



#BoliviaDebate

Bolivia debate:

## 8 TEMAS QUE TODO PERIODISTA DEBE CONOCER



Foto: AMN

# LA SALUD EN BOLIVIA: SITUACIÓN, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Dr. Roger Carvajal  
Dra. Lourdes Ortiz  
Visión Global (overview)

Material producido para el programa: 8 PROPONEN

Octubre 2020



# LA SALUD EN BOLIVIA: SITUACIÓN, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

DR. ROGER CARVAJAL  
DRA. LOURDES ORTIZ  
VISIÓN GLOBAL (OVERVIEW)

---

## *La COVID-19 desnuda graves falencias*

En Bolivia, la pandemia causada por el nuevo coronavirus mostró, en una radiografía de cuerpo entero, la realidad sobre el sector de la salud. No solamente desnudó las carencias materiales en infraestructura y equipamiento, sino también en la capacidad organizativa y de ejecución.

La estructura global y la de los componentes del sector evidenciaron su total desconexión entre ellos y su entorno. La planificación no fue el mecanismo de conducción hacia metas concretas y las políticas no necesariamente se formularon con base en el conocimiento y el interés superior de la población. Así mismo, la coordinación con los gobiernos subnacionales fue deficiente y con las estructuras organizativas de la población, nulas.

## *Un problema complejo*

La salud es un tema complejo y, por tanto, su manejo en el ámbito público requiere herramientas teórico-metodológicas de alto nivel de elaboración. Desafortunadamente, este tema, de vital importancia para cualquier país, no se abordó con la suficiente competencia.

Evidentemente, la cantidad de variables y parámetros a considerar es grande y diversa. Factores como las condicionantes ecosistémicas, los componentes vinculados a la multiculturalidad, los usos y las costumbres, la estratificación social y lo que conlleva en educación, acceso a recursos y las antiguas ineficiencias en el manejo de la cosa pública, entre otros elementos, conforman un conjunto de aristas cuyo manejo requiere un esfuerzo enorme en el diseño y formulación de políticas y normas en las que el conocimiento juega un rol de primer nivel. Este tipo de acometimiento parece no haberse dado en el pasado cercano.

## *Pese a la inversión, los indicadores siguen siendo desalentadores*

Una manera reduccionista y simplista de abordar estos problemas es la otorgación de recursos financieros desde los entes estatales a los tomadores de decisiones en el sector, con la esperanza de resolver al menos los problemas de atingencia. La historia reciente nos dice que no es así. Tener más hospitales no es tener más salud. Al contrario, es un indicador de que la enfermedad campea y, según algunos, es necesario enfrentarla con obras de infraestructura. Tener más personal, tampoco garantiza una mejor salud si no es el que con su calificación asegura eficacia en el manejo de lo que le tocó hacer.

En ese marco, seguimos siendo un país de alta ineficiencia en el manejo del sector; no obstante que la bonanza económica reciente debiera haber modificado de manera determinante esta situación. Otros países de la región, en la misma situación, lograron indicadores que muestran avances sustantivos.

### ***El modelo de gestión es ineficiente e ineficaz.***

El modelo de gestión en el sector salud ha mostrado su ineficacia de muchas maneras. Desde la débil rectoría del Estado a través del ministerio, hasta la falta de coordinación en la toma de decisiones en las diferentes instancias, muestran que, pese a la existencia de normas y políticas, el producto final no correlaciona con las intenciones ni con el importante gasto en salud, incrementado recientemente.

La red de causalidades que explican tal situación no ha sido develada y, examinar este hecho, es vital para hacer los ajustes o correcciones en el origen, si fuera posible.

### ***Diversas fallas de concepto.***

El sector salud no trabaja sobre la salud, sino sobre la enfermedad. La enfermedad es su sustrato de acción, que va en línea con la visión sanitarista que no incide en la preservación de la salud y sostiene la visión acuñada por la OMS el siglo pasado.

Los jefes del sector aún no han incorporado en su base doctrinal los conceptos que incluyen al humano como un componente del ecosistema o en lo que los organismos internacionales llaman la “salud única” (One Health) que incluye a todos los componentes del ecosistema en una relación armónica, como condición de salud.

Otros conceptos que también interfieren en la elaboración de estrategias son propios del campo médico, como “lo normal”

(término estadístico que connota lo que afecta a la mayoría) y “lo patológico” (que se ejemplifica en la calificación de patología a una diarrea por consumo de alimentos contaminados).

### ***No existe un Sistema de Salud.***

Es fácil advertir que tampoco se trabaja sobre el concepto de Sistema, en lo que concierne a su construcción epistémica. La teoría de sistemas no parece haber sido incluida en la base conceptual que se utilizó para la preliminar conformación del Sistema de Salud actual, por lo que permanece como un conglomerado inconexo de entidades y actividades que actúan a la manera de un reloj desarmado que nunca marcará la hora.

Al no establecer lo que se conceptúa como sistema en el ámbito social<sup>1</sup>, está claro que en ningún momento se identificaron los subsistemas de prevención/promoción, atención sanitaria, investigación/información, formación, control de calidad, para definir a los actores institucionales (subsectores) que los ejecuten, de modo que interactúen entre ellos (seguro de corto plazo, el estado en sus niveles, las universidades, el seguro municipal, la medicina privada, la medicina tradicional y comunitaria).

Lo anterior explica muchas de las fallas develadas recientemente y desde antes cuando se intentó conformar un sistema, en ausencia de los actores principales.

### ***La situación en cifras***

Los cambios en el perfil epidemiológico o la llamada transición epidemiológica

1 Niklas Luhmann: Estructura en la que los componentes interactúan para un propósito común de manera coordinada y también con el entorno; lo que afecta a uno afecta al conjunto y los productos del sistema son cualitativamente más relevantes que la suma de los productos individuales. *Introducción a la Teoría de Sistemas. U.Ibero.Mex.2007*

en América Latina y el Caribe se iniciaron en la mitad del siglo XX. De una situación en la que la esperanza de vida al nacer era inferior a 40 años y más del 60% de las muertes eran por enfermedades infecciosas, se presentó un incremento en la región, superior a los 50 años y solo en Haití, Bolivia y Perú continuó en 40 años.

A principios de la década de los ochenta, las condiciones de salud de los países latinoamericanos presentaban una heterogeneidad significativa. Cuba y Costa Rica mostraban tasas de mortalidad infantil menores de 20 por 1000, mientras que las tasas de Haití y Bolivia eran más de seis veces mayores. De manera similar, la proporción de muertes antes de los cinco años de edad respecto del total de muertes era inferior al 20% en seis países, de cerca de 40% en algunas naciones centroamericanas y más de 40% en Bolivia y Haití.

La esperanza de vida es de 66,34 años, la tasa de crecimiento demográfico de 2,24% y la tasa global de fecundidad de 2,5 hijos, con diferencias urbano-rurales importantes. Lo anterior, junto a la tasa cruda de natalidad de 27,1 nacidos por 1.000 habitantes, aún nos ubica entre los últimos de América Latina.

El enfoque de la atención de salud -basado en la atención de la enfermedad- hace que se visibilicen indicadores socioeconómicos y de salud negativos. Un indicador general está dado por el Índice de Desarrollo Humano, que en Bolivia alcanza a 0.662, colocando al país en el puesto número 118 de los países en desarrollo con 17,3% de pobreza extrema; si bien, en cuanto a servicios básicos, las poblaciones tienen un 90% de acceso a agua mejorada, el saneamiento solo cubre al 50% de la población. Hay una correlación directa entre pobreza e indicadores en salud, donde la relación causa-efecto entre estos dos

grandes eventos parece ser mutua: uno condiciona al otro.

Estos problemas, cuyo origen está en la estructura de desarrollo económico y social del país, se expresan en el rubro de la salud a través de indicadores de morbimortalidad, como la mortalidad infantil que, si bien se ha reducido en las últimas décadas, sigue siendo importante en relación a otros países de la región (44 por mil nacidos vivos). La mortalidad materna se sitúa en 160 por 100.000 nacidos vivos, hecho vinculado a que la atención de parto por personal de salud, solo llega a un 73%. La cobertura de vacunación alcanza porcentajes aceptables.

La proporción de muertes por algunas causas representativas mostraban importantes diferencias. Nos referimos a las dos principales causas de las enfermedades previas a la pandemia (diarrea e infecciones respiratorias) y los dos de padecimientos típicos de la etapa posterior (enfermedades cardíacas y accidentes). En países, como Cuba, Costa Rica, Chile y Argentina, aproximadamente 30% de las muertes se debía a enfermedades cardíacas, mientras que en países con menor desarrollo la proporción correspondiente era inferior a 5% debido a que las muertes por enfermedades infecciosas representaban un porcentaje mayor. Las causas seleccionadas de muerte por infecciones y enfermedades crónicas, muestran que los diversos países de la región se encuentran en diferentes etapas de la transición epidemiológica.

En referencia a la proporción de muertes ocasionadas por accidentes y violencia, si bien existen diferencias, hay similitud en los diferentes países; aunque, los países con el nivel de salud más pobre muestran una proporción relativamente mayor de muertes violentas.



La mortalidad general refleja qué está sucediendo con la población. Entre las principales causas están las catalogadas “por signos o síntomas mal definidos” en un 45%, lo que muestra una evidente deficiencia en el registro de las causas. Luego están las causas externas -accidentes, violencia y otros hechos- que constituyen un 12% de las causales de muerte; las enfermedades del aparato circulatorio y enfermedades respiratorias también aparecen con una importancia muy grande junto a las neoplasias y otras enfermedades que muestran cómo el perfil epidemiológico en Bolivia ha ido cambiando desde las enfermedades infecciosas, hacia las enfermedades crónico degenerativas.

Sin embargo, todavía no se han resuelto los problemas infecciosos que aún subsisten y afectan a grupos desfavorecidos de la población, como las infecciones respiratorias agudas y las infecciones gastrointestinales que atacan principalmente a la población infantil.

Otras patologías infecciosas constituyen problemas de salud pública y muchas de

ellas se han clasificado como enfermedades olvidadas como Chagas, leishmaniasis, leptospirosis, tuberculosis, VIH/SIDA. A éstas, se suma la enfermedad producida por el Hanta Virus o el dengue que actualmente es un problema crítico marcado por la urbanización de la enfermedad en capitales de departamento como Tarija, Cochabamba y Chuquisaca. En estas ciudades, en los últimos años, se han presentado importantes brotes epidémicos, con aumento de casos de dengue con señales de riesgo.

Es interesante cómo toda esta información nos muestra la foto, pero no la película entera. Los elementos que rodean a la génesis de las patologías del perfil, no son motivo de demostración estadística.

El incremento de las enfermedades neoplásicas genera una preocupación creciente. El cuadro siguiente muestra la incidencia global del cáncer en la población. Tanto la incidencia como la mortalidad apuntan al incremento de tumores relacionados con enfermedades virales de transmisión sexual: cáncer cérvico-uterino y cáncer de

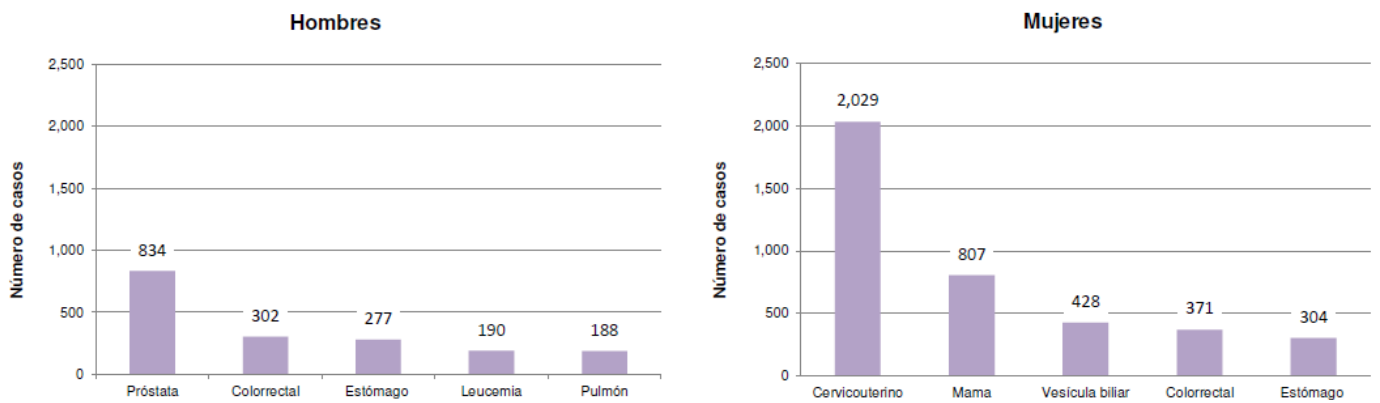


próstata, ambos relacionados al papiloma virus, vinculado a problemas de higiene genital.

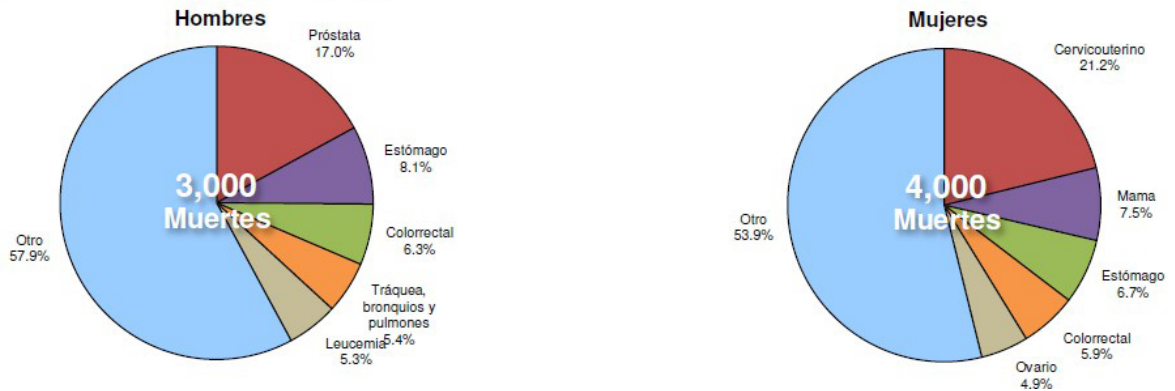
Los siguientes están asociados a la dieta (cáncer colorrectal y gástrico) y al microbioma intestinal modulado por agentes tóxicos

presentes en los alimentos. Esto muestra que, aunque estas enfermedades son propias de países con mejores condiciones socioeconómicas, aún seguimos vinculados a las infecciones, dada la causalidad asociada a estos tipos de tumores (origen viral o de desequilibrio microbiano).

**Incidencia de cáncer\*\***



**Distribución de la mortalidad por cáncer\***



Actualmente, la principal preocupación de la población es la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, que ha demostrado en la mayoría de los países, la insuficiencia de los sistemas de salud para resolver los problemas de salud ocasionados por el virus.

En Bolivia, la debilidad del Sistema de Salud ha sido más notoria debido a la pobre infraestructura de servicios, insuficiente equipamiento e inequitativa distribución de recursos humanos, claro ejemplo es la situación que se vivió en distintos municipios donde colapsaron los servicios. El sector nunca imaginó que, con sus 40 camas para terapia intensiva aproximadamente, iba a requerir 10 veces más en el lapso de dos meses.

Según datos del Ministerio de Salud, en Bolivia, a los 181 días de la pandemia, la tasa de incidencia de la enfermedad fue de 1.033,59 por 100.000 habitantes siendo los departamentos más afectados, Tarija, Pando, Beni y Santa Cruz. La tasa de letalidad nacional es de 4,5%, con diferencias según departamentos; las más altas se encuentran en Cochabamba, Chuquisaca y Pando. Los datos de los reportes diarios de infectados muestran el número de sujetos que salieron positivos al RT-PCR; gente que no se hace la prueba o se hace las pruebas serológicas y que no entran en estos datos, lo que insinúa que el subregistro pueda ser extremadamente alto.

Además de los problemas de salud por la pandemia y pese a las consideraciones para la protección de grupos vulnerables, el colapso de las redes de atención ocasionó la *postergación de las atenciones regulares*, afectando al control de problemas de salud materno infantiles y problemas crónicos que afectan a la población adulta. Las enfermedades de base, sumadas a la infección por COVID-19, contribuyeron significativamente al aumento de la mortalidad en estos grupos vulnerables.

También se debe señalar que, debido a los cambios en el perfil epidemiológico en los diferentes niveles de atención del Sistema de Salud, la consulta se encuentra dirigida cada vez más a la atención de *enfermedades relacionadas con los cambios en los estilos de vida* (sedentarismo, mala alimentación, falta de actividad física, estrés y consumos de riesgo) muy asociada a que las causas de morbilidad incorporen la hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal o problemas de salud mental. Junto a estas patologías tenemos el crecimiento continuo de población con problemas de sobrepeso y obesidad, que se relaciona directamente con las patologías mencionadas y la dieta producto del cambio del patrón de consumo alimentario que se oriente a la comida rápida.

Frente a los problemas de salud que afectan a los bolivianos, *la accesibilidad* es el factor crítico para el acercamiento de la población a los servicios de salud y viceversa. Según el Dr. F. Armijo, en su publicación “Nuevo sistema de salud universal y gratuito”, la accesibilidad entendida como “la posibilidad de llegar a un servicio de salud o entrar en él”, presenta grandes limitaciones en Bolivia debido a la alta dispersión poblacional en el área rural, el mal estado de los caminos, poca disponibilidad de transporte público y escasos recursos económicos familiares, a los que se suman las barreras generadas por las prácticas y procedimientos de los proveedores que no son apropiados para la diversidad cultural de la población. Estos aspectos provocan que la población no acuda oportunamente a los servicios de salud, generando complicaciones graves y/o muerte.

La inconsistencia en la gestión se refleja en el financiamiento de los recursos humanos. Los datos disponibles en el Ministerio Salud/SINIS/RUES de 2017 muestran que, de 38.031 funcionarios del subsector público, 19.968 están cubiertos por el Tesoro General de la Nación (TGN), el resto



de funcionarios queda en una diversidad de financiamiento muy grande, sin estabilidad porque son incorporados mediante contratos de alcaldías y gobernaciones o recursos propios, con diferentes niveles salariales y un desorden muy grande. Sólo los recursos humanos financiados por el TGN tienen alguna estabilidad laboral.

La distribución de este recurso es anómala dentro del sistema público. Existe una relación de 15.4 médicos generales y especialistas por cada 10 mil habitantes que es un buen indicador en comparación con países de la región; sin embargo, hay que analizar dónde se encuentra ese recurso humano. Los médicos especialistas, prácticamente, están en el segundo y tercer nivel y los médicos generales en todos los niveles. Esta distribución no es equitativa a nivel nacional.

Otros recursos humanos, como las licenciadas en enfermería siempre han sido un déficit importante. Se requiere más personal y no existe la suficiente disponibilidad. Los auxiliares de enfermería están en el primer nivel y en el área rural y contribuyen, de alguna manera, a llenar el vacío en cuanto a otros recursos humanos en salud.

Asimismo, hay una importante carga de personal administrativo y de apoyo, que

también es necesario para completar todas las actividades del sector salud. Sin embargo, un 63% de estos recursos humanos está en el área urbana y 37% en el área rural, en equivalencia a la distribución general de la población. Según sexo, las mujeres tienen un peso muy importante dentro del sector, con un 66,2%.

En referencia a las carencias del sector salud por la pandemia de la COVID-19 en Bolivia, la estructura sanitaria para la terapia crítica estaba en franca insuficiencia, tanto en número de unidades como en equipamiento (ventiladores, generadores de oxígeno, etc.). Las dificultades propias de un sector caracterizado por la falta de conexión entre sus dependencias y la burocracia (derivada de la crisis de confianza inducida por los diversos regímenes) contribuyeron a que la respuesta sea poca y no oportuna.

El cuadro siguiente muestra que la cantidad de camas implementadas aún es insuficiente y, se estima, que muchas no entraron en funcionamiento por falta de equipos, tales como los ventiladores. No hay certeza de que la expansión prevista sirva para lo que viene, puesto que las proyecciones no consideran todas las variables por el desconocimiento de esta nueva enfermedad.

### CAMAS DE INTERNACIÓN PARA COVID-19. BOLIVIA 2020

DEPARTAMENTO	NO. HOSPITALES	NO. CAMAS IMPLEMENTADAS	NO. CAMAS EN EXPANSIÓN	TOTAL CAMAS	CAMAS UTI IMPLEMENTADAS	CAMAS UTI EN EXPANSIÓN	TOTAL CAMAS UTI
Pando	2	15	95	110	2	20	22
Chuquisaca	5	64	55	119	0	25	25
Potosí	2	38	90	128	0	32	32
Beni	2	111	41	152	5	19	24
Cochabamba	4	217	120	337	8	59	67
La Paz	4	304	108	412	15	85	100
Tarija	5	61	64	125	14	12	26
Oruro	3	46	140	186	2	20	22
Santa Cruz	8	154	294	448	17	122	139
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>1010</b>	<b>1007</b>	<b>2017</b>	<b>63</b>	<b>394</b>	<b>457</b>

Fuente Min. Salud. Dirección Servicios de Salud 2020

Los recursos humanos previstos (siguiente cuadro), también caen en este mismo escenario de incertidumbre. Sin embargo, queda claro que es mejor prevenir que lamentar.

### PROYECCIÓN RECURSOS HUMANOS PARA UTI COVID-19. BOLIVIA 2020

Departamento	No. Hospitales	No. camas implementadas	Grupod de RRHH	Costo Mes \$us.*
Las Paz	5	100	11	894.285,78
Santa Cruz	7	128	12	975.584,48
Cochabamba	4	67	7	569.090,95
Chuquisaca	5	26	4	325.194,83
Potosí	2	26	3	243.896,12
Beni	3	28	3	243.896,12
Oruro	1	20	2	162.597,41
Tarija	3	26	2	162.597,41
Pando	2	21	3	243.896,12
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>442</b>	<b>47</b>	<b>3.821.039,22</b>

Fuente Min. Salud. Dirección Servicios de Salud 2020

\*Se estiman contratos por tres meses

<b>Cada grupo de UTI:</b>	5 Médico Terapia Intensiva
	5 Médico Especialista
	24 Enfermeras
	12 Auxiliares de Enfermería
	6 Limpieza

#### **Qué hay detrás de las cifras. Causas, factores y condiciones que determinan la situación actual**

Para conocer las causas y los mecanismos que han llevado a la situación crítica en el sector salud, se considera, por un lado, las causas y determinantes de las patologías del perfil dominante, de modo que cualquier propuesta de solución pase por eliminar las causas, cual si fuera un diagnóstico y tratamiento etiológico. En otras palabras, se muestra la necesidad de formular políticas sobre la base del conocimiento para que tengan el impacto y la sostenibilidad necesarias. Por otro lado, se puede hacer referencia a las fallas en la estructura del sistema o sector, como un otro elemento de causalidad que explique esos datos.

#### **Causalidad y determinantes de la salud y la enfermedad**

Para preservar la salud es preciso conocer las causas de los trastornos que afectan el

funcionamiento de los organismos. Esta tarea, desafortunadamente no ha sido encarada adecuadamente por el sector, debido a que dichos determinantes escapan al ámbito de su competencia y los nexos con los sectores que manejan la situación que genera la enfermedad, no son parte de las tareas asignadas a las entidades de salud ya que éstas priorizan la atención a la enfermedad, no a sus causas.

De ahí que la incidencia de las patologías que dominan el perfil epidemiológico y también las emergentes no pueden modificarse: el hacer más unidades de radioterapia no va a incidir en el número de sujetos que requiere este tratamiento.

El sector salud no interviene en la higiene genital de los varones como vector de la transmisión del papilomavirus y cree que la prevención está en la vacuna aunque sabe que ésta solo contiene dos cepas oncogénicas, por lo cual la incidencia del cáncer de cuello uterino

es la más alta de América y la alta incidencia del cáncer de próstata. Tampoco participa en el control de los pesticidas, ni en el consumo de grasas trans, solo muestra las estadísticas de obesidad, diabetes y demanda de unidades de diálisis renal. No interviene en el control de la emisión de humos cancerígenos por el autotransporte, solo muestra la creciente incidencia del cáncer pulmonar y la necesidad de equipos costosísimos de radioterapia. En fin, ante la aparición del arnavirus, no opina sobre la ampliación de la frontera agrícola y la eliminación de la fauna que hace el control biológico de los roedores selváticos periurbanos.

En pocas palabras, la actividad de prevención/promoción está reducida a la aplicación de vacunas según calendario de la OMS o a al suministro de sales de rehidratación oral o de vitaminas. No se ha internalizado el concepto de prevención asociado a la causalidad ni la visión ecosistémica de la salud.

### **El modelo de gestión**

La gestión en salud concentra prácticamente todos sus esfuerzos y recursos en la atención sanitaria. Como se mostró, todo lo relacionado a la prevención/promoción se reduce a las inmunizaciones, y medidas nutricionales puntuales. No actúa sobre ni promueve las otras actividades del sector: investigación, formación, calidad, etc. que serían los subsistemas del Sistema de Salud en su concepción integral

La rectoría del Estado, a través del Ministerio, se ha visto mermada con la desconcentración de la administración sanitaria en entidades departamentales. Con éstas, la coordinación es escasa y mucho depende de los nexos político-partidarios a los que se adscriba cada SEDES, entidades que en ocasiones funcionan como pequeños ministerios eludiendo una línea de mando.

La dependencia funcional interinstitucional es regateada y no da frutos según lo planificado en el proceso de descentralización del sector. Pese a estas fallas, aún no se ha planteado una revisión del marco normativo y legal vigente para la recuperación del rol rector del Ministerio en el sistema de salud, precautelando un desarrollo armónico, liderazgo y conducción técnica, independientemente de la fuente de financiamiento. Sin embargo, se debe reconocer que existen procesos de gestión descentralizada que ya son parte del desarrollo local y regional en los diferentes municipios y departamentos del país.

Es fácil advertir que la administración del sector trabaja sobre una estructura anticuada. La *planificación* no muestra logros de impacto ya que las políticas, programas y proyectos frecuentemente se deciden por presiones políticas o impresiones subjetivas de funcionarios de turno, que han inducido a inversiones en salud sin un plan rector. Esta falta de planificación se evidencia en la dotación de infraestructura, tecnología y recursos humanos, bajo criterios políticos y no sobre la base de las necesidades reales en el marco de planes integrales.

Dentro del subsistema de atención sanitaria, que es el que demanda mayor atención en este momento histórico de Bolivia, la *distribución de los establecimientos de salud* por departamento y por subsector muestra que el subsector estatal (Ministerio, SEDES y municipios) cuenta con la mayor cantidad: 3.288 establecimientos, 228 en los seguros sociales y 438 en el sector privado, llegando a un total de 3.924 establecimientos (SNIS-VE Nacional 2018). De los establecimientos del subsector público, 3.150 son centros de salud de primer nivel, sólo 76 son hospitales de segundo nivel y 32 hospitales de tercer nivel. El hecho de que el primer nivel no tenga capacidad resolutoria, explica la crisis que actualmente atraviesa el sistema, en cuanto

a cobertura de las demandas de atención de la población.

La posibilidad de organizar la atención en el sistema de salud, teniendo como una puerta de entrada al primer nivel, ha fracasado ya que la población acude y colapsa los servicios de emergencia del tercer nivel.

Si bien el primer nivel es la base para integrar una efectiva participación social en salud, que incida en el mejoramiento de las condiciones y estilos de vida, no se ha logrado la organicidad requerida. Sin embargo, queda claro que éste es un buen mecanismo para que el Sistema de Salud de respuesta integral a los problemas existentes, toda vez que las acciones de prevención que incidan en los determinantes en salud pueden ser abordadas en este nivel. Solo aquí puede desenvolverse el vínculo comunitario y las actitudes que conectan armónicamente a los sujetos con la naturaleza, conductas de higiene, alimentación sana, etc., acciones piloteadas por el personal de salud con la formación suficiente en estos rubros.

Los recursos humanos en el subsector público siempre son insuficientes en cantidad, calidad y distribución. Las designaciones en los diferentes niveles se han caracterizado en tiempos recientes por tener una especial modalidad prebendal, asociada a criterio partidarios. Esta ha incidido drásticamente en la calidad de los servicios y las consecuencias pueden verse en emergencias como la que atravesamos. El subsector de la seguridad social, tampoco escapa a estas prácticas.

El nivel de formación y la orientación hacia problemas vinculados al perfil epidemiológico actual y a la necesidad de modernizar el manejo de los procedimientos y tecnología, hace que este sector deba prestar más atención al subsistema (o subsector) de formación, lo cual no ha sucedido, al

menos recientemente. Es necesario hacer énfasis en las habilidades y valores, en la relación del sector con los sujetos de atención (solidaridad, calidez, calidad, etc.).

La vigilancia epidemiológica ya conformada desde hace algunas décadas, aún no ha sido transformada a la Vigilancia en Salud Pública, que incluye elementos de integralidad y que incorpora otros procesos de vigilancia.

La desconexión entre subsectores (seguro de corto plazo, entidades de atención dependientes del Estado, universidades, medicina privada, etc.) caracterizada por su fragmentación, segmentación, desarticulación, inequidad y falta de solidaridad, es patente a través de la ineficiencia en el uso de los recursos.

Muchas actividades que podrían compartirse, como el uso de equipos o pruebas de alta complejidad y costo, no siguen ese curso por falta de coordinación y, así, cada entidad tiene equipos o procedimientos propios mostrando su tendencia al gasto inadecuado, no obstante, las carencias financieras.

Las actividades propias de los subsistemas (investigación, prevención, formación, etc.) tampoco están conectadas entre sí ni con los actores institucionales (subsectores). Está claro que la investigación no sólo se hace en la universidad; los hospitales tienen gran potencialidad para esa actividad y también los establecimientos de atención primaria, pero la coordinación es inexistente.

Se advierte, asimismo, una desconexión con los sectores y subsectores del entorno vinculado: no hay nexos con las entidades y tampoco con el resto de actores que efectúa tareas relacionadas con la alimentación, el control ambiental, la seguridad industrial, la forense y criminalidad, el deporte, la protección social, la higiene, el

manejo de residuos, la violencia, etc. Esto explica, también, las características de los indicadores antes mostrados, es decir, no solo las causas y determinantes explican el perfil y los indicadores, también las fallas organizativas y de funcionamiento integrado del sector expresadas en el modelo de gestión, están involucradas en la Génesis de dichos indicadores.

### El Seguro Universal de Salud

La implementación del seguro único de salud con cobertura universal es un mandato constitucional. La posibilidad de que el Estado financie todo el seguro de salud solo es factible en un modelo de estado que la misma CPE ha excluido al definir que la economía es esencialmente plural.

La posibilidad de que toda la población económicamente activa pueda incorporarse en el Seguro de Corto Plazo (las cajas de salud) depende de la posibilidad de que todos cuenten con un empleo formal (modelo Bismarckiano); mientras esto no se dé, el subsector público estará en la obligación de efectuar la atención sanitaria al sector informal estimado en casi el 70% de la PEA (ver cuadro siguiente). Desafortunadamente, esta atención a través de los más de 3.200 establecimientos es francamente precaria y deficiente, lo que ha motivado múltiples quejas y hasta movilizaciones, que son parte de la crisis sanitaria.

La instalación de establecimientos de salud de dependencia municipal ha mostrado un nuevo escenario que puede ser el deseable para resolver, al menos temporalmente el problema de atención sanitaria a los trabajadores informales. La creación de un seguro municipal en el cual el Estado otorgue el aporte patronal que se complementa con un aporte mínimo del trabajador, es una opción que se ha barajado en círculos de expertos. Si así fuera, toda la infraestructura de salud y los re-

ursos restantes deberán pasar a los municipios. Esta conformación permitiría que la atención primaria brinde servicios a los afiliados al seguro de corto plazo en los sitios de escasa población, con los descargos de gastos correspondientes. Esta posibilidad, con los ajustes de detalle que pudieran hacerse, es seguro una de las que cobrará mayor protagonismo en la política de salud del nuevo régimen.

### El financiamiento

Desde siempre el sector salud ha sido descuidado por los gobiernos de turno. El subsector público, no obstante atender al 70% de la población y a toda la administración del sector, cuenta con similar presupuesto que el seguro de corto plazo (Cajas, ver cuadro siguiente) que atiende solo al 30%.

Recientemente se ha incrementado la inversión en salud, pero los servicios no correlacionan ni en cantidad de prestaciones ni en calidad, lo que demuestra la ineficiencia organizativa y planificadora del sector. Parte de las inversiones y gastos provienen de fuentes externas al sistema (cooperación). En ese marco, los criterios de asignación de recursos, aun no se han despojado de las influencias de orden político.

#### Población cubierta por seguros de corto plazo por departamento

Departamentos	Total población	Población asegurada	Porcentaje	Población no asegurada
Santa Cruz	3.151.676	951.951	30,2	2.199.725
La Paz	2.862.504	1.370.706	47,9	1.491.798
Cochabamba	1.943.429	629.635	32,4	1.313.794
Potosí	880.651	334.556	38,0	546.095
Chuquisaca	621.148	196.099	31,6	425.049
Tarija	553.373	149.589	27,0	403.784
Oruro	531.890	229.315	43,1	302.575
Beni	462.081	128.588	27,8	333.493
Pando	139.018	21.358	15,4	117.660
<b>Total</b>	<b>11.145.770</b>	<b>4.011.797</b>	<b>36,0</b>	<b>7.133.973</b>

Fuente: INE Bolivia y Anuario Inases 2015



## Porcentaje de ejecución presupuestaria en salud (en millones de bolivianos)

	2015	2016	2017	2018	2019
Producto Interno Bruto	248.304,0	242.456,0	267.059,0	280.032,0	308.161,0
Presupuesto general del Estado	221.181,0	217.140,0	210.347,0	214.650,0	214.724,0
Presupuesto salud (incluye cajas)	15.463,0	15.955,0	18.304,0	18.805,0	20.222,0
Porcentaje PIB	6,2	6,5	6,8	6,7	6,6
Porcentaje PGE	6,9	7,3	8,7	8,7	9,4
Presupuesto salud (sin cajas)	8.115,0	8.547,0	9.304,0	9.966,0	10.774,2
Porcentaje PIB	3,3	3,5	3,5	3,5	3,5
Porcentaje PGE	3,6	3,9	4,4	4,6	5,0
Instituciones de seguro social	7.348,0	7.408,0	9.000,0	8.839,0	9.947,8
Porcentaje PIB	2,9	3,0	3,3	3,1	3,1
Porcentaje PGE	3,3	3,4	4,3	4,1	4,4

Fuente: Parada L. Bonanza y crisis en salud

La implementación del Seguro Universal de Salud, podría ser un mecanismo de salida de esta deficiencia crónica y la demostración de que la eficiencia organizativa puede sustituir a las demandas atinentes y asignaciones de recursos financieros para pretender resolver los problemas severos.

### Desafíos y perspectivas

La conformación de un Sistema de Salud cuyo diseño y formulación parta de una reconceptualización de la salud como un proceso integral que incluye al ser humano y su relación con el ecosistema y la problemática social. En ese marco, las acciones de prevención promoción, investigación, formación, control de calidad, estructuradas en subsistemas del sistema, tendrán tanta importancia como la atención sanitaria, que en la actualidad ocupa casi la totalidad de los esfuerzos en programas, proyectos y tereas del sector salud.

Urge el rediseño del modelo de gestión de la atención médica que incluya a los subsectores o actores institucionales en interacción, cooperación y coordinación

permanente: el seguro social de corto plazo, el seguro municipal, las entidades que dependen de los SEDES, la medicina privada y la medicina tradicional y comunitaria. En este nuevo orden, la rectoría del Estado, a través del Ministerio y sus entidades desconcentradas, será el elemento catalizador del modelo. La reformulación de la dependencia funcional y financiera de las SEDES y las reparticiones de los municipios encargadas de la atención sanitaria, es un desafío de primer orden, como base operativa de la conformación del Sistema.

En referencia a las acciones a corto plazo, los desafíos mayores giran en torno al financiamiento del seguro único con cobertura universal, en tanto las condiciones de informalidad en el empleo no permitan que todos los habitantes del país que conforman la PEA sean afiliados de las cajas sectorializadas, del seguro de corto plazo.

Vinculado a lo anterior, y dentro del subsistema de prevención/promoción, el fortalecimiento de las tareas de vigilancia en Salud Pública, entendido como el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación,



actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública, será una tarea central para asegurar el funcionamiento del sector.

La pandemia de la COVID-19 ha puesto en evidencia la precariedad de la infraestructura sanitaria. Tener obras civiles sin generadores de oxígeno, ventiladores, y otros elementos especializados para la atención de éste y otros problemas sanitarios (radioterapia del cáncer, hemodiálisis, etc.), ha mostrado la insuficiente capacidad de planificación del Estado para atender los requerimientos de atención sanitaria, independientemente de la disponibilidad o carencia financiera.

Contar con el suficiente personal de salud, tanto en número como en nivel de preparación en un desafío central, especialmente para la atención de problemas como la epidemia de COVID-19 y otros de similar nivel de complejidad, es un desafío primordial.

La creación de puestos de trabajo para médicos, enfermera(o)s y personal técnico de diversos rubros con el adecuado nivel de especialización y en números suficientes, es una tarea de resolución inmediata. Dicho personal, además de su formación técnico-científica para enfrentar tareas de atención sanitaria y de prevención/promoción/investigación en los niveles correspondientes, deberá contar con habilidades y capacidad de relacionamiento que hagan de la atención y contacto con los usuarios un acontecimiento de máxima calidad y calidez.



#BoliviaDebate

Material producido para el programa: 8 PROPONEN

**Octubre 2020**