



Ministerio de Salud y Previsión Social

BOLIVIA

POLITICA NACIONAL DE SALUD

Enero, 2003

SITUACIÓN ACTUAL.

Bolivia es un país con serios problemas de salud, que son fruto del subdesarrollo, su desarticulación geográfica y social y sobre todo sus niveles de inequidad por la secular marginación y exclusión en la que vive buena parte de su población.

Cuando decimos que la pobreza afecta a más del 70% de la población, sabemos que la inmensa mayoría y la más pobre está en las áreas rurales. Cuando como médicos nos referimos a la cobertura de los servicios, ésta puede ser más o menos satisfactoria en la población urbana pero la atención no llega donde la gente pobre se muere de causas tan simples como una infección respiratoria aguda, la "banal" enfermedad diarreica, o un parto mal atendido.

Cuando nos jactamos de que el PAI ha llegado a cubrir al 85 % de nuestra población con las vacunas esenciales, ese 15% que resta y que caprichosamente se mantiene sin modificación, sabemos que no está distribuido al azar, sino que específicamente corresponde a la población rural excluida que es la que eleva nuestras tasas de morbilidad y mortalidad, que están entre las peores del continente.

Igual ocurre, si se observa el indicador de Necesidades No Satisfechas. El agua potable, los servicios de alcantarilla y más que eso, la calidad de las viviendas, mejora en las ciudades, pero se mantienen en lamentables condiciones en extensas zonas de nuestro país donde se concentran con mayor fuerza el paludismo, la enfermedad de Chagas, la tuberculosis y la serie de enfermedades transmitidas por vectores que no sólo destruyen precozmente vidas valiosas sino que rebajan la capacidad productiva del conjunto que, en trágico círculo vicioso, por pobre y por excluida no puede superarse ni salir de la pobreza. Pobreza que no sólo se expresa en sus condiciones de salud sino además de educación, añadiendo todavía mayor gravedad a tan penosa situación.

Y no es que la población urbana, supuestamente privilegiada, por estar mejor que la población rural, haya solucionado sus problemas. Ahora mismo estamos ante la amenaza de la diseminación del dengue hemorrágico en una de las ciudades más prósperas de Bolivia, como es Santa Cruz. Epidemia que de estallar puede extenderse muy fácilmente hasta Cochabamba asolando a su paso el Chapare y regiones aledañas.

La Salud en nuestro país demanda pues un esfuerzo gigante y cambios sustanciales. No podemos seguir haciendo más de lo mismo porque sabemos que eso no ha dado resultados. No podemos seguir gastando enormes sumas de dinero en proyectos de Reforma que no cambian nada porque invierten sus recursos en la especulación teórica o en copiar experiencias ajenas casi siempre abocadas a buscar solamente la eficiencia del gasto y no su eficacia y equidad. No nos sirven de nada proyectos de reforma que no toman en cuenta nuestros propios problemas menos el contexto social y económico en el cual debemos actuar responsablemente.

Tampoco podemos gastar nuestros escasos recursos, ni los que generosamente nos aporta la cooperación externa en programas de IEC que no logran impacto. Si objetivamente evaluáramos los logros alcanzados por mensajes televisivos, cuñas radiales y particularmente el enorme gasto en talleres y seminarios que se repiten con tanta frecuencia, seguramente que todos saldríamos profundamente decepcionados y es que la información, la educación y la comunicación que no son participativas, son inoperantes.

ANTECEDENTES Y NECESIDAD DEL CAMBIO

Parecería que los años terminados en 3 son premonitorios en nuestro país. En 1983 se dio el gran cambio que terminó con una salud pública elitista, asistencialista y burocratizada que mantenía en el país tasas de mortalidad infantil de alrededor de 200 por mil, de mortalidad materna por encima de 400 por cien mil nacidos vivos, y una serie de endemias y epidemias que parecían naturales y se atribuían al clima, a la altura, cuando no a causas genéticas vinculadas a las etnias. El gran movimiento social ampliamente participativo que se generó junto a la recuperación de nuestra democracia, permitió terminar con viejos tabúes y graves complejos. Gracias a una inteligente política de salud y una adecuada aplicación de la filosofía de la Atención Primaria se logró reducir la tasa de mortalidad infantil casi en un 75% en el período de 10 años, llegando a ser de 75 por mil en 1992. En el mismo período, el bocio endémico que afectaba al 65.6% de la población en edad escolar de Bolivia, pudo ser eliminado, permitiendo que Bolivia recibiera en 1994 una certificación especial de UNICEF como país libre de carencia de yodo.

En 1993, se inician junto a reformas estructurales profundas en la vida del Estado Boliviano, otros nuevos esfuerzos que culminan con el Seguro de Maternidad y de Niñez, el Seguro de Salud de la Vejez y el Nuevo Modelo Sanitario que por un cúmulo de razones no llegan a colmar las expectativas con las que nacieron. Hemos pasado por otras experiencias: el Seguro Básico quiso mejorar las prestaciones para la madre y el niño subiendo el aporte de los municipios para este seguro de 3 a 6.5%, Incluyó en el nuevo seguro los programas nacionales, financiados por el TGN, pero en contra del propósito de que los servicios se potencien recíprocamente, la eficiencia y eficacia de éstos no alcanzó los grados esperados.

Recogiendo todas esas valiosas experiencias este año del 2003, otra vez acompañados de este dígito que parecería cabalístico, nos ha tocado diseñar como parte del Plan Bolivia del Gobierno de Responsabilidad Nacional, una nueva Política Nacional de Salud. Esta es la expresión de una alianza profunda, solidaria y esperanzadora en la que partidos tradicionalmente enfrentados como el MIR y el MNR resuelven sumar sus energías y capacidades, juntarlas además con otras fuerzas políticas y sociales, para hacer frente unidos, a los graves desafíos que tenemos y debemos de vencer como bolivianos.

Nuestro país es rico en experiencias de participación, sin embargo sin asimilar tales aciertos, estamos multiplicando talleres de capacitación y cursos que hasta llegan al extremo de perjudicar el rendimiento de los servicios. Repetimos lo mismo para las mismas gentes, sin beneficio alguno. Una verdadera información, o educación, o comunicación tiene siempre una doble vía, no se puede enseñar elitísticamente desde fuera del grupo social, menos si se actúa con verticalismo o se cae en el fácil paternalismo. Frecuentemente, nos olvidamos de Paulo Freire y queremos convertir a los sujetos en objetos de nuestras decisiones personales, al extremo de que, pese a gastar tanto, no logramos disminuir el número de embarazos no deseados ni reducir su impacto en la mortalidad por aborto. Ni siquiera hemos logrado propagar adecuadamente las sencillas formas de prevenir las ETS. Tampoco podemos decir que la población de las zonas endémicas sabe prevenir la malaria o el Chagas, reconociendo además, la distancia que media entre tal saber y la conducta que se practica. Casi en todos los aspectos de la salud pública pero sobre todo en Salud Sexual y Reproductiva más que enseñar conocimientos necesitamos cambiar conductas lo cual es más difícil cuanto más tarde se empieza.

Todas estas observaciones nos permiten afirmar enfáticamente que no podremos hacer buena promoción de la salud, ni estaremos aplicando eficaces programas de IEC sino logramos que la población se incorpore a los servicios, sino somos capaces de respetar la propia personalidad de los que requieren auxilio médico y si no contribuimos a su empoderamiento y a su autoestima, vale decir si no cambiamos radicalmente la presuntuosa pretensión de trabajar PARA la gente por la más modesta y única efectiva de trabajar CON la gente.

En estas condiciones políticas y sociales, nace la Nueva Política Nacional de Salud, que forma parte de la Política Social del Gobierno de Responsabilidad Nacional, a la que quiero referirme para explicar lo más claramente posible, lo que significa, lo que pretende y de cómo da sustento a la política de salud que vamos a poner en práctica.

POLÍTICA SOCIAL DEL GOBIERNO DE RESPONSABILIDAD NACIONAL.

Las ofertas electorales de los partidos de la coalición de Gobierno 2002-2007 han establecido con claridad la necesidad de enfrentar la crisis económica tomando en cuenta los determinantes interno y externos que la generaron.

Para esto se decide llevar adelante el PLAN BOLIVIA que incluye elementos integrados de Política Nacional e Internacional que buscan poner a Bolivia en el camino de la recuperación económica y social en forma estructural, generando varios procesos que se basan en el concepto Democrático Participativo y el Libre Mercado, con expansión de las libertades reales. Estamos con Amartya Sen, cuando sostiene que la pobreza, junto a las privaciones sociales sistemáticas y la escasez de oportunidades económicas son las peores enemigas de la libertad y del desarrollo. Teniendo en cuenta, además, que para nosotros, lo prioritario es el Desarrollo Humano, no sólo como un medio sino como fin en sí mismo, el cual debemos buscar con mecanismos descentralizados de gestión, que integran lo productivo, el mercado, el desarrollo social y la integración social.

La marginación y la exclusión social las consideramos como los mayores obstáculos para el desarrollo nacional y sabemos que desde el sector salud podemos hacer mucho para contribuir a su superación.

Este complejo proceso debe ser aplicado en forma simultánea, cambiando las estructuras administrativas del Estado para que la Gestión, la Administración y la aplicación de Políticas generen procesos duraderos de evolución de la sociedad boliviana hacia una mejor calidad de vida.

Para esto, el Gobierno del Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada, ha priorizado el ordenamiento económico nacional estableciendo mecanismos que garanticen que los réditos de la Capitalización de las Empresas beneficien directamente a la comunidad, especialmente a la más vulnerable, como es el caso de los ancianos que recuperan su derecho al BONOSOL. Se ha decidido también con esta misma visión utilizar los recursos de alivio a la deuda externa como son los recursos del HIPIC II en acciones sociales concretas y dirigidas al mejoramiento de otros grupos vulnerables respaldando el Seguro Universal Materno Infantil.

Se ha establecido la intervención del Estado en la generación de empleos, a través del Programa de Obras con Empleos, que no es otra cosa que la priorización de inversión pública en generación de infraestructura fundamentalmente caminera. Inversión pública que busca dos efectos concretos: primero, la generación de empleos con incorporación de la población excluida al aparato productivo del país y segundo facilitar el acceso de las poblaciones rurales y tradicionalmente excluidas a los mercados nacionales e internacionales. Paralelamente a este programa, se desarrollan otros, de Construcción de Viviendas, de Dotación de Propiedad de la Tierra a comunidades productivas del área rural, Programas Intensivos de Saneamiento Básico, Electrificación Rural y Dotación de Gas Domiciliario para poder mejorar la calidad de vida de las poblaciones más excluidas, todo lo cual dinamizará la economía nacional mejorará el Mercado Interno y simultáneamente estimulará el acceso a mejores servicios básicos.

Todo este proceso tiene que desarrollarse en forma Descentralizada y Participativa porque sabemos que los triunfos electorales o los acuerdos de gobernabilidad no son tales sino culminan en la devolución del poder constituido al elector, visto como sujeto de desarrollo y no sólo como objeto de la acción pública.

La Descentralización está orientada a fortalecer los espacios Municipales, profundizando la Ley de Participación Popular, y fortaleciendo la participación de la comunidad a través de estructuras institucionalizadas que articulen las necesidades con las capacidades, lo ideal con lo posible. El potenciamiento reci-

proco de la descentralización y la participación popular nos permitirá fortalecer los gobiernos locales en los territorios municipales, mejorar su capacidad administrativa y superar la inestabilidad política abriendo espacios a la democracia participativa y enriqueciéndola con la expresión directa de las comunidades indígenas originarias en el área rural y las juntas vecinales y otras organizaciones de la sociedad civil en las ciudades.

NUEVA POLÍTICA DE SALUD.

La nueva gestión de salud compartida y participativa que se concreta en el buen funcionamiento de los DILOS, involucra cambios trascendentales de los cuales tenemos que estar conscientes para impulsarlos decididamente. Los DILOS no son ni una concesión a los municipios ni simplemente una estrategia más para mejorar la atención médica; son el instrumento para cambiar la mentalidad exageradamente medicalizada de los que prestan servicios y de los que los demandan, a fin de que todos contribuyan a cimentar la salud como un derecho y a convencerse de que la salud, como expresión de la calidad de vida, depende más del desarrollo económico y social que de lo que puedan hacer los servicios médicos por sí solos.

Pero más que eso, cada DILOS es también el organismo por el cual el Estado reconoce su deber de garantizar el derecho a la salud de toda la población y el espacio adecuado para que ésta pueda construir una ciudadanía con capacidad de defender tal derecho, junto a todos sus derechos sociales.

Bolivia ha desarrollado muchos Programas Nacionales y Estrategias en el área de salud lo suficientemente buenas desde el punto de vista técnico, pero su impacto ha sido reducido por su enfoque elitista y autoritario. Las diferentes estrategias han estado orientadas a encontrar la forma de entregar servicios a la comunidad, considerada como un objeto de atención; pocas veces se ha buscado trabajar con ellas empoderándolas para que ellas mismas alcancen sus propios logros con una eficaz ayuda de los servicios.

La NUEVA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD, es resultado de todas las experiencias anteriores. Abandona el pesado, burocrático y costoso estudio teórico de la Reforma y se lanza a enfrentar los desafíos de nuestra difícil realidad

social y económica, para hacer una defensa de la salud colectiva, mejorar los servicios y transformar el beneficio en la construcción de un derecho. Debemos recalcar que no estamos municipalizando, menos buscando la privatización de los servicios, como ha ocurrido en otros países de nuestro continente, donde el Estado se libera de sus responsabilidades para entregárselas al municipio. Nosotros estamos descentralizando el poder y los recursos para acercarlos más al pueblo y para que éste ejerza mejor su derecho a la salud, manteniendo la innegable responsabilidad del Estado en todo este proceso.

Uno de los aspectos más novedosos y de mayor proyección de la Política Nacional de Salud es el hecho de que la salud ya no es considerada más como función exclusiva de las autoridades sanitarias. En el ámbito municipal, en la operación misma de los servicios de salud, la responsabilidad de las decisiones fundamentales es compartida, en igualdad de condiciones, con el gobierno municipal y los representantes de las organizaciones territoriales de base de estructura popular. De esta manera no sólo se desmedicaliza la atención de salud sino que se hace más democrática, más al alcance de la gente, más participativa y sobre todo contribuye a la tan necesaria construcción de ciudadanía

Siguiendo las iniciativas del propio presidente de la República, Gonzalo Sánchez de Lozada, pretendemos responder a las grandes necesidades de la salud pública en nuestro país, actuando simultánea y decididamente en dos grandes campos: el de la salud pública, propiamente dicha y el de los servicios de atención médica. Ambos campos otorgarán la prioridad debida a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. El primero, a cargo de los Servicios Departamentales de Salud -SEDES- concentrará sus esfuerzos en atacar los determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad extendiendo puentes para vincular la salud con otros sectores como educación, vivienda, agricultura, desarrollo de caminos y desarrollo económico en general, desde la prefectura del departamento correspondiente. El segundo, bajo la responsabilidad del Directorio Local de Salud -DILOS- de cada municipio, desarrollará los servicios en gestión compartida y con activa participación popular. Conformará adecuadas redes de servicios médicos y reconocerá y promoverá la participación de las organizaciones legítimas de la comunidad para constituirse en redes sociales paralelas a las de los servicios, de tal modo que se conjuguen los dos componentes indispensables, por un lado la mejor calidad profesional para brindar una atención médica oportuna y solidaria de alta eficacia, y por otro una población bien informada y con clara conciencia de sus derechos.

Insistiendo en convertir en práctica efectiva el convencimiento de nuestro gobierno de que la salud es un derecho y que los servicios de atención médica no pueden ni deben mercantilizarse, los mayores esfuerzos deben volcarse a las áreas rurales con una clara discriminación positiva en favor de la población indígena y originaria para contribuir a mejorar su salud, no sólo otorgándole mejor atención médica sino y sobre todo, acelerando su incorporación social y económica al resto del país.

Objetivos.

La reciente aprobación del SUMI - Seguro Universal Materno Infantil- nos permite señalar como primer objetivo la atención gratuita, integral, en todas las patologías que se pudieran presentar en las mujeres embarazadas, durante su embarazo y hasta seis meses después de terminado éste. Al mismo tiempo debemos también atender, sin costo para la familia, a todos los niños menores de cinco años, en todas las patologías que pudieran presentar, incluyendo en ambos casos, cirugías, pruebas diagnósticas y medicamentos en todos los niveles de atención.

Estos dos objetivos responden a la urgente necesidad de reducir aceleradamente la mortalidad materna y de los niños menores de cinco años. Recordando siempre que estamos más obligados a trabajar con la población más postergada de las áreas rurales, sobre cuyas necesidades no nos cansaremos de insistir.

El SUMI, es la punta de lanza de la expansión de los servicios y junto con los DILOS son el primer paso del proceso de reforma. Buscamos que los servicios sean cada vez más accesibles a la población de menores recursos hasta llegar a tener una Seguridad Social Integral y Universal. Pero con lo importante que son los objetivos del SUMI, no son el todo que nos corresponde impulsar, son solamente prioridades del amplio espectro que debemos cubrir como Ministerio de Salud y de Previsión Social. En este sentido se mantienen con igual o mayor fuerza los programas nacionales financiados por el TGN y ojalá con un mayor respaldo de la cooperación internacional.

El programa de Salud Sexual y Reproductiva, constituye otra prioridad que atraviesa transversalmente a todos los programas en todos los servicios y que es además un componente inexcusable para optimizar las prestaciones del SUMI. Una de las principales causas de la elevada tasa de mortalidad materna es el aborto provocado, que es resultado directo de los embarazos no deseados que como

todos sabemos son el fruto de una deficiente educación en lo que hace a la salud sexual y reproductiva. Educación que debía iniciarse lo más tempranamente posible para lograr un cambio significativo en la conducta de los futuros adolescentes, jóvenes y adultos. Sólo así podremos reducir tanto la violencia intra familiar alimentada por el machismo como el número de embarazos no deseados y hacer más saludable la sexualidad y la reproducción humana.

Esta educación que debe ir acompañada de servicios accesibles y de los recursos necesarios, está por encima de los debates que mantiene la iglesia con grupos rebeldes. Debates, que no pretendemos desconocer ni interferir, pero que no afectan al consenso ya logrado sobre la importancia de la educación. Firmemente convencidos de sus ventajas, esperamos contar con el apoyo de todos, tanto de la iglesia católica como de las organizaciones más o menos radicales. El embarazo no puede seguir siendo fruto del azar o algo indeseable, cuando de hecho es uno de los privilegios que tiene la mujer. El embarazo, debería ser siempre un bien buscado por la pareja como fruto de su amor, nunca constituirse en riesgo o en castigo. En este sentido el aborto provocado puede ser fácilmente eliminado, contribuyendo a una substancial reducción de las muertes maternas.

Todos los otros programas nacionales tienen sus particulares razones para intensificarse y expandirse. La Desnutrición, la Tuberculosis y las enfermedades transmitidas por vectores, unas son generales a todo el país otras propias de regiones específicas pero todas merecen la máxima atención. Atención que no puede seguir limitada a combatir sus manifestaciones o a prevenir la enfermedad específica sino a vencer sus causas originarias que como sabemos están vinculadas a la pobreza, a la falta de educación o a las tremendas deficiencias de nuestro desarrollo.

Tenemos que aprender a conciliar los intereses económicos de industriales madereros y agricultores del oriente con el derecho a la salud de sus trabajadores para que en defensa de ambos intereses se logre combatir más eficazmente y con mejor financiamiento las endemias locales. El disminuir la prevalencia de la malaria y el Chagas tendrá innegables beneficios tanto para la productividad de las empresas como para el bienestar de las personas y es lógico que busquemos el mayor provecho de la contribución racional de todos.

El objetivo central de cimentar salud como derecho, obliga al sector a no fragmentar los problemas ni a aislarlos de su contexto social. La promoción, la prevención y la curación deben impulsarse en un marco de integridad donde, ade-

más, lo biológico se engrana con lo social y económico, sabiendo que la defensa de la salud demanda no sólo acciones médicas específicas sino transformaciones sociales profundas. Pretendemos impulsar la defensa integral de la salud y su apropiación por la población como un Derecho, fomentando al máximo la participación popular.

Otro objetivo importante es adoptar una inteligente política de recursos humanos que paralelamente, mejore la calidad del recurso con una adecuada capacitación en servicio, establezca estabilidad funcionaria y logre una adecuada remuneración. Tenemos que cambiar el sistema actual que paga por igual a quien atiende un promedio de 1 o 2 pacientes por hora contratada o al que atiende 20 pacientes en un turno de 3 hs. Diferencias que no son justas y menos si se las compara con lo que ocurre con el médico de provincia que atiende sin horario todos los días a veces incluyendo Sábados y Domingos y percibe un sueldo menor. Establecer un sistema de remuneración por rendimiento y con incentivos para el trabajo en las zonas rurales más pobres, es una clara necesidad de nuestros servicios.

El posicionamiento de la Defensa de la Salud en la Defensa de los Derechos Humanos, civiles, políticos y sociales, es un objetivo primordial de nuestra política de salud. Debemos darnos cuenta que no podemos aplicar correctivos o mejoras aisladas. Tenemos que cambiar y reorientar el rumbo de nuestras acciones hacia lo concreto, hacia lo real, hacia la verdadera búsqueda conjunta de soluciones transformadoras y sostenibles.

Los DILOS y los SEDES

Los DILOS – Directorio Local de Salud- se constituyen en la máxima autoridad de salud en toda el área territorial del municipio correspondiente o de los municipios mancomunados. En cada municipio o en la mancomunidad de municipios cuando así lo creyeran conveniente los propios alcaldes y sus respectivos concejos se organizará un Directorio Local de Salud, - DILOS- integrado por una representación tripartita formada por 1) El Alcalde o su representante 2) El representante del SEDES correspondiente. 3) El representante de la comunidad. Sus funciones no se limitan solamente a mejorar los servicios de atención médica curativa, sino que a tiempo de encargarse del fomento a la promoción y prevención debe impulsar la activa participación de la comunidad en todos los

establecimientos de salud, que de este modo no podrán seguir siendo centros de ejercicio profesional desvinculado de la población, en muchos casos vistos incluso como ajenos a las expectativas, particularmente de la población rural. Desde los DILOS se podrá, además, trabajar por la vieja aspiración de construir Municipios Saludables.

Cada DILOS elegirá por concurso de méritos y examen de competencia, sujeto a las disposiciones reglamentarias vigentes, un Gerente de Red que cumplirá funciones de promoción, evaluación y fiscalización de todos los servicios médicos del municipio. Provisionalmente y por un periodo no mayor a seis meses el SEDES nombrará un Gerente interino para cada DILOS.

Creo necesario insistir que el Gerente de Red, no es la continuación de lo que eran los Directores de Distrito. No es más la autoridad médica absoluta y elitista sino el ejecutor de lo que resuelva el Directorio Local de Salud, subrayando la composición tripartita de este Directorio y la activa presencia en él, de la comunidad organizada. El poder de decisión corresponde al DILOS. El Gerente es responsable de la eficacia de la gestión.

El SEDES – Servicio Departamental de Salud- es el organismo normativo que actúa en cada departamento en representación del Ministerio, no ejerce autoridad directa sobre los servicios de atención médica porque sus funciones son de apoyo a éstos con recursos humanos u otros que el DILOS expresamente se los solicite, pero más allá de esta labor, la misión del SEDES es articular el sector salud con los otros sectores y responder a las grandes necesidades del Departamento en su conjunto en lo que hace al saneamiento básico, la organización de actividades de salud pública para controlar o terminar con las endemias locales y trabajar desde la prefectura en todo lo que se refiera a los determinantes económico sociales vinculados a la situación de salud de la población.

Redes de Atención Médica.

En cada DILOS se constituirá una red de establecimientos de salud, formado por todos los puestos, centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel que existan en cada municipio. Como lo veremos más adelante, en las zonas rurales esta red se complementará con Brigadas Móviles para atender también a la población dispersa. Cada institución de salud tendrá la autonomía suficiente para suscribir con el DILOS contratos de gestión que lo responsabilicen del cumpli-

miento de metas específicas. Para ello buscará la organización más adecuada y la forma de complementar su trabajo con las otras del mismo municipio y particularmente para establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia con el hospital de segundo nivel que le corresponda.

Los hospitales de tercer nivel atenderán las referencias del segundo nivel y excepcionalmente los casos específicos que el primer nivel se los envíe directamente. Los casos de emergencia no podrán ser rechazados por ninguno de los niveles de atención, cualquiera sea su grado de resolución. Pero debemos educar a la población para ingresar al sistema siempre a través del primer nivel de atención evitando la aglomeración de pacientes en los hospitales de segundo y tercer nivel. Dada la desorganización actual de nuestros servicios y la tradicional anarquía con la que han funcionado, esto no se logrará por comunicados públicos o notas administrativas, se conseguirá solamente con un trabajo solidario con la comunidad e incorporando los servicios en el corazón mismo de sus propias organizaciones.

La autonomía de gestión de cada servicio no lo exime de la obligación de cumplir con todas las disposiciones que rigen al sector. Todos están obligados a brindar las prestaciones que les corresponda. De este modo, además de las prestaciones del SUMI, deberán dar igual prioridad a todos los Programas Nacionales sin costo alguno para los pacientes. La salud sexual y reproductiva debe estar presente en forma horizontal en todas las actividades del servicio y ejecutar con la mejor calidad posible los subprogramas que lo integran. La TBC, Nutrición y las endemias locales son también prioridades nacionales y deben recibir igual o mayor impulso que el programa estelar del PAI al cual le toca vencer la barrera del 15% que lo limita, incorporando a sus beneficios a los que hasta hoy, han estado excluidos.

Es importante aclarar por qué mencionamos en primer lugar el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lo hacemos porque este programa, transversal a todos los demás, incide en el área más sensible de la exclusión social y el Desarrollo Humano. En la exclusión, porque la mujer cuanto más pobre, es más excluida y con menor acceso a los servicios de salud y de educación. En el Desarrollo Humano, porque la estabilidad de la pareja y el crecimiento de su potencial económico y social tienen relación directa con el grado de bienestar que logren con buena salud sexual y reproductiva. La satisfacción íntima de la pareja y el que pueda decidir libremente cuándo y cuántos hijos tener, tiene impacto directo en el desarrollo integral de las comunidades.

En los municipios que tengan población dispersa con dificultades de acceso a los servicios establecidos, se organizarán además BRIGADAS MÓVILES DE SALUD dependientes del servicio de salud más próximo a esa población. Estas brigadas estarán bajo la dependencia y control del Director del Establecimiento correspondiente, quien será el responsable del cumplimiento de su misión y del registro de sus actividades. Cada Brigada se constituye en una prolongación de las actividades del respectivo establecimiento y estará integrada por un dentista, una enfermera o un médico con capacidad de atender partos, la patología de emergencia, los controles de salud tanto de la niñez como de la mujer embarazada y de la no embarazada y los aspectos que la institución vea convenientes incluyendo actividades para promover la autoestima y la productividad de la población rural para mejorar su desarrollo integral y sostenible. El Director del establecimiento definirá la constitución de su o sus brigadas respectivas y las funciones específicas que les corresponda en el marco de la política general de salud ya definida. Esto se reflejará a través de la firma de los Contratos de Gestión que reflejarán las metas establecidas para y por la población.

Los centros de salud rurales en coordinación con la respectiva organización indígena originaria seleccionarán a los terapeutas tradicionales, parteras empíricas y otras personas con práctica y conocimientos suficientes para poder ser reconocidos como médicos tradicionales e incluirlos en el personal autorizado para prestar atención médica a la población de acuerdo a los usos y costumbres de cada localidad en los mismos establecimientos o en las brigadas móviles, siempre bajo la supervisión del Director del establecimiento.

Redes Sociales.

Paralelamente, a partir de los establecimientos del primer nivel, incluyendo las brigadas de salud, el Gerente de la Red de servicios buscará y alentará la participación de las organizaciones territoriales de base que existan en el área de influencia de cada establecimiento. Con el debido respeto a la estructura organizativa propia de la comunidad respectiva, se brindará todas las facilidades necesarias para su mejor organización y para que puedan constituirse también en una red paralela que trabaje junto a cada establecimiento de salud. Esta red social establecerá las representaciones respectivas para el primer nivel, el segundo y el tercero hasta llegar a coordinar sus funciones con los Comités de Vigilancia que forman parte del DILOS. De este modo se asegurará, además, que los Comités de

Vigilancia cuentan forzosamente con el respaldo explícito de las respectivas Juntas Vecinales en las áreas urbanas y de las comunidades indígenas y originarias en las áreas rurales.

En los Comités Locales, podrán participar también otras organizaciones de la sociedad civil que estén interesadas en la defensa de la salud sin distorsionar la estructura organizativa existente en la localidad. A este nivel se fomentará también la participación de ONGs, Iglesia, club de madres, organizaciones femeninas, juveniles y de todas las vinculadas al desarrollo local.

Seguros Sociales.

No podemos negar que la Caja Nacional de Salud y las otras Cajas del llamado sistema de seguridad social, están atravesando por un período crítico tanto en lo que hace a su economía, a su organización y a su administración

Los loables objetivos del Código de Seguridad Social aprobado en 1956 como un formidable avance de la Revolución Nacional, se frustraron por una serie de factores económicos y sociales que no es el caso analizar ahora. Simplemente tenemos que reconocer que no se pudo pasar del sistema Bismarkiano de Seguros Sociales laborales a la constitución de una verdadera Seguridad Social Integral y Universal que era el objetivo de sus promotores. Muchas causas intervinieron en esta frustración que se exageró durante el largo período de regímenes de facto que sufrió el país desde 1964 hasta 1982 cuando se recuperó la democracia.

La tesis laboral del sistema Bismarkiano ha creado una falsa imagen del aporte tripartito como que fuera laboral, patronal y estatal, cuando en la economía general del país todos los consumidores -tengan o no el privilegio de ser derechohabientes de un seguro- al comprar cualquier producto elaborado por una empresa, están financiando tales aportes que están naturalmente incluidos en el precio de venta.

Independientemente, y al margen de esta falla original, se han creado pequeños feudos donde aparecen como dueños de esos seguros, unas veces los funcionarios administrativos constituidos en sindicatos corporativistas, los profesionales o los Directores que en lugar de trabajar por el beneficio de los asegurados se parapetan en sus respectivos gremios para defender sus intereses particulares.

Pero pese a todos sus defectos y aun cuando el sistema Bismarkiano no es socialmente equitativo en especial en un país donde la mayoría carece de empleo estable y no tiene relación obrero patronal formal, los Seguros Sociales son conquistas de los trabajadores que debemos defender y mejorar, nunca destruir. En este sentido tenemos que hacer los esfuerzos que sean necesarios para ingresar en los feudos y terminar con la corrupción que se mantiene por años de años por encima de cambios políticos y administrativos.

El manejo "autónomo" de los recursos que se aportan a las diferentes Cajas de Salud ha generado una particular "estrategia de corrupción" que se ha mantenido por mucho tiempo. Afortunadamente en esta gestión y por primera vez ya van dos ex - funcionarios de la Caja Nacional de Salud, que han sido sentenciados como culpables por participar de esta estrategia. Vendrán más.

Es importante conocer algunas cifras de las Cajas de Salud. Todas, en conjunto, cubren solamente al 24% de la población boliviana. Cuando se creó la Seguridad Social en 1956 la cobertura inicial fue de 20%. Han pasado 47 años y ha crecido el número de Cajas pero no el número de protegidos por el Seguro

Por otro lado, los seguros de corto plazo invierten 79.4 \$us per cápita, mientras que el sector público de salud presta servicios parecidos con sólo 39.2 \$us per cápita

Los seguros de corto plazo atienden apenas al 50% de los partos de sus propias aseguradas. Tomando en cuenta Centros de Salud del mismo nivel de complejidad, en forma comparativa con los del Sistema Público de Salud, los de las Cajas tienen el doble de gasto en medicamentos o en insumos y suministros, considerando incluso los costos de los productos que los usuarios del sector público compran en las farmacias comerciales.

Para el mismo servicio que obtienen los asegurados en las diferentes Cajas de Salud, los ingresos de cada una de ellas son alarmantemente diferentes. Así tenemos que mientras la Caja Nacional de Salud recibe un ingreso per cápita de 41.4 \$us. El promedio de las demás es de 217.36 \$us.

Pero además de todas estas incongruencias todas las cajas han creado en su entorno una aureola de ser "víctimas del sistema" y han formado verdaderas logias de protección a su interior, logias que se han convertido en dictaduras bajo la apariencia de ser organizaciones sindicales, logrando engañar incluso a sus pro-

prios asociados que ignoran los ocultos objetivos de líderes seculares e inamovibles que no han logrado ninguna mejora colectiva, pero que se mantienen por años de años gracias a la apatía general.

Estas y otras irregularidades han hecho que el Gobierno de Responsabilidad Nacional decida iniciar un profundo análisis serio para poder plantear con la responsabilidad que le corresponde una solución estructural que precautelando la debida atención a los trabajadores asegurados y sus familias busque una mejor eficiencia en la administración y calidad en los servicios.

Política de Medicamentos.

Considerando al medicamento como un insumo estratégico hemos establecido una nueva Política Nacional de Medicamentos con el claro objetivo de "Lograr que la población boliviana tenga acceso con equidad a medicamentos esenciales eficaces, seguros y de calidad, a través de la acción reguladora del Estado, la concurrencia de todos los sectores involucrados, la participación de la comunidad organizada, reconociendo sus terapias tradicionales, en el marco del uso racional"

En la búsqueda de este objetivo, se plantean dos grandes pilares: El Sistema Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos y el Sistema Nacional Único de Suministro; sistemas que de manera conjunta permiten garantizar el acceso equitativo y oportuno a medicamentos seguros, eficaces y de calidad reconocida en el Sistema Nacional de Salud.

Esta política será operada con la participación multidisciplinaria de productores, importadores, consumidores, prescriptores, dispensadores, reguladores, comunidad universitaria y comunidad en general, a fin de asegurar la provisión y uso racional, reorientar la oferta de medicamentos en el mercado farmacéutico boliviano, enfatizando la disponibilidad de medicamentos esenciales. Debe también racionalizar el gasto farmacéutico, favorecer el acceso económico y geográfico del medicamento y regular la gestión del suministro.

Para realizar con propiedad estas acciones, el Ministerio de Salud y Previsión Social, requerirá no sólo fortalecerse institucionalmente e incrementar su liderazgo, sino también desarrollar su capacidad para articularse efectivamente con las diferentes instancias del sector público y privado. Debe relacionarse con el

circuito del medicamento y desarrollar un plan rector que permita sistematizar las acciones a desarrollar, y evaluar el impacto de la política de medicamentos, en la situación de salud del país.

COOPERACIÓN EXTERNA

La cooperación multilateral del sistema de Naciones Unidas como la bilateral de gobiernos amigos y ONGs, siempre será bienvenida. Si nos pudieron cooperar cuando nuestros esfuerzos estaban dispersos, creemos que ahora que tenemos trazado caminos claros y estructuras bien conformadas será más fácil para todos ellos brindar su apoyo valioso donde más lo juzguen necesario.

El Ministerio, a nivel central, está deseoso de intercambiar opiniones con la cooperación para considerar sus sugerencias y concertar espacios de participación en nuestros grandes programas nacionales, en la mejor aplicación del SUMI y en la propia estructuración de los cambios que estamos introduciendo. Independientemente, los DILOS y los SEDES pueden también concertar directamente apoyos para sus programas específicos, siendo de desear que todo se haga en el marco de las políticas nacionales.

La Cooperación externa no sólo que la necesitamos sino que la apreciamos en alto grado porque nos ayudará a llevar adelante el camino que nos hemos trazado, sin perjuicio de que ella misma pueda sugerirnos otras medidas que no estén consideradas en los programas aprobados. En cualquier caso sus opiniones siempre serán consideradas con el alto valor que tienen, como expresiones de la experiencia internacional y del conocimiento acumulado.

Particularmente las ONGs tienen el espacio abierto para trabajar respaldando el SUMI o cualquiera de los programas ya sea en el ámbito nacional, de cualquiera de los DILOS o de un determinado establecimiento de salud según sus propias decisiones y recursos disponibles.

Toda ayuda será bienvenida porque nuestros recursos son escasos y enormes nuestras necesidades. Las ambiciosas políticas de salud que nos hemos trazado demandan decisión de trabajo de todos los funcionarios de salud, médicos y no médicos y solidaridad nacional e internacional.

CONVENIOS INTER INSTITUCIONALES.

Somos respetuosos de los convenios inter institucionales y estamos enterados de las ventajas positivas que nos brindan, por lo cual buscaremos establecerlos con un mayor número de instituciones en el marco de las disposiciones vigentes a partir del primero de enero de este año. Estas disposiciones legales cuyo cumplimiento es imperativo, no solamente por el propio mandato que tiene toda ley sino porque constituyen un fuerte respaldo al desarrollo social, abren la puerta para que variadas instituciones puedan ayudarnos mejor con resultados realmente efectivos.