión.

Las fuentes de financiamiento han sido ampliadas, y se establecen los flujos financieros para la asignación y uso racional de los recursos destinados a la inversión y a la prestación de servicios de salud.

Para lograr estos propósitos se han diseñado los siguientes instrumentos:

* El *Modelo de Atención*, que determina las acciones destinadas a satisfacer las necesidades de salud de la población, señalando las

prioridades nacionales y locales, basadas en la estrategia de atención primaria.

* La *organización de los servicios de salud*, que define la prestación de servicios a partir del Centro de Salud como eje del sistema de salud y mediante la conformación de una red de servicios que posibilitan la gestión sectorial y la gestión compartida.

* La *gestión sectorial*, que permite la administración de las políticas y normas técnicas para la prestación de servicios, definiendo las competencias del nivel central y las delegadas a la Prefectura en el ámbito departamental y municipal.

* La *gestión compartida con participación popular*, que es el ejercicio de la responsabilidad conjunta entre el Gobierno Municipal, la Prefectura, la Secretaría Nacional de Salud y las organizaciones vecinales, comunidades campesinas y/o pueblos indígenas, para la prestación de servicios de salud, en el propósito de comprometer recursos para el logro de las metas establecidas en el modelo de atención, a través de la constitución de Directorios Locales de Salud.

A estos efectos, el nuevo modelo sanitario boliviano está orientado a profundizar el cambio de las relaciones entre el Estado y la sociedad, entre éstos y los proveedores y la articulación entre los participantes involucrados en las prestaciones de salud.

Bolivia tiene una amplia experiencia del denominado sector informal, donde la atención ambulatoria, el autotratamiento, la prevención personal, familiar o comunitaria son ampliamente practicados, por lo que corresponde identificar los medios para que estas prácticas sean integradas con legitimidad propia en el sistema nacional de salud. Un similar tratamiento requiere la medicina tradicional, cuya valorización exquisita en cultura y experiencias no puede estar al margen del sistema, ya que gran parte de los bolivianos confía, cree y acude a ella para demandar atención. Esta estrategia, además de ser altamente eficiente, podría ser una herramienta básica para la contención de los costos de la salud.

La conducción del Sistema Nacional de Salud, además de su fortalecimiento, requiere de la generación de experiencia en materia de regulación de los subsistemas de financiamiento y de prestaciones. Por ello, se ha considerado la ampliación del actual sistema de seguro a corto plazo mediante el establecimiento del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez que oferta un paquete básico destinado a cubrir las contingencias del embarazo y el parto y la atención de niños con diarrea y neumonía.

El financiamiento de la salud pública y la extensión de la atención primaria a zonas de extrema pobreza no podrán estar al margen de la reforma, porque la salud, entendida como bien público, siempre será objeto del financiamiento de origen fiscal. Sin embargo, debe buscarse la incorporación de recursos de solidaridad y de recursos fiscales provenientes de la participación popular a fin de lograr una efectiva y permanente atención que no debe limitarse a los servicios de salud en detrimento de la prevención y de la promoción. Bajo este concepto, el financiamiento del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez corresponde a los Municipios que, mediante un convenio expreso con la Secretaría Nacional de Salud, realizan una asignación del 3 por ciento de los recursos de coparticipación que por Ley recibe cada Municipio (Cada Municipio dispone de recursos de coparticipación de los cuales el 10% está destinado a gasto corriente y el 90% a inversión y producción; de este porcentaje se deduce su participación en el Seguro mencionado).

PROPUESTA PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

La reforma del sector salud es un proceso de cambios estructurales en lo político, técnico y administrativo que luego de la aprobación y ejecución de las dos leyes mencionadas y de la aprobación del Decreto Supremo 24237 que pone en vigencia el nuevo modelo sanitario y del Decreto 24303 que establece el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, requiere la realización de una serie de estudios destinados a identificar las futuras intervenciones que conducirán a mejorar, o en su caso reformular, la estrategia del sector salud con el propósito de lograr constituir un

sistema de salud descentralizado y participativo, integral, accesible, solidario, equitativo, eficiente y de calidad.

El desarrollo de la estrategia de salud incluye las siguientes áreas:

Desarrollo de un modelo de atención de salud

Sobre la base de información epidemiológica de morbi-mortalidad en Bolivia complementada por estudios adicionales, el modelo de atención incluye la definición de los problemas prioritarios de salud a ser abordados y la combinación de servicios a ser ofertados en cada nivel de atención, así como la interrelación entre los tres niveles de atención, incluyendo la organización del subsistema de referencias.

Definición de un paquete básico

Una vez identificadas las necesidades prioritarias de la atención de salud, se organiza la oferta mediante la definición de un paquete de servicios básicos, diferenciado por grupos de edad y de mayor riesgo de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales así como las áreas urbanas y rurales. Se cuenta con un primer paquete básico que podrá ser ampliado a otras prestaciones en la medida que se garantice su financiamiento y se logre una mayor experiencia en la administración de este paquete, correspondiente al embarazo, parto y atención de menores de 5 años.

Descentralización del sector salud

En aplicación de las Leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa y a fin de identificar e iniciar los pasos necesarios para lograr un sistema público de salud descentralizado y participativo, a nivel local, departamental y central, corresponde identificar la capacidad de las estructuras

existentes para adaptarse al nuevo marco legal, determinando las funciones de cada una de las instancias administrativas del sector, definiendo su composición, estableciendo estatutos en un proceso de reingeniería del nivel central y de las Direcciones Departamentales de Salud. La constitución de los Directorios Locales de Salud y la suscripción de convenios entre la Secretaría Nacional de Salud, los municipios y los proveedores de servicios (Iglesia, ONGs, seguridad social y privados), marcan el inicio de la diferenciación entre los financiadores y los proveedores de salud.

Fortalecimiento del sector salud

La identificación de las necesidades de atención de salud determina el desarrollo de programas y proyectos que tengan la mayor posibilidad de disminuir la elevada morbi-mortalidad entre los grupos de mayor riesgo y, por lo tanto, se otorga una alta prioridad a la asignación de recursos durante los próximos años.

El subsistema de administración de personal de salud, comprende la formulación de una carrera funcionaria y de procesos claros en el transcurso de la misma, así como la definición de incentivos y mecanismos necesarios para mejorar el desempeño del personal.

Del mismo modo, se fortalecen las instancias administrativas del sector en el área de diagnóstico de necesidades, planificación y utilización de recursos, definiendo indicadores para evaluar la calidad del manejo administrativo del sector, estableciéndose normas para evaluar sistemáticamente la gestión de los servicios de salud.

Costo y financiamiento de los servicios de salud

Los mecanismos de financiamiento y las alternativas para mejorarlos requieren de un análisis de los costos actuales de los servicios públicos de atención de salud, incluyendo la estructura de costos diferenciales entre los tres niveles de atención, comparación

de éstos con los montos actuales recaudados por los servicios en los sectores público y privado, identificación de los posibles efectos que distorsionan las tarifas existentes, promoción del uso apropiado de los servicios por parte de la población y eficiencia en la utilización en los recursos de salud.

Las alternativas para financiar los servicios de salud responden a consideraciones de equidad y eficiencia, tomando en cuenta los gastos en el hogar para determinar el pago por los servicios de salud y los mecanismos de exoneración para asegurar que los grupos más pobres tengan acceso a la atención de salud.

Infraestructura, equipos, suministros y productos farmacéuticos

Con referencia a la infraestructura, ésta es parte de la planificación global de las instalaciones que incluye un análisis de los establecimientos existentes, su capacidad instalada y sus áreas de influencia, en la perspectiva de la constitución de las redes de servicios, donde el Centro de Salud se convierte en el eje de la red, con el apoyo de los hospitales, sean éstos de II o III nivel de atención. A fin de mejorar su capacidad resolutoria, la inventariación detallada de los equipos en cada establecimiento permite identificar las necesidades de inversión, de reparación de los equipos o su eventual reemplazo, facilitando de esta manera la formulación de un plan municipal de inversión en equipos e instalaciones de salud, en concordancia con un plan departamental de inversiones en salud.

El perfeccionamiento del diseño de prototipos de construcción (guía de diseño), mejoramiento y recuperación de las instalaciones de salud, basadas en una revisión de la vida útil e idoneidad de los diseños de arquitectura y materiales de construcción, es un trabajo que ya se inició y que requiere sólo los ajustes que determinarán su aplicación, que juntamente con una revisión de las instalaciones existentes y los sistemas de mantenimiento de equipos, serán la base para el diseño de un subsistema de mantenimiento oportuno y sistemático.

Se evaluará la eficiencia y efectividad de los actuales procedimientos de selección, adquisición y utilización de equipos y se identificarán las necesidades de mejoramiento para ampliar la vida útil y que se reduzcan así los costos de reparación y mantenimiento

El suministro de productos farmacéuticos requiere de una atención especial en el área de medicamentos esenciales, para identificar el mayor número de criterios y opciones costo-efectivas y de esta manera satisfacer las necesidades farmacéuticas y de medicamentos esenciales en el sistema público de salud, enfatizando el rol de los gobiernos central y local en los sistemas de selección, adquisición, almacenamiento, distribución y logística de los medicamentos e insumos, en las prácticas de la prescripción de los proveedores y los patrones de utilización de los pacientes, identificando y evaluando alternativas para asegurar oportunamente el suministro y la mejor utilización del medicamento, incluyendo metodologías de colaboración del sector público y privado, tales como las farmacias populares.

Calidad de la atención de salud

La evaluación de desempeño en los establecimientos de atención primaria administrados por los sectores público y privado permite averiguar la calidad de la atención desde una perspectiva clínica; al mismo tiempo, posibilita la identificación de los factores determinantes que contribuyen a la prestación de atención de alta calidad. Las debilidades comunes del sistema y particulares de los diferentes sectores, asociadas a las restricciones de la calidad de la atención, permiten afinar un proceso de evaluación y generar una cultura de eficiencia, efectividad y calidad. De esta manera, los servicios están sujetos a un mejoramiento continuo de la calidad de la atención y de acreditación.

CONCLUSION

La reforma de la salud no es la obra exclusiva de un sector, es un proyecto nacional que requiere, desde etapas tempranas de su concepción e implementación, una conducción política clara y que cuente con una legitimidad social muy amplia para llegar a ser una política de Estado.

La reforma del sector salud es una propuesta con amplios beneficios, donde los que saldrán ganando serán los bolivianos. Sin embargo, esto no significa que será un proceso sin problemas, pero la recompensa de este esfuerzo será un sistema de salud que contribuya al desarrollo humano y económico de Bolivia.

El país está cambiando, la población demanda transformaciones a corto plazo, y si bien en salud es posible lograr resultados casi inmediatos, el verdadero impacto será producto de varios años de trabajo, de un compromiso social concertado y de una voluntad política suficiente que signifique que la reforma del sector salud se constituya en una política de Estado destinada a proporcionar a la población un sistema de salud moderno y equitativo.

Comentario

*Comentario: Javier Torres Goitia Caballero**

El documento presentado resume muy bien los pasos por los cuales está atravesando el proceso de transformación del sector salud. El sector salud se había atomizado en muchos componentes, y surgió la necesidad de evitar que esa atomización se profundice más con las leyes de Descentralización y de Participación Popular. Por lo tanto, el documento y el proceso no son otra cosa que el reflejo de una meditación profunda frente a las mencionadas leyes, las cuales surgieron mientras elaborábamos el nuevo modelo sanitario. Este último no es otra cosa que una adaptación y una adecuación del sistema de salud a aquellas leyes.

En el proceso para evitar la atomización se ha abierto una serie de perspectivas para la organización sanitaria boliviana, que visualizan las transformaciones profundas que se están desarrollando en el país. Por modestia y razones políticas hemos decidido no llamar a todo este proceso reforma del sector salud, sino simplemente referimos a él como una adecuación a un proceso de transformación social; esto no es solamente una pose del gobierno actual, sino creo que entendemos que la Ley de Participación Popular es dinámica, que posee cambios constantes: por tanto, con el mismo espíritu cambiante, hay que adecuarse a ella, para así evitar los errores que provengan de una visión estática.

El hecho de habernos transformado en Secretaría es algo que a algunos de nosotros nos sigue molestando un poco, pero al margen

* Versión resumida de su comentario, elaborada con base en la transcripción de la cinta magnetofónica de su intervención.

de ello, creemos que es una medida extraordinariamente positiva para la salud, aunque todavía no ha dado sus frutos, pero no pretendemos que los resultados se den en las programaciones y en los planes nacionales. Más bien, estamos empezando a tratar de que se comprenda plenamente el concepto de desarrollo humano. El hecho de dejar de ser Ministerio para empezar a formar parte del desarrollo humano pudo haber sido una especie de ofensa al sector salud; sin embargo, de ese modo se empieza a concretar el concepto de integralidad, más aún, a través de la Ley de Descentralización y por medio de la creación de las Secretarías de Desarrollo Humano departamentales.

Ha tomado un poco de tiempo el comprender ese concepto en nuestro país. En el presente, las fuerzas vivas de cada departamento están creando sus mecanismos de participación para apropiarse del desarrollo humano, integrando a la salud como uno de sus componentes. Dado que es en el nivel departamental donde están los problemas, es ahí donde debe producirse la modernización del Estado, y ése es el esfuerzo que estamos tratando de hacer.

El nuevo modelo sanitario posee un modelo de atención, la organización de los servicios de salud, la gestión sectorial, la gestión compartida. Estos dos últimos conceptos han sido difíciles de introducir dentro del sector salud, pues no ha sido fácil hacer entender que la salud debe tener un proceso de gestiones, un proceso de administración, ya que el sector estaba acostumbrado a realizar acciones y atenciones enmarcadas dentro de la lógica del Estado benefactor que ha prevalecido durante mucho tiempo en el país. El sector salud simplemente recibía recursos y los gastaba, pero en ningún momento tenía la obligación o la necesidad de gestionar, de administrar recursos, ya sean humanos, físicos, de suministros. Entonces, el concepto de gestión sectorial es algo que debe desarrollarse y es, a la par, un desafío para el nuevo modelo de atención que nosotros planteamos; es un proceso que indudablemente va a tomar su tiempo implantarlo.

En cambio, cuando entramos al concepto de gestión compartida, ahí sí el sector salud tiene muchísima experiencia en materia de participación popular en salud, pero no la posee en los aspectos

concretos de la gestión compartida interinstitucional que tienen algo que ver con la salud. Introducir el concepto de gestión compartida entre municipio y prefectura no dejará de tener problemas, porque los límites de las atribuciones no están claros ni para unos ni para otros: este es un proceso que Bolivia lo ha iniciado, pero tiene que madurar y desarrollarse. La nueva estructura de salud no es solamente administrativa y requiere una serie de transformaciones profundas. Al margen de situaciones administrativas, el sector salud tiene que seguir dando soluciones a diversos problemas, y ello ha producido una lentitud en las actividades del sector.

El nuevo modelo sanitario nos ha permitido encontrar la veta de la participación popular, constatar que los programas nacionales tenían la limitante de ser absolutamente verticales; por ello, hoy hacemos programas horizontales captando las necesidades de la población. Más todavía, antes habían programas nacionales desfinanciados, en cambio ahora, con base en los fondos municipales muchos programas son posibles de ser financiados. Además, a esos recursos se suman aportes internacionales y de instituciones privadas nacionales. Por otra parte, al trasladar el concepto de la programación nacional a la programación local se amplía enormemente la base de participación en gestiones de salud y, en el futuro, este sistema permitirá integrar acciones entre diferentes segmentos que antes funcionaban aislados.

El nuevo modelo sanitario permite horizontalizar los programas, integrar las acciones a nivel local y empezar a generar el concepto que la salud es responsabilidad de cada localidad, de cada municipio y, por lo tanto, los actores deben cambiar para asumir esa realidad.

Otro de los elementos que plantea el nuevo modelo sanitario y que no está tratado en el documento se refiere a las organizaciones no gubernamentales, tema que nos preocupa muchísimo, por el esfuerzo enorme de países que nos ayudan, y el apoyo de las organizaciones privadas sin fines de lucro que, en su conjunto, no tienen un norte trazado por el sector salud. Requerimos la integración de esas instituciones en los directorios locales de salud

que tienen ámbito territorial definido, para así hacer eficientes sus acciones y lograr un uso más eficaz de sus recursos.

En resumen, se busca generar un sistema administrativo ordenado, en el cual podamos identificar claramente cuáles son las instancias que debe seguir un proceso de planificación. Asimismo, precisamos retomar el liderazgo que se había perdido en el sector salud, pues en los últimos años fue entregado en consignación a las organizaciones no gubernamentales o a la cooperación internacional. De otra parte, el proceso de transformación busca la definición de acciones que permitan a los directorios locales de salud o al conjunto de ellos generar procesos de aumento de cobertura, a través de mecanismos que ellos mismos puedan decidir. Una de las ideas que anda rondando en el ambiente de la Secretaría de Salud es la posibilidad de generar un seguro municipal con participación de la seguridad social; en Viacha estamos haciendo un experimento de esa naturaleza.

Creemos que los directorios locales de salud, en la medida en que vayan promoviendo la participación de los diferentes actores, podrán presentar alternativas y generarán el concepto del seguro universal de salud, que va más allá de aquél seguro obrero patronal. Creemos que las instancias locales, por medio de la estructuración de financiamientos específicos, podrán producir un proceso importante de aumento de cobertura, sin cargas económicas para los usuarios.

Los problemas del costo y financiamiento de los servicios del nuevo modelo sanitario serán de más fácil manejo en el nivel local. Sin embargo, todavía no hemos logrado darle solución al problema de la anarquía de la infraestructura y del equipamiento. Si bien el modelo sanitario persiste y mantiene una persona en cada directorio local de salud, la cual debería tener la visión global proveniente de la prefectura y que tendría que conocer las necesidades de todo el departamento, es el municipio el que posee la capacidad casi ilimitada de definir la inversión en infraestructura y equipamiento, lo cual en el futuro, creemos, podría generar muchísimos problemas. Se precisa que esa voz técnica de la Prefectura posea un

poder mayor para evitar que se tomen decisiones provistas de poca racionalidad.

Finalmente, el proceso de control de calidad de la atención es importante en el nuevo modelo sanitario, la representación de la comunidad en el directorio local de salud viabilizaría ese control; además, le daría otra dimensión más profunda, pues como se sabe la comunidad tiene una visión de la calidad totalmente diferente a la del profesional farmacéutico, de la enfermera o del médico. Es básico incorporar la opinión del usuario para fiscalizar la calidad de atención de los servicios médicos.

Aunque es corto el período de funcionamiento de los nuevos conceptos del modelo sanitario, la evaluación hasta el presente es positiva.

Debate

DEBATE*

Reforma de la salud y desarrollo humano

* Se cree que es necesario indagar si lo que está sucediendo en el sector salud es una reforma: de serlo, se precisaría conocer quién la lideriza y, por supuesto, habría que detectar a quién beneficia.

. En cuanto al primer tema se entiende que, según el documento presentado, se desearía reformar el sistema solamente para adecuarlo a las leyes de Participación Popular y de Descentralización, las cuales son importantes y fundamentales, pero no cubrirían plenamente el objetivo de mejorar la calidad de salud, de incrementar las coberturas, de aumentar el desarrollo humano, o de reducir la pobreza.

. El intento de adecuar el sistema de salud a los cambios del Estado o el esfuerzo de mejorar su gestión serían más bien un medio y no el fin de una reforma que debe dirigirse a incrementar el desarrollo humano y reducir la pobreza.

. Sin embargo, se retruca que el nuevo modelo sanitario no sería únicamente para adaptar la salud a las leyes de Participación y de Descentralización, sería más bien un proceso más amplio, dado que buscaría ampliar la estructura sanitaria para poder llegar a cubrir la mayor cantidad de gente posible, pero sin pensar

* Versión resumida del debate, elaborada con base en la transcripción de las cintas magnetofónicas correspondientes a las distintas intervenciones.

exclusivamente en la ampliación de la cobertura, sino más bien desarrollar un proceso más equitativo en las acciones de salud.

. Dentro del análisis del proceso de reforma se cree importante reflexionar a qué sectores afectarían dichos cambios, qué intereses serían tocados y quiénes saldrían beneficiados. Se debería preguntar si todos están de acuerdo con la reforma, qué pensarán los médicos al respecto, los farmacéuticos; de otra parte, se precisaría saber quiénes lidiarán contra los que estén en oposición. Así pues, se apunta que se necesitaría tener claridad sobre cuáles serán los costos y beneficios de un proceso de reforma de la salud.

. Sobre el tema de a quiénes afecta la reforma, se indica que ésta tocaría a determinados grupos de poder en el sector salud, a ciertos grupos privilegiados, profesionales, técnicos, etc. Dentro de los grupos profesionales estarían los médicos especializados, pues la medicina de este país tenía una pirámide invertida que priorizaba al hospital de tercer nivel de complejidad, en torno al cual giraban los servicios de atención primaria. El nuevo modelo sanitario daría la vuelta a la pirámide y jerarquizaría la atención primaria como la base del sistema sanitario, en torno al cual deberían desarrollarse sistemas de apoyo como los hospitales de tercer nivel.

* Se analiza que en el país se están llevando a cabo por lo menos tres grandes reformas: capitalización, participación popular y la reforma educativa, las dos primeras poseerían un liderazgo muy claro, un equipo profesional de técnicos y de colaboradores que se estarían jugando roles políticos y técnicos para empujar hacia adelante esos procesos; en cambio, la tercera estaría cojeando por la ausencia de liderazgo. Este hecho demostraría que las reformas requieren liderazgo y recursos humanos con alta calificación técnica para avanzar en ciertos temas con plazos concretos. Para el caso de la salud, la interrogante que surgiría es la de indagar cómo se resolverán esos temas, máxime si se destaca una ausencia de liderazgo en el proceso de reforma.

* Según algunos, las transformaciones tan importantes que realiza el país no tendrían el acompañamiento de modificaciones profundas en la esfera de la salud; quizás el sector salud esté un paso atrás de los demás cambios que Bolivia está enfrentando.

. Se piensa que quizás la discusión de las cosas pequeñas dentro del sector salud o al interior de sus actores institucionales haya evitado que el tema de la salud entre dentro de las jerarquías de la agenda gubernamental, pues parecería que la reforma de la salud no es un tema prioritario de la agenda de este régimen.

* Se cree que si no estaríamos frente a una verdadera reforma, frente a una política de Estado y una política de gobierno, por cierto que sería posible que en el próximo gobierno, sea cual fuere éste, podría surgir la intención reiterada de repensar cómo reformar la salud, y como siempre intentar recomenzar desde cero.

* Algunos plantean que el tema que analiza el documento se referiría a un proceso que ya comenzó antes, pero, sin embargo, al postular el nuevo modelo sanitario no se haría mención al análisis crítico de lo que sucedió en los años anteriores, no habría mención explícita a una evaluación e inventario de lo que existía en el pasado inmediato, por tanto, no se tendría mención de lo que se mejora y de aquello que se mantiene.

* Desde otra perspectiva, se postula que parece un gran avance el pretender integrar los sectores sociales que tienen que ver con el desarrollo humano, pero quizás tan central como eso sería conocer qué mecanismos se utilizarán para tener una acción integral. Es sabido que el problema de la salud no es únicamente una cuestión de gente que trabaje en el sector, antes bien, él se relacionaría con muchos otros sectores más, por ejemplo, sin una conexión estrecha con la educación sería difícil que la salud camine bien. Además, la ausencia de coordinación entre los sectores y la duplicación de esfuerzos restaría eficacia a la acción sectorial. Por ello, los aspectos concretos referidos a la administración de mecanismos que faciliten la acción integral serían básicos para dar éxito al nuevo modelo sanitario.

*En muchas ciudades, en especial en capitales de departamento, es posible que haya una pequeña masa crítica de funcionarios calificados que tienen acceso a los conceptos del desarrollo humano, pero eso no se repite en el ámbito rural, razón por la cual sería preciso desplegar ese trabajo de calificación del personal local.

. Varios sostienen que el impulso de políticas de desarrollo humano debería ir acoplado a una política específica de fortalecimiento municipal, máxime ahora que están surgiendo nuevos liderazgos en el espacio municipal, los cuales deberían estar impregnados de los nuevos conceptos que orientan el contenido y manejo integral de la salud.

Cuestiones instrumentales de la reforma

*En términos de acciones estratégicas, se cree que es preciso que el Fondo de Inversión Social, el Fondo de Desarrollo Campesino, trabajen de manera mancomunada con el sector salud, no solamente coordinando objetivos abstractos, sino temas concretos que van desde la cuestión presupuestaria hasta aspectos de operacionalización de tareas conjuntas. La cabeza de sector, el Ministerio de Desarrollo Humano, debería poseer la capacidad de planificar y coordinar a todas las instancias tanto nacionales como departamentales, estableciendo, además, contacto y coordinación con el nivel municipal.

*Se entiende que los directorios locales de salud podrían convertirse también en un instrumento de integración a nivel local, puesto que no bastarían mecanismos y procesos definidos en el ámbito macro. En la esfera local, el proceso de planificación participativa sería ya un instrumento de coordinación, con base en el cual los directorios locales podrían comenzar una acción concreta de gestionar la salud.

* Una duda fuerte respecto del nuevo modelo sanitario es aquella que se refiere al interés de conocer cómo se manejarán los mecanismos que den operatividad a la gestión compartida, pues se

había decidido que los municipios tomen definiciones sobre el uso de los recursos para la inversión social, pero ahora, con la incorporación de las prefecturas, la cuestión se toma mucho más complicada. Sería preciso aclarar y definir bien las competencias del municipio y de las prefecturas para evitar cruzamientos que puerden convertirse en conflictivos.

. Se entiende que con la gestión compartida es posible operacionalizar sus funciones debido a que los directorios locales de salud poseen representación municipal, de la prefectura y de la comunidad; con base en esa trilogía se piensa que será posible generar una veraz gestión compartida. De todos modos, se piensa que la articulación de esos tres elementos en el directorio sería no otra cosa que la puesta en ejecución de un mecanismo de riesgo compartido, dependiendo de la sintonía entre ellos será posible avanzar, porque no se puede negar que se parte de visiones diferenciadas sobre la salud entre las prefecturas, municipios y la comunidad, donde cada quien trata de remar por su lado, pero eso no justificaría la ausencia de necesidad de avanzar hacia una gestión compartida.

. Se cree que uno de los elementos-clave para definir y hacer funcionar un sistema de riesgo compartido sería tener verdaderos dirigentes en los distritos de salud. Lo primero que se precisaría es una reordenación del perfil de la persona que vaya a trabajar en el distrito de salud o en el equipo; ese sería el requisito primordial para operar nuevos conceptos. Esto quiere decir que la formación y capacitación del capital humano es central para avanzar en la concreción práctica de nuevos conceptos, pues sin gerentes de nuevo tipo sería imposible ganar en eficiencia en el campo social.

. Asimismo, muchos consideran que es central garantizar la continuidad de los equipos en el ejercicio de sus funciones, evitando que cualquier cambio de gobierno sustituya a todos los funcionarios, con lo cual todo el trabajo debe ser reiniciado y hasta reinventado. La continuidad funcionaria, entonces, sería una de las claves de cualquier modelo sanitario.

* En otro ángulo de preocupaciones se expresa que el modelo de atención en salud parecería partir de un estudio de demanda y de oferta de la salud, para luego dirigirse a medir el costo de cada una de las patologías existentes. De otra parte, se apunta que quizás con un argumento coyuntural se esté pensando en el manejo de ciertos paquetes básicos como el seguro de maternidad, pero en esta temática se sugiere que habría que reflexionar en la posibilidad de definir paquetes básicos en el nivel local o, cuando más, en el espacio departamental, sin proponer paquetes nacionales que en ciertos lugares quizás no sean prioritarios.

* Cuando se habla de la descentralización de salud se expresa que las dos grandes leyes habrían facilitado el camino. Sin embargo, la reforma podría jugar un papel importante respecto a la definición de los actores, tema que hasta el presente estaría difuso. Otro tanto sucede con las competencias que deberían poseer los mencionados actores.

* Con relación al proceso de descentralización tanto por la vía de la participación popular como por el camino de la propia descentralización administrativa, se observa que existen lagunas en cuanto a la clarificación de competencias dentro del sector salud. El sistema público participativo y descentralizado planteado por la Secretaría de Salud aclararía esas competencias estableciendo claramente que las cuestiones técnicas son de competencia del sector, mientras que la inversión en salud correspondería a los municipios, en tanto que la vigilancia del funcionamiento sería atribución de la comunidad.

* Por otro lado, se cree que el documento sería muy tímido respecto a la seguridad social, pues una mirada integral de esta última debería englobar inclusive al sector salud, aspecto que no sucede hasta el presente. De modo global se piensa que no hay impulsos de articular dos temáticas tan importantes como son la seguridad social con la atención de la salud.

* Se cree que la reforma de la salud debería apropiarse de todos los instrumentos técnicos, y de las experiencias que se han desarrollado en los distintos proyectos y programas que se han

desarrollado en el país. Por ejemplo, se insiste que no son desdeñables todos los experimentos técnico-administrativos que han hecho las ONGs. Esas experiencias concretas serían materia de análisis para no intentar partir de cero en materia de instrumentos de manejo del sector salud, pues, inclusive, algunas ONGs habrían experimentado modalidades más reducidas de gestión compartida.

* Una observación que se hace al proceso de reforma así como a sus documentos, radica en que la discusión no habría estado a disposición de todo el país, es decir, que la ciudadanía no habría tenido acceso a esa temática. Por tanto, el reto para seguir avanzando sería el de democratizar el diálogo y el proceso de concreción de la reforma.

Esta edición se terminó de
imprimir el mes de Agosto de
1996 en los talleres de
Publicidad Arte Producciones,
P.A.P.
c. 20 # 1691 Barrio Petrolero
Telf. y Fax. 212069 La Paz -
Bolivia. Impreso en Bolivia.
Printed in Bolivia