



MOVIMIENTO POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS



COMISION BOLIVIANA DE DERECHOS HUMANOS



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES



ASOCIACION BOLIVIANA DE MUJERES



IBFAN INSTITUTO BOLIVIANO DE FOMENTO ALIMENTARIO NUTRICIONAL



COMISION BOLIVIANA DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL NIÑO Y ADOLESCENTE (BOLIVIA)



EL DERECHO A LA SALUD Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN BOLIVIA



Publicación de carácter informativo social gracias al apoyo de: People's Health Movement, Fondo para el Desarrollo y la Cooperación de la Unión Europea, la Katholieke Ziekenhuisgroep Eindhoven, V.KZE (Alemania); MISEREREOR (Alemania) y Niños y Niñas (Holanda).

**MOVIMIENTO POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS
(People's Health Movement)**

**ACCIÓN INTERNACIONAL PARA LA SALUD
(AIS – Bolivia)**

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
(UMSA La Paz - Bolivia)**

**COMITÉ DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR
(CODEDCO - Bolivia)**

**RED INTERNACIONAL DE GRUPOS PRO ALIMENTACION INFANTIL
(IBFAN Bolivia)**

FUNDACION POR LA NATURALEZA Y LA VIDA (FUNAVI Bolivia)

EL DERECHO A LA SALUD Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN BOLIVIA

2010

Acción Internacional por la Salud (AIS - Bolivia)
Comité de Defensa de los Derechos del Consumidor (CODEDCO – Bolivia)
Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil (IBFAN – Bolivia)
Fundación por la Naturaleza y la Vida (FUNAVI – Bolivia)

EI DERECHO A LA SALUD Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN BOLIVIA

- Dirección y Coordinación General** : **Dr. Oscar Lanza V. MD; MPH.**
- Equipo de Investigadores** : Oscar Lanza V. (MD, MPH)
José Martín Carrasco Burgoa
Rídmар M. Velásquez Torrico
A. José Guerrero Ayllón
Vivian Camacho
- Apoyo a la Investigación** : Rodrigo Urquieta Arias
- Equipo Técnico** : Carlos Montes Aliaga
Antonio José Guerrero Ayllón
José Martín Carrasco Burgoa
Rodrigo Urquieta Arias
María Eugenia Domínguez
Wendy Iturri Huanca
Rídmар Velásquez Torrico
Rubén Torres Apaza
- Asesoramiento internacional** : Dr. Claudio Schuftan (People’s Health Movement – PHM)

Agradecemos el Apoyo de:
MISEREOR – KZE (Alemania), Wemos (Los Países Bajos), fos Bolivia, Plan Internacional Bolivia, PHM Global

© **COPY RIGHT RESERVED 2010**

Todos los derechos de publicación y reproducción, reservados y sujetos a autorización legal y escrita de **AIS - CODEDCO - IBFAN BOLIVIA**, D.S. 207651 - D.L. 4-3-18-89, NIT: 1001891024
Primera Edición, Febrero 2010 - ISBN 978-99954-716-4-4 - Depósito Legal N° 4-1-1767-10
1000 ejemplares - Impreso en La Paz, Bolivia. Agosto 2010

AIS - IBFAN - CODEDCO Bolivia:
Av. Abel Iturralde N° 1178, Miraflores
Telefax: 591 (2) 2222987 - 2221177
Casilla de Correo 568
Email: aisbol@entelnet.bo
web: www.aisbolivia.org
La Paz – Bolivia

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO.....	
PROLOGO.....	i
INTRODUCCION.....	iii
1.- DESARROLLO DEL INFORME SEGÚN LA METODOLOGIA FORMULADA POR EL MOVIMIENTO MUNDIAL POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS (PHMI).	
1.1. Compromisos contraídos por el Gobierno de Bolivia para el ejercicio del Derecho a la Salud	
1.1.1. Tratados Internacionales ratificados por Bolivia.....	1
1.1.2. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.....	1
1.1.3. La Convención Americana sobre Derechos Humanos (pacto de San José).....	1
1.1.4. Acuerdos de Asociación entre la Comunidad Andina de Naciones y la Unión Europea.....	2
2.- DOCUMENTOS DE CONSENSO SUSCRITOS POR BOLIVIA	
2.1. Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).....	5
2.2. Plataforma de Beijing para la Acción.....	8
2.3. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD).....	9
2.4. Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (General Agreement on Trade and Services) (GATS).....	11
2.5. Documentos de Lucha Contra la Pobreza DELP.....	12
3.- LAS LEYES NACIONALES y DISPOSICIONES HACIA EL EJERCICIO DERECHO A LA SALUD	
3.1. El Derecho a la Salud en la Nueva Constitución Política del Estado en Bolivia.....	15
3.1.1. El Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus Programas - Cambios introducidos y orientaciones principales.....	19
3.1.1.1. Bases del Plan Estratégico de Salud.....	19
3.1.1.2. El Programa Multi Sectorial Desnutrición Cero.....	20
3.1.1.3. Los Bonos Juana Azurduy de Padilla y Juancito Pinto.....	21
3.1.1.4. Recursos Humanos para el Sector Salud – el Sistema SAFCI.....	21
3.1.1.5. El Rol Rector del Ministerio de Salud.....	23
3.1.1.6. El Código de Seguridad Social.....	23
3.1.1.7. El Seguro Médico de Vejez.....	24
3.1.1.8. Ley Marco de autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez”.....	24
3.1.2. ¿Quiénes participan en el desarrollo e implementación de las políticas y programas de salud?..	25
4. INVERSIÓN PÚBLICA EN BOLIVIA	
4.1. Presupuesto asignado a la Salud- financiamiento de la Atención en Salud.....	26
4.1.1. Importancia de disponer de información sobre la inversión y gasto en salud.....	28
4.1.2. Las finanzas del sector salud y las tendencias de privatización de los servicios de salud públicos.....	28
4.1.3. ¿Hasta que punto los actores internacionales extienden o limitan la capacidad para implementar programas de salud?.....	30

**5.- ¿SON APROPIADAS LAS POLÍTICAS DEL ESTADO PARA CUMPLIR CON EL DERECHO A LA SALUD? -
POLÍTICAS Y PROGRAMAS QUE GUÍAN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS).**

5.1. Desafíos del Sistema de Salud de Bolivia (SNS) y el modelo de organización..... 34

5.1.2. Percepción de la comunidad y de los usuarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) –
Testimonios..... 34

5.1.3. Algunas Sugerencias para la Construcción de un Sistema Único de Salud en Bolivia en el marco
del Derecho a la Salud y de la experiencia intencional..... 43

**6.- ¿EL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS ESTÁ IMPLEMENTANDO INTERVENCIONES DE MANERA
ADECUADA PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD Y A LA ATENCIÓN DE SALUD PARA
TODOS?**

6.1. ¿El Nivel de Salud de los diferentes grupos sociales y de la población como un todo, reflejan una
progresión de su Derecho a la Salud y a la Atención de Salud?..... 52

6.2. Compromisos específicos hacia el Derecho a la Salud aun incumplidos en Bolivia..... 53

6.3. Es la falta de recursos un gran obstáculo? 54

6.4. Interculturalidad y Derecho a la Salud..... 54

7.- CONCLUSIONES..... 56

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 58

9.- ANEXOS..... 60

AGRADECIMIENTOS

A nivel mundial, existen instituciones y personas que han consagrado su vida a proteger y defender los derechos humanos, entre ellos el Derecho a la Salud. Muchas de las instituciones y personas se han reunido en el Movimiento por la Salud de los Pueblos (People's Health Movement), como una Red internacional de organizaciones de la sociedad civil, ONGs, activistas sociales, profesionales de la salud, académicos e investigadores que trabajan para la promoción del Derecho universal a la Salud.

Dentro de los objetivos de la Red, se encuentran el promover Salud para Todos, en el sentido de derecho universal, a través de un movimiento participativo e intersectorial. También se pretende coadyuvar los esfuerzos de los gobiernos y a las agencias de salud para que garanticen el acceso universal a servicios de salud de calidad, a la educación y a los servicios sociales, según sus necesidades. Además se promueve la participación de la sociedad y de las organizaciones sociales en la formulación, implementación y evaluación de todos los programas de política social y sanitaria. Promocionar la salud, la equidad y el desarrollo sostenible, como prioridades para las políticas locales, nacionales e internacionales e impulsar a la sociedad civil para buscar soluciones propias a problemas de salud que les afectan.

Hoy, al presentar este trabajo sobre el Derecho a la Salud y la Atención en Salud en Bolivia, esperamos que este esfuerzo no resulte en otro documento más, que quizás sea ignorado en algún archivo, si no, que contribuya como un instrumento útil a los cambios necesarios para proteger lo más valioso que tiene una nación: la vida y su capital humano. Buena parte del ejercicio del Derecho a la Salud depende del grado de compromiso de los Estados y de sus autoridades, para evitar que la salud sea transformada en un privilegio de pocos y no en un patrimonio de todos, tomando medidas para que este derecho no resulte en un objeto de mercado, reduciéndolo de un bien social a la escala de una simple mercancía. El interés colectivo y de la Salud Pública debe prevalecer sobre el mercado.

Si bien este tema es importante en todos los países del mundo, resulta crucial en el caso boliviano debido a los preocupantes índices de salud. Confiamos en que los resultados de este estudio coadyuven a tomar y a adoptar decisiones informadas y basadas en evidencia, en el desafío común que nos plantea la Nueva Constitución Política del Estado de defender el Derecho a la Salud. Este desafío es asumido por legisladores, autoridades, organizaciones de la sociedad y líderes de la comunidad, ya que juntos tenemos la obligación de contribuir a su estricta aplicación velando por la salud integral de nuestros ciudadanos.

Este trabajo conjunto, no habría sido posible sin el compromiso, trabajo, apoyo y estímulo del Movimiento por la Salud de los Pueblos (People's Health Movement) y en particular de nuestro amigo el Dr. Claudio Schuftan.

Este esfuerzo interinstitucional ha contado también con una conjunción de esfuerzos de investigadores que han participado en el estudio, al igual que expertos internacionales que han asesorado el mismo con una motivación inusual, y un compromiso y pasión por proteger el Derecho a la Salud. Nuestro agradecimiento a Misereor – KZE (Alemania) y Wemos (Los Países Bajos), fos en Bolivia (Fondo para el desarrollo Bélgica) que con su comprensión y aporte hacen posible las tareas de AIS – IBFAN-CODEDCO Bolivia y a la Comunidad de Derechos Humanos, la Universidad Mayor de San Andrés a través de su Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería y Tecnología Médica y a PLAN Internacional por su aliento y apoyo para esta iniciativa. A todos ellos nuestro reconocimiento y aprecio.

Dr. Oscar Lanza V. (MD, MPH)
COORDINADOR AIS BOLIVIA

PRÓLOGO

EL DERECHO A LA SALUD Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN BOLIVIA

La salud y más concretamente el acceso a la salud ha sido durante muchos siglos considerado como una cuestión de suerte o de predestinación. Algo escrito en las estrellas, que se trataba de adivinar por diferentes medios y, por lo tanto, uno de los mejores deseos que se podía expresar a los seres próximos. Con el avance de las ciencias y el predominio del enfoque positivista en algunas culturas del mundo, la salud fue vista como el resultado de la herencia genética de cada individuo y del azar de sus encuentros con agentes patógenos. El azar reemplazaba la suerte, pero la salud quedaba como extraña a la acción organizada de la sociedad.

Un paso siguiente fue el desarrollo de los sistemas de seguridad social y el reconocimiento de la importancia de los factores sociales, políticos, económicos, culturales y ambientales en el estado de salud que puede gozar una sociedad. Sin embargo, si bien se reconoce de esta manera la complejidad de los agentes que determinan la salud de los individuos y la posibilidad de protegerlos contra la enfermedad, esto puede ser percibido como una ventaja que se otorga a unos, como elemento de una negociación. En consecuencia, esta ventaja les toca a los con poder de negociación, dejando de lado a los excluidos de la sociedad.

La introducción del enfoque de derecho permite considerar a la salud como un elemento constitutivo de la persona humana, independientemente de toda otra consideración. Se une al conjunto de los derechos humanos y transforma la justicia social en un imperativo ético. Asimismo, modifica las relaciones entre economía, equidad y desarrollo y conlleva el desafío de asegurar los marcos legales para que sea efectivo. Adicionalmente, nos permite reflexionar sobre varios mitos, como ser la falta de sostenibilidad de la universalización de la protección social.

En Bolivia, por su historia y sus culturas, encontramos todas las dimensiones descritas más arriba. La salud es suerte y azar, es conquista social y ahora es un derecho reconocido explícitamente en la Constitución del país. Sin embargo, es un derecho que hay que construir, paso a paso. En esta construcción, no se trata de rechazar los enfoques anteriores, sino de incorporarlos en una visión integradora, de manera que se superen las aparentes contradicciones., como, por ejemplo, la opinión generalizada y reflejada en las encuestas realizadas en el presente estudio, de que el derecho a la salud se basa en contar con hospitales y centros de salud adecuados para la atención de pacientes.

En este sentido, hay que celebrar y felicitar esta nueva publicación de AIS Bolivia, que pone en la mesa de debate un tema tan relevante como el “Derecho a la salud y la atención de salud en Bolivia”. Lo hace llevando los elementos conceptuales y analíticos necesarios para enriquecer el debate y permitir su fructífero desenvolvimiento. Cumple de este modo con su papel de una organización de la sociedad civil, llamada a interpelar a las instancias públicas, no con el fin de molestarlas sino de incentivarlas para que no se dejen llevar por el conformismo, la soberbia o la irresponsabilidad.

Dr. Christian Darras
REPRESENTANTE OPS/OMS EN BOLIVIA

INTRODUCCION

Resulta difícil referirse a la salud como Derecho, cuando la realidad indica que una parte creciente de la población mundial, observa cómo, sus condiciones de salud se degradan e incluso cómo su propia existencia está amenazada. Por ejemplo, según recientes estimaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud), 1,7 millones de personas habrían muerto de tuberculosis en el 2007, mientras se registraron 8,9 millones de nuevos casos. Estas muertes podrían haberse evitado, si promesas como las Estrategias de Reducción de la Pobreza (ERP/DELP) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM/MDGs) se hubieran cumplido. De 350 a 500 millones de seres humanos sufren de malaria y un millón de personas, sobre todo niños, mueren por ello cada año. El SIDA ha cobrado la vida de más de tres millones de personas el año 2008. Así, estas enfermedades, junto a la desnutrición resultan devastadoras y responsables de más de 6 millones de muertes cada año, de las cuales buena parte se da en los países de la región de las Américas.

Se estima que en el mundo, incluidos los países del Norte, hacen falta unos 4,3 millones de profesionales y/o trabajadores de la salud (médicos, enfermeros/as, auxiliares) para coadyuvar en la posible resolución de estos problemas, pero la denegación del acceso a las Determinantes Sociales de la Salud y la constante degradación del medio ambiente, resultan, hoy más que nunca, una creciente amenaza para la vida, la salud y el ejercicio del Derecho a la Salud para todos y cada uno de nosotros. Desde Lalonde (1974) conocemos que el cambio en los estilos de vida contribuye a una reducción del 43% de la morbilidad, mientras la biología humana los hace en un 27%, el cuidado del entorno y del medio ambiente lo hace en un 19% y los sistemas de salud, reducen los problemas de salud tan solo en un 11%. A pesar de estas evidencias, se continua presionando para mantener el enfoque que los sistemas de salud nos aseguran una vida saludable, a través de una sofisticada tecnología fuera del alcance de los pobres. *La historia del enfermar, es la historia de la evolución del hombre y sus procesos de producción de bienes y servicios (José Portillo, 1993).*

Si bien el Derecho a la Salud está reconocido en numerosas convenciones, acuerdos y compromisos internacionales en el marco de los derechos humanos, este derecho está estrechamente vinculado y depende del goce de otros derechos humanos, como los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). La mayoría de los problemas de salud y/o de las enfermedades que afectan al mundo, al igual que la mayoría de muertes, son el resultado de la denegación o exclusión de servicios que se abocan a las necesidades sentidas fundamentales. El no acceso a las Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como ser el acceso al agua potable, una alimentación y nutrición apropiadas, educación, saneamiento básico, entre otras, sumadas a las dificultades y carencias de medios e infraestructuras sanitarias, resultan ser causa importante y urgente de la presente deletérea situación.

Las medidas y creciente evolución de la salud pública en el siglo XIX en Europa y en los países del norte en general, muestran que las intervenciones más significativas en la mejora de la calidad de vida tuvieron una positiva repercusión en el estado de la salud de la población. Estas intervenciones se situaban fuera del sector y de los sistemas y/o servicios de salud. En efecto, la realización del Derecho requiere del ejercicio al derecho al alimento, al agua pura y segura, contar con vivienda digna, higiene, saneamiento básico, condiciones laborales aceptables, y ejercicio de las libertades personales en un contexto de justicia, de equidad, de paz y de seguridad.

La promoción de la salud y la prevención de riesgos, implican mucho más que tan solo el acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS) y/o a sus servicios como ser hospitales, centros de salud y a medicamentos y biotecnología médica. El actual orden económico mundial y/o internacional injusto, es el que origina desigualdades y pobreza, impidiendo la mejora en condiciones de vida y por tanto la realización del Derecho a la Salud. Las políticas macro-económicas y, en particular, los acuerdos comerciales desiguales, la carga de la deuda externa, y la continua apropiación de recursos nacionales (humanos y materiales) – impuesta por algunos países desarrollados, a través de las instituciones financieras internacionales y las empresas transnacionales han conducido a un aumento sustancial de la pobreza, de las inequidades y desigualdades entre los países y también al interior de los países.

Hace 30 años, parecía que la comunidad internacional tomaba conciencia de esta situación y de la importancia de la cooperación internacional para poner remedio a esta situación, cuando declaraba: “Las flagrantes desigualdades en la situación sanitaria de los pueblos, tanto entre países desarrollados y países en desarrollo, como en el interior de los países, son políticas, social y económicamente inaceptables y constituyen por ello un tema de preocupación común a todos los países” (1). Hoy en día, la situación no ha hecho más que empeorar y pese a que *todos los Estados* se han comprometido a respetar los términos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se constata que el reconocimiento del Derecho a la Salud, tal como existe en la teoría de los instrumentos internacionales, no basta para conseguir su concretización efectiva. Por lo planteado anteriormente realizamos esta investigación, pretendiendo contribuir a un diagnóstico confiable sobre el ejercicio del Derecho a la Salud y a la atención y auxilio en salud en Bolivia.

1.- DESARROLLO DEL INFORME SEGÚN LA METODOLOGIA FORMULADA POR EL MOVIMIENTO MUNDIAL POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS (PHM)

1.1. COMPROMISOS CONTRAIDOS POR EL GOBIERNO DE BOLIVIA PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD

1.1.1. TRATADOS INTERNACIONALES RATIFICADOS POR BOLIVIA

El Gobierno Boliviano ha ratificado, entre otros, los siguientes tratados internacionales:

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Diciembre 1948
2. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), diciembre de 1979.
3. Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) noviembre 1990.
4. Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CIDESC) diciembre del 2008.
5. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Mayo 2003
6. Declaración Sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y Originarios. Junio 1995. (2)

Por otra parte existen algunos otras convenciones internacionales y recomendaciones de organismos de Naciones Unidas que también han sido adoptados y reconocidos por el país y que actualmente, algunos de ellos han sido adoptados como leyes nacionales, seguidamente, por su trascendencia e importancia, se detallan algunos de ellos.

1.1.2. CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA:

Ratificado en Bolivia mediante la Ley 3460 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucesdaneos (Agosto 2006) y el Decreto Supremo N° 0115 (mayo de 2009). En ninguna de las anteriores disposiciones el país ha expresado reservas o limitaciones, aunque la aprobación de estas medidas demandaron más de 20 años de abogacía y cabildeo, principalmente por parte de las organizaciones de la sociedad civil, ya que las políticas nacionales hasta fines del año 2005 ponían énfasis a que el mercado, regulándose por si solo, generaría bienestar, no adoptando antes estas medidas por considerarlas como posibles “barreras al libre comercio”

1.1.3. LA CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (Pacto de San José)

El Gobierno de Bolivia mediante Ley 1430 de 11 de febrero, dispuso la aprobación y ratificación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José", suscrita en San José, Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969 y el reconocimiento de la competencia de la Comisión y de la Corte Interamericana sobre Derechos Humanos, de conformidad con los artículos 45 y 62 de la Convención.

1.1.4. ACUERDOS DE ASOCIACIÓN ENTRE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES Y LA UNIÓN EUROPEA

Durante las negociaciones de acuerdos de asociación entre la CAN (Comunidad Andina de Naciones) y la UE (Unión Europea), el Gobierno Boliviano sostuvo su posición de realizar negociaciones en el modo “bloque a bloque”, buscando garantizar la integración y fortaleza del bloque CAN, sin embargo lamentó ante la Comisión Europea, que se plantee al consejo Europeo dar por finalizadas las negociaciones de un acuerdo de asociación “de región a región” entre la Unión Europea y la Comunidad Andina iniciadas bajo la Presidencia Pro Tempore boliviana de la CAN el 14 de junio de 2007. Bolivia siempre trabajó por un acuerdo “de bloque a bloque” que fortaleciera la integración regional y que incluyera de manera equilibrada y complementaria los tres pilares de diálogo político, cooperación y comercio. Sin embargo, en vez de ultimar esfuerzos para preservar la negociación regional, explorando maneras de incorporar los diferentes enfoques económicos de los países andinos, la Comisión Europea hizo una propuesta promoviendo “negociaciones comerciales bilaterales” comerciales que dividen a los países de la CAN, entre los que se plantean un Tratado de Libre Comercio (TLC) y aquellos que optan por acuerdos comerciales que contengan trato diferenciado, asimétrico y que sin limitantes de derecho, impiden definir políticas nacionales independientes en temas esenciales como los de inversiones, servicios, propiedad intelectual, compras estatales y políticas de competencia.

Estas discrepancias fueron expuestas por Bolivia en el tema de salud, en diferentes Asambleas Mundiales de la Salud (AMS/WHA 2008, 2009) donde la delegación Boliviana asumió un rol de liderazgo en tenso debates y en particular en las discusiones sobre la *“Implementación de la Estrategia Global, el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación, Investigación y Salud Pública”*, ya que Bolivia considera que la comunidad internacional enfrenta un reto moral de formular propuestas concretas sobre actividades que respondan genuinamente a necesidades reales y sentidas de salud particularmente de la población de los países más pobres y luego del informe del “Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (IGWG)” presentado ya en el año 2008 y que tienen repercusión para el ejercicio del Derecho a la Salud.

Durante el desarrollo de estas Asambleas mientras Bolivia planteaba enérgicamente que la OMS (Organización Mundial de la Salud) continué asumiendo y refuerce su rol, como actor clave, en la responsabilidad de monitorear la Implementación de la Estrategia Global y Plan de Acción, a fin que el Derecho a la Salud, el acceso a la innovación, a la investigación, se ejerzan sin exclusiones, otros países, particularmente los más ricos e influyentes, ofrecían tenaz resistencia a la propuesta boliviana. Naciones como Bangladesh, Barbados, Surinam, Cuba, Ecuador, Nicaragua y Venezuela, compartían la posición boliviana e insistían, juntos, en que esta discusión no debería darse solo entre “los países interesados en el tema” como planteaban Estados Unidos de Norte América, Canadá y la Unión Europea, oponiéndose estos últimos, a que la OMS/WHO continué en este tema como un actor clave, ya que en su entender, estos temas relacionados a propiedad intelectual deberían ser debatidos en instancias tales como la OMC/WTO (Organización Mundial del Comercio) y/o la OMPI/WIPO (Organización Mundial de la Propiedad Intelectual).

Bolivia continúa planteando un compromiso más enérgico para la plena implementación de la Estrategia Global con activa participación de la OMS/WHO.

La presiones de los más poderosos, sin embargo, lograron que decisiones de diferentes Asambleas Mundiales de la Salud retrocedieran en este intento, aunque tras la enérgica batalla desplegada por Bolivia, Bangladesh, Barbados, Surinam, Cuba, Ecuador, Nicaragua y Venezuela se logro dejar “la puerta abierta” para un posible “*Tratado global sobre el Desarrollo de de la Investigación Biomédica y el acceso de los países menos favorecidos a la investigación e innovación*” (R&D treaty), que permita medidas concretas para el ejercicio real del Derecho a la Salud.

Negociadores del Gobierno Boliviano, junto a otras naciones y organizaciones de la sociedad civil, consideran preocupante e inaceptable que las discusiones sobre el posible “tratado para Desarrollo e Investigación Biomédica” busque excluir a la OMS de discusiones relevantes a la Salud.

Cual entonces es el papel que debería jugar la OMS promoviendo el Derecho a la Salud como un Derecho Universal?

La franca oposición a un “tratado sobre desarrollo de la investigación biomédica, innovación y salud publica” procede principalmente de la Industria Farmacéutica Corporativa, con base, sobre todo en los países mas ricos y otros privilegiados e influyentes, que buscan minar que las negociaciones en las AMS/WHAs se traduzcan en progresos concretos para aprobar un tratado sobre este tema que incluirían aspectos tales como: mayor transparencia, normas éticas en las investigaciones e innovación y favorecer el acceso a información, a nuevas tecnologías y productos biomédicos para todos. Resulta claro el temor corporativo de ver debilitadas sus pretensiones de imponer medidas mas fuertes y enérgicas para la protección de sus patentes en cuanto a Investigación, Innovación y Desarrollo (I & D) en el área de la salud, mostrando mayor preocupación sobre la “salud de sus negocios” que sobre la “salud internacional de los seres humanos”. Existe oposición de algunos países muy influyentes que temen contraer obligaciones al apoyar el desarrollo de investigaciones en temas a los que ahora son indiferentes (por ejemplo mayor investigación de enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países de menor desarrollo como es el caso de la Enfermedad de Chagas, Malaria, Tuberculosis, Leshmaniasis, entre otras, que afectan a países como Bolivia y que por ahora son considerados “problemas u enfermedades o patologías descuidadas u olvidadas”, como también la investigación y producción de medicamentos que ahora pocos o nadie quiere producirlos por que afectan a los “pobres” y que no significan un atractivo en términos de ganancia u utilidades para grandes compañías involucradas en el negocio de la salud y la enfermedad.

Lo mismo ocurre con posibles obligaciones que se plantearían en el marco de un tratado Global sobre el tema, como ser la transferencia de tecnología, la apertura de base de datos, etc., transformando estos temas, con un tratado global, en “bienes públicos” que respondan a las prioridades de salud, antes que en prioridades de mercado.

Es cierto que algunos actores clave, incluidos algunos países emergentes, aceptan que la OMS/WHO sea un actor en partes de la estrategia global que involucran aspectos de propiedad intelectual, pero dejan claro que lo harán así, solo bajo la condición que la OMS/WHO no intervenga en el tratado de Desarrollo e Investigación Biomédica (D&R), asunto que no es aceptable actualmente para Bolivia.

La conjunción de esfuerzos de países menos influyentes pero comprometidos con el Derecho a la Salud, muestra que juntos pueden lograr posiciones más enérgicas y reabrir debates, que hasta hace poco, los poderosos consideraban un tema cerrado.

“Cuando los pequeños pececillos se reúnen y agrupan, es hora que los tiburones empiecen a tomar en cuenta también las voces y preocupaciones de los pequeños”.

Esta estrategia fue precisamente la adoptada en mayo del 2010 en la Asamblea Mundial de la Salud (AMS/WHA 63), donde la intervención de 12 países que conforman la Unión de Naciones Sudamericana (UNASUR) sugirió un cambio de las reglas de juego para abordar estos temas sobre innovación y propiedad intelectual, en el caso específico de la lucha contra la falsificación de medicamentos, donde un informe presentado por el “grupo de expertos sobre la estrategia mundial y plan de acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual” fue rechazado por la Asamblea, ya que en el informe se insistía en la propuesta de otorgamiento de patentes a las industrias farmacéuticas para promover la innovación, vinculando la investigación y el desarrollo con los precios de los medicamentos, situación que UNASUR consideraba debía ser abolida, impugnando el informe del “Grupo Internacional de Lucha contra la Falsificación de Medicamentos” (IMPACT, por sus siglas en inglés), debido a que en criterio de UNASUR respondían a intereses de corporaciones farmacéuticas, que buscan entorpecer el comercio de medicamentos genéricos, a los que buscan denunciar como falsos o como infractores de disposiciones aduaneras.

En la Asamblea, UNASUR consiguió instaurar el principio participativo que tienen las naciones para la elaboración de propuestas y la toma de decisiones, resolviendo la conformación de un Grupo de Trabajo Consultivo de Expertos, que serán propuestos por los países y nombrados por el Consejo Ejecutivo de la OMS/WHO. Este grupo conformado por 34 expertos tiene por finalidad elaborar una propuesta para definir, democráticamente, una nueva estrategia para luchar contra las enfermedades, devolviéndose así a los gobiernos nacionales la facultad de decisión.

Para UNASUR las propuestas en el seno de las AMS/WHAs deben realizarse bajo “una perspectiva de salud pública y con exclusión de consideraciones relacionadas con el comercio y la propiedad intelectual, contra los productos médicos deficientes en cuanto a su calidad, seguridad, eficacia, tales como los de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados y de imitación”.

2.- DOCUMENTOS DE CONSENSO SUSCRITOS POR BOLIVIA

2.1. Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs/MDGs)

En Septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas, los líderes mundiales de 189 estados adoptaron un conjunto de objetivos y metas cuantificables y delimitadas en tiempo, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente, la discriminación contra la mujer, comprometiéndose con los principios de los Derechos Humanos, gobernanza responsable y la democracia.

Desde entonces se han resumido y operacionalizado como un paquete de 8 objetivos generales, 18 metas y 48 indicadores, comúnmente denominado como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a alcanzarse para el año 2015. La apropiación del proceso de ODM por los países es esencial y en América Latina se abordó en una conferencia de alto nivel en Brasilia en noviembre 2003 (27). La Declaración de Brasilia, de la que Bolivia participó y es firmante, es un llamado a la acción y ejecución que refuerza el principio de asociación inherente a la Declaración del Milenio y los convenios previos de las anteriores Cumbres de las América (26).

Tres de los ocho ODM se refieren explícitamente a temas de salud:

1. Reducción de la mortalidad infantil
2. Reducción de la mortalidad materna
3. Combate contra el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades.

Aún más, 7 de las 18 metas están directamente relacionadas con las responsabilidades del sector de la salud, estas metas son:

Meta 2. – Desnutrición

El indicador de meta se resume en el porcentaje de niños menores de 3 años que sufren desnutrición crónica, que como objetivo trazado para el 2015 debería ser de 19 % o menor; en el año 2001 este porcentaje fue de 25.6% y para el 2006, registró un leve descenso a 25.5% (18). A pesar de los esfuerzos desplegados por autoridades nacionales y la implementación del Programa Desnutrición Cero, que se señalarán más adelante, aún estamos lejos de cumplir esta meta, a pesar de los esfuerzos del país.

Meta 5.- Mortalidad durante la niñez

Son dos los indicadores de esta meta

1. Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos), que el año 2001 era de 63.7 por mil nacidos vivos, disminuyendo para el 2006 a 53.6 (18). El dato oficial según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008 para ese año, es de 50 por mil nacidos vivos (16). El objetivo a cumplir es el de disminuir esta mortalidad a 27 por mil nacidos vivos, para el año 2015.
2. Cobertura de vacunación con tercera dosis de Pentavalente en niños menores de un año, indicador que se encuentra en un buen camino a cumplir la meta, ya que para el año 2006 la cifra oficial es de 82.6 %, y el objetivo a alcanzar es de 95% (18).

Meta 6.- Mortalidad materna

Existen dos indicadores para evaluar la meta 6

1. Razón de mortalidad materna (muertes por 100 mil nacidos vivos), cuya meta fijada para el año 2015 es disminuir la razón a 104 muertes maternas por cada 100 mil nacidos

vivos, partiendo el año 2001 con un razón de 416 por 100 000 nacidos vivos, con una importante disminución para el año 2006 a 229 muertes por 100 000 nacidos vivos (16), y según datos de ENDSA 2008, para ese año el dato oficial es de 310 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos. Esta fluctuación del año 2006 al año 2010 nos abre una serie de interrogantes sobre la fiabilidad de algunos datos de vital importancia para la toma de decisiones para millones de bolivianas y bolivianos.

2. Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado, cuya meta fijada para el año 2015 es de 70%, con 51% registrados el año 2001 y un 65% el 2006. Por tanto existen buenas posibilidades de alcanzar esta meta, por razones que se comentan más adelante.

Meta 7.- – VIH/SIDA

El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA ha registrado 2.290 casos acumulados de VIH/SIDA en todo país en el período 1984-2006. Este dato contrasta con otras fuentes que estiman cifras por encima de las seis mil personas infectadas con el virus (16). Según el ENDSA 2008 (Encuesta Nacional Desarrollo y Salud), de acuerdo a estadísticas recogidas del Ministerio de Salud y Deportes, desde 1984 a 2008 se notificaron 3.873 casos de personas que viven con VIH/SIDA; sólo en 2008 se notificaron 944 casos (18).

Para esta meta el indicador es la prevalencia de SIDA por millón de habitantes que para el 2001 fue de 9,4, con un incremento a 19,2 para el 2006, pero se esperaba que para el año 2005, de acuerdo a las proyecciones del quinto informe de progreso de los ODM en Bolivia, realizado por la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas - UDAPE, esta meta sea alcanzada en el compromiso de luchar contra este flagelo.

Meta 8.- Malaria y otras enfermedades

Dentro de las enfermedades a reducir en el marco de esta meta, se encuentran incluidas Malaria, mal de Chagas o Tripanosomiasis americana y Tuberculosis. Cada una de estas enfermedades cuenta con un indicador específico.

En el caso de Malaria, el indicador es el Índice de Parasitosis Anual (IPA), que es el número de muestras hemáticas positivas (pruebas de muestra de sangre observadas en laboratorio que presentan malaria), por mil habitantes. La meta a ser alcanzada para el 2015 es de 2,0. Pero según los últimos datos, el IPA que durante el 2001 fue de 4,6 por mil habitantes subió a 5,2 por mil habitantes el 2006 (18).

En el caso de la enfermedad de Chagas, el indicador se corresponde al porcentaje de municipios con tasa de infestación mayor al 3%. El porcentaje de municipios endémicos con infestación de Chagas mayor al 3% se redujo de manera importante en los últimos cuatro años: de 56% en el año 2003 a 30,4% en 2006. De mantenerse este ritmo, el país estaría en posibilidades de alcanzar la Meta del Milenio de reducir a cero el número de municipios con infestación de Chagas mayor al 3% hasta el año 2015 (18).

Para Tuberculosis, el indicador es el porcentaje de pacientes con tuberculosis curados sobre el total de pacientes notificados que fue de 76,3% para el año 2006 y busca alcanzar la meta de 95% para el 2015. Si bien se reconoce el esfuerzo de las autoridades nacionales encargadas del Programa Nacional de Tuberculosis, llama la atención que tal eficiencia no se haya reflejado en un mayor grado de coordinación con actores de la sociedad civil, las organizaciones de Derechos Humanos, organizaciones de base, otorgando al programa no solo un enfoque de

detección y curación de casos, si no acompañándose con tareas de promoción y prevención, así como mayor eficiencia en cuanto al manejo de quimioterápicos destinados a tratar esta enfermedad, cuyos stocks expiraron en algunas oportunidades, en almacenes sin ser utilizados, pudiendo haber contribuido a una mayor curación de casos y/o acciones de búsqueda activa de casos

Meta 10.- Acceso a agua segura y potable

Tomando como línea de base los datos del Censo 1992, se estimó que la proporción de población que no contaba con acceso adecuado al servicio de agua alcanzaba un 42%. En base a este punto de partida, la Meta 10 establece que este porcentaje debería reducirse a 21%, o lo que es equivalente, la cobertura de agua potable debería aumentar a 79% hasta el año 2015, meta que parece aun difícil de cumplir (18).

En referencia a la proporción de población sin acceso a saneamiento básico adecuado, se estimó que, para el año base 1992, el porcentaje alcanzaba un 72%. Por tanto, al 2015 se esperaría una reducción a 36%, o lo que es lo mismo, se esperaría que la cobertura aumente a 64%. Esta meta es particularmente crucial para la mejora de la situación de salud y debería recibir la mayor atención desde el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y en línea con lo establecido en la Nueva Constitución Política del Estado Boliviano, que otorga énfasis a las acciones de Promoción de la Salud y Prevención de Riesgos.

Meta 17.- Acceso a Medicamentos Esenciales (ME)

Esta meta se refiere a proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo, a un costo razonable, pero estamos seguros que también requiere atención adecuada y recursos concretos y verificables a las Determinantes Sociales de la Salud (DSS), en otras palabras a las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud y/o las características sociales en que la vida se desarrolla.

El Programa de Medicamentos Esenciales de Bolivia se inició en el año 1991 con apoyo financiero de Gobierno de Holanda y el apoyo técnico de Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS). En esta primera fase se destacan logros importantes como la formulación de una primera versión de la política de medicamentos, la promulgación en 1996 de la Ley del Medicamento N° 1737, y la consolidación de un canal de suministro de medicamentos esenciales para el sector público (51). Aún que la Ley del medicamento no se aplica todavía en su totalidad y actualmente se encuentra en proceso de reformulación y la CEASS (Central de Abastecimientos y Suministros de Salud) ha sido objeto de numerosas irregularidades, que llevaron casi al descalabro de esta institución ante la pasiva mirada de autoridades y la cooperación internacional que se limita a la entrega de fondos si un adecuado seguimiento a la utilización de los mismos.

Bolivia cuenta con una Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME) que contempla 582 principios activos en 18 especialidades farmacéuticas. La última fecha de publicación y actualización es del año 2008 y debería ser la base para adquisiciones por el sector público, reembolsos de seguros públicos y reembolsos de seguros privados (52). Según personeros de UNIMED, se espera que en la construcción del Sistema Único de Salud, todas las adquisiciones estén basadas en la LINAME.

El indicador respectivo para esta meta es la proporción del gasto de bolsillo en medicamentos respecto al gasto nacional en medicamentos. En el caso del gasto de bolsillo de los hogares en medicamentos en relación al gasto nacional en Salud, no se han dado avances en los últimos 10 años. En 1995, el indicador fue del 17.5% y para el 2002 se registro el valor de 21.6%, consecuencia de la falta de una política integral que involucre tanto al sector privado como al público.

Este indicador ha estado oscilando alrededor del 18%; la meta al 2015 en este caso es alcanzar el 15%. Sin embargo, con la tendencia actual se ve poco probable (53); estamos seguros que los esfuerzos que realizan las autoridades serán cuantificables y visibles si se miden en términos de resultados los esfuerzos que se encaran como país.

Estás 18 metas relacionadas con el sector salud, señaladas por los ODM/MDGs, también pueden ser interpretadas como factores macrodeterminantes de diferentes capas que tradicionalmente han mostrado impacto sobre la salud a diversos niveles, desde el proximal a uno más distal. Esto otorga a la salud un papel preponderante dentro de la agenda de desarrollo mundial y brinda al sector de la salud grandes oportunidades para el compromiso político de fomentar la salud y el bienestar social de las poblaciones del mundo (26).

Para la región de las Américas y en particular para Bolivia, el énfasis en la reducción de las desigualdades e inequidades, para el ejercicio del Derecho a la Salud, es de especial importancia para lograr los ODM/MDGs. De hecho, alcanzar las metas no está limitado a lograr un nivel de indicadores a nivel regional o promedio nacional, sino que es necesario analizar que está sucediendo en los niveles subnacionales. Esto es particularmente importante y relevante en una Región tan desigual como las Américas, donde algunos de los coeficientes de Gini para evidenciar la desigualdad de ingresos en 1999 fueron 0,5 en Perú, 0,6 en Bolivia, 0,59 en Nicaragua y 0,64 en Brasil, y donde el coeficiente de Gini regional para la mortalidad infantil en 1997 fue 0,336. (48).

Los ODMs/MDGs subrayan no solo la necesidad de tener metas claras y cuantificables para los retos mundiales, sino también una definición de procesos basados en los Derechos Humanos para así dar un mensaje claro de la prioridad necesaria para invertir en las poblaciones mediante la salud y otras dimensiones del desarrollo (26). Es decir tenemos el desafío, como lo plantea la OMS, de encarar en el siglo XXI la salud como una inversión, para un desarrollo productivo guiado por la Salud.

2.2. Plataforma de Beijing para la Acción

Durante el último decenio, dentro los compromisos internacionales para la eliminación de la violencia contra la mujer, la inquietud sobre la prevalencia, la magnitud y el impacto de la violencia contra la mujer (VCM) ha crecido hasta el punto que, actualmente se le reconoce como un problema mundial de derechos humanos que requiere una respuesta integral y coordinada de la sociedad civil, el Estado y la comunidad internacional. La VCM es una violación de varios derechos humanos entre los que se incluyen (30):

- a. El derecho a la vida;
- b. El derecho a la libertad y seguridad de la persona;
- c. El derecho a la protección igual bajo la ley;
- d. El derecho de no someterse a la tortura, u otro tratamiento o castigo cruel, inhumano o

degradante;

- e. El derecho al nivel más alcanzable de bienestar físico y mental;
- f. El derecho a la igualdad; en todas sus esferas
- g. El derecho de ser libre de todas formas de discriminación;
- h. El derecho a condiciones de trabajo justas y favorables.

Esta atención creciente a la VCM ha conducido a la formulación de compromisos internacionales, interamericanos, nacionales e institucionales para su eliminación. Dentro estos compromisos en la cuarta conferencia mundial sobre la mujer, se lanzó la declaración y plataforma de acción de Beijing, de la cual Bolivia es firmante, en el año 1995. Ella cita en su párrafo 112: *“La violencia contra la mujer impide el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz. La violencia contra la mujer viola y menoscaba o impide su disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales...”*

Entre los objetivos destacan:

Objetivo estratégico D.1 - Adoptar medidas integradas para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer.

Objetivo estratégico D.2 - Estudiar las causas y las consecuencias de la violencia contra la mujer y la eficacia de las medidas de prevención.

Objetivo estratégico D.3 - Eliminar la trata de mujeres y a prestar asistencia a las víctimas de la violencia derivada de la prostitución y la trata de mujeres.

En la Plataforma de Acción de Beijing, la violencia contra las mujeres está reconocida como una violación fundamental de los derechos humanos. La violencia frecuentemente representa un obstáculo a la realización de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Sin embargo, aunque existe el acuerdo de que es necesario terminar con la violencia contra las mujeres y se han dado significativos progresos en la adopción de la Nueva Constitución Política del estado Boliviano, en la práctica ha habido poco progreso, para traducir este compromiso en las conductas del diario convivir. La escasez de recursos adecuados para atacar el problema (30), ha sido una de las principales limitantes.

Según datos del Comando General de Policía Nacional Boliviana los femicidios cometidos en 2003, por cualquier agresor, tanto en cifras absolutas (incidencia) son de 202 en ese año y como en cifras relativas (prevalencia por millón de mujeres) esta asciende a 43,42 por millón de mujeres (29). Dentro los esfuerzos del estado boliviano destaca la aprobación del Plan Nacional Igualdad de Oportunidades, a fin de eliminar toda forma de violencia contra la mujer y consolidar su acceso a los espacios político, económico, social, iniciativa que servirá como instrumento para disminuir los altos índices de violencia contra la mujer que aún se registran en Bolivia

2.3. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) se llevó a cabo en El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994. Se acordó llevar a cabo la Conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas y fue organizada por una secretaría compuesta por la División de Población del Departamento de Políticas e Información Económica y Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (28).

La CIPD fue la conferencia intergubernamental relacionada con la población más grande jamás llevada a cabo, con 11,000 participantes registrados de gobiernos, agencias y organismos especializados de la ONU, organizaciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y medios. Más de 180 Estados participaron, incluido Bolivia, en las negociaciones para finalizar el Programa de Acción en el área de población y desarrollo para los siguientes 20 años (31).

En la Conferencia de 1994 se acordó que la población y el desarrollo están indisolublemente unidos y que el dotar de mayor poder a la mujer y tomar en cuenta las necesidades de la gente en lo relativo a educación y salud, incluyendo salud reproductiva, son necesarios para el avance individual y el desarrollo balanceado. Avanzar en la equidad de género, eliminar violencia contra las mujeres y asegurar la habilidad de las mujeres de controlar su propia fertilidad, son las piedras angulares de las políticas de población y desarrollo. Las metas concretas se centraron en proveer educación universal y cuidado a la salud reproductiva que incluya la planificación familiar, así como en reducir la mortalidad materna e infantil (31).

Aún con estos esfuerzos internacionales, todavía la mujer en Bolivia y en la mayor parte de la región, es sujeto de violencia, tanto física, como psicológica o sexual.

A continuación, algunos datos recopilados de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud publicada, ENDSA 2008

- 1 Entre las mujeres alguna vez casadas o unidas, un poco más de la tercera parte (38 por ciento) reportó haber sido víctima de algún tipo de violencia psicológica, ya sea de manera frecuente o esporádica, en los doce meses previos a la encuesta.
- 2 Entre las mujeres alguna vez casadas o unidas, la cuarta parte (24 por ciento) reportó haber sido víctima de algún tipo de violencia física o sexual, ya sea de manera frecuente o esporádica, en los doce meses previos a la encuesta
- 3 Un 4 por ciento de las mujeres alguna vez casadas o unidas fue alguna vez forzada a tener relaciones sexuales por una persona diferente a su pareja.
- 4 Casi la mitad (47 por ciento) de las mujeres alguna vez casadas o unidas fue víctima de algún tipo de violencia en los 12 meses anteriores a la encuesta, sea violencia psicológica, física o sexual, ocasionada por la pareja o por otra persona (16).

Estos datos resultan por demás preocupantes y muestran que los acuerdos, normativas y leyes, si no son operacionalizadas, tienen un impacto limitado en la real disminución de problemas sociales como la violencia intrafamiliar, en especial la dirigida a mujeres y niños.

Con respecto a la educación:

- El 14 por ciento de las mujeres entrevistadas afirmó no haber alcanzado nivel alguno de educación, más de dos veces el nivel que en el caso de los hombres entrevistados (15 por ciento).
- Casi la mitad de las mujeres como la mitad de los hombres (48 por ciento en los dos casos) se clasifican con primaria incompleta, con pocas diferencias entre las mujeres a nivel departamental. Sin embargo, en Potosí y Chuquisaca es especialmente alto el porcentaje de hombres que tienen primaria incompleta (58 y 56 por ciento, respectivamente) (16).

2.4. GATS Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (General Agreement on Trade and Services)

En el caso concreto de Bolivia, las desventajas en materia de liberalización de servicios son evidentes, basta con señalar que todas las empresas estatales que fueron vendidas por el estado boliviano y/o asociadas a capitales privados (capitalizadas) en los años 90 (privatizadas en parte, con aporte del 50% de capital), con participación activa de corporaciones y consorcios extranjeros, como ser: Lloyd Aéreo Boliviano (LAB), línea de transporte aéreo antes estatal que fue privatizada por la empresa VASP de Brasil; la Empresa Nacional de Ferrocarriles de Bolivia (ENFE) privatizada por una empresa chilena (Empresa Cruz Blanca); el servicio de provisión de agua que fue transferido a subsidiarias de corporaciones francesas, la Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL), transferida a TELECOM de Italia; Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos (YPFB) y el gas boliviano, junto a otros hidrocarburos, fueron entregadas a empresas transnacionales o sus subsidiarias como Shell (Holanda), Repsol (España), Petrobrás (Brasil), corporaciones Norte Americanas, etc., muestran como resultado de la experiencia, que en la mayoría de casos, en lugar de hacer más eficientes los servicios ofertados, la calidad de los servicios resultaron aún más deficientes que antes, o bien, fueron desmanteladas y por tanto conducidas a ofertar servicios más caros, resultado de poderosas presiones internacionales para “liberar el mercado”, bajo el argumento que el estado no interviniera haciéndose cargo de empresas consideradas, hasta entonces, estratégicas para el estado.

De esta forma las presiones forzaron contratos a ser contraídos por el Gobierno Boliviano que, evidentemente eran lesivos al interés nacional (como ser, el aceptar dejar un promedio de 18% de utilidades para el país, mientras estas corporaciones se benefician de un 78% de utilidades). Si bien, bajo el argumento que “el Estado es un mal administrador y la corrupción debe ser frenada”, solo algunas pocas empresas de las privatizadas dieron mejor servicio y/o son más rentables.

Lo cierto es que la experiencia llevo a estas empresas, anteriormente pertenecientes al Estado Boliviano, a exportar capitales al exterior, sea por que las ganancias se exportaban o bien las empresas eran compradas a precios menores a su costo real, para luego ser desmanteladas, con flujos que representaban una atroz sangría de capitales desde Bolivia hacia los centros del poder exterior.

Bolivia ya ha sufrido incluso conflictos legales antes de firmar los acuerdos GATs como es el caso de la empresa Bechtel de EE.UU. (corporación proveedora de agua). Esta ha demandado a Bolivia exigiendo compensación por la cancelación de su contrato de concesión argumentando, en un panel cerrado de arbitraje cerrado del Banco Mundial que ha sido “víctima” de una “expropiación” de su propiedad, es decir, de su contrato de concesión con una promesa de ganancias a futuro. Esto ocasiono la llamada crisis del agua en Bolivia, y por este motivo el actual Gobierno Boliviano ha incluido en la Nueva Constitución Política (aprobada en Enero del 2009) al agua, como un Derecho Humano que no puede ser objeto de privatización.

Lo cierto es que acuerdos como el GATS, llevaron también a afectar significativamente el Derecho a la Salud, pues los nuevos propietarios de empresas antes pertenecientes al estado, en nombre de buscar mayor eficiencia, exigieron una “flexibilización laboral”.

Es decir que leyes de protección a los derechos sociales de los trabajadores fueran recortadas en su contenido, promoviendo la “libre contratación” en la que la seguridad social y los seguros de salud fueron drásticamente afectados, dejando a *miles de familias sin posibilidades para ejercer su Derecho a la Salud y al auxilio sanitario*.

2.5. Documentos de Lucha Contra la Pobreza DELP

El documento de Estrategia de Lucha Contra la Pobreza (DELP) de Bolivia, conocido como Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza, (EBRP) fue publicado en marzo de 2001, fundamentado en un Diálogo Nacional iniciado por el Gobierno Boliviano en 1997 tras la iniciativa del Jubileo 2000, propuesto por la Iglesia Católica.

El documento proponía un plan sobre cuatro frentes para el crecimiento sostenible, el desarrollo social, el fortalecimiento institucional y la erradicación de la producción y el comercio de coca. Poco después de que el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) pusieran en marcha la iniciativa HIPC para los países pobres muy endeudados (PPME) en septiembre de 1999, Bolivia preparó el proyecto de un DELP provisional, pero se estimó que las prioridades no estaban bien delineadas y que la preparación no había sido suficientemente participativa. En abril de 2000 se inició un nuevo “Diálogo Nacional” para alentar una mayor participación de la Sociedad Civil y organizaciones sociales en el DELP. Antes de iniciarse el Diálogo Nacional, ciertos grupos de la sociedad civil — el Foro Jubileo 2000, ONGs (Organizaciones No Gubernamentales) y representantes de pequeños productores, indígenas y mineros — prepararon sus propios diálogos sectoriales (4).

Como resultado, se aprobó una Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), con un enfoque economicista, asumiendo que “el crecimiento económico, por sí solo, generará bienestar”, fruto de la intensa labor de convencimiento de los “evangelizadores del libre mercado”, que sin tomar en cuenta la experiencia previa, que mostraba que el crecimiento económico no contribuye la sociedad en su conjunto, pero si continua concentrando la riqueza en manos de unos pocos. En este sentido, la EBRP no utilizó adecuadamente la variable producción enmarcándola en alcanzar beneficios sociales para todos y que estos resultaran en un Desarrollo Humano que aumentase la productividad. Además no planteaba con claridad políticas y alternativas sociales que vencieran las inequidades y los déficits sociales, no guardando relación entre metas, objetivos e indicadores, que fuesen suficientemente concretos y realísticamente alcanzables; tampoco nombraba claramente los responsables concretos de lograr estos avances.

El modelo de crecimiento, a pesar de los trascendentales cambios que registra actualmente Bolivia, no parece haber variado, pese a los planteamientos de la EBRP y continúa siendo un modelo excluyente. Además la EBRP no parecía tener una coherencia con las “metas del milenio”. Según expertos independientes, Bolivia, aún con un índice de crecimiento del 4 % anual previsto en la EBRP, saldría de la pobreza en 131 años. Si el crecimiento fuera del 6%, se requeriría 63 años para vencer la pobreza; pero organismos como el Fondo Monetario Internacional (FMI), y el Banco Mundial (BM), proponían reducir la pobreza en 50%, con el crecimiento anual promedio de 3 % que se registraba en esos años en que imponían prescripciones como la privatización de empresas y servicios, y la liberación mercado (3).

Existía una aparente tendencia, de los organismos internacionales de aplicar pronósticos de crecimiento anual demasiados optimistas y exageradamente elevados. El desempeño de las exportaciones bolivianas de los últimos años del primer quinquenio del nuevo siglo, no

guardaban relación con los supuestos de crecimiento anual promedio de las mismas (8%), establecidos por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). Por otra parte, de acuerdo a encuestas y entrevistas efectuadas, el grado de conocimiento de la EBRP en la población de áreas periféricas y rurales (donde están lo pobres y no los tecnócratas) era muy bajo. Se puede entonces afirmar que la mayor parte de la gente de las comunidades campesinas lo desconocía. Ni siquiera los Comités de Vigilancia, instancias de los Municipios locales llamados a controlar el uso de los recursos municipales estaban enterados sobre la EBRP y sobre los fondos provenientes del alivio de la deuda externa.

Al igual que en el caso de compromisos del estado boliviano contraídos en materia de salud, se observaba que en la EBRP y en su implementación, el tema de Derecho a la Salud resultaba insuficientemente considerado y hasta ausente. Así mismo estaban ausentes los indicadores sobre la eficiencia en el manejo de recursos de salud, en el gasto y/o en la inversión en salud y la relevancia para su ejecución como respuesta a las necesidades sentidas de la comunidad en salud y no solo como respuesta a la presión, usualmente generada por la demanda que no siempre resulta ser racional. Con preocupación, los activistas de la salud identificábamos una plena indiferencia hacia las Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y una ausencia de la filosofía de Atención Primaria Integral de Salud (APS) (1978) y de las determinantes de Lalonde (1974), planteamiento que aunque reiteradamente reivindicados, no merecían atención de parte de los tomadores de decisión y de los líderes comunales, a pesar de los esfuerzos de explicar en términos sencillos que un pueblo sano sirve es el mejor motor para el crecimiento económico y que vivimos la era de un “desarrollo humano guiado por la salud”.

Mientras, informes gubernamentales confirmaban lo que ya era una certeza en las calles: “la calidad de vida de los bolivianos se deterioraba preocupantemente con un creciente desempleo, el estancamiento de importantes sectores de la economía y la reducción del ingreso. Según las cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 1998 existían 2.3 millones de ciudadanos que no disponían de energía eléctrica en sus domicilios, mientras que en el 2002 “los sin luz” ya superaban los 3.1 millones de personas. Esto quería decir que la población sin luz eléctrica domiciliaria aumento en 800 mil personas en ese último quinquenio.” En ese mismo período la cantidad de personas que no disponían de conexión de agua potable en sus domicilios aumentó en más de un millón. En 1998, el INE calculaba que había dos millones sin acceso al agua potable domiciliaria, en tanto que en el 2002 ese número ya superaba los tres millones de personas”

Como se sabe, a partir del año 2006, la nueva Administración de Gobierno encara una serie de reformas y nuevos planteamientos también el en sector salud, los mismos que son descritos más adelante al describir la actual política de salud, la re-orientación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y los diferentes programas de salud.

3.- LEYES NACIONALES Y DISPOSICIONES HACIA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD

Si hacemos un rápido resumen histórico sobre las disposiciones y leyes nacionales que describen el fundamento necesario para el ejercicio del Derecho a la Salud, habría que señalar que, con el concurso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organismos internacionales como la Fundación Rockefeller, el Servicio Interamericano de Salud Pública y el Gobierno se dieron las bases para el establecimiento del Sistema Nacional de Bolivia (SNS); esto se inició con la organización, funciones y desarrollo de programas en el año 1953, a través de una asesoría en enfermería para la Escuela de Salud Pública.

El primer representante de OPS en el país fue el Dr. José Ramón Quiñonez, médico salubrista venezolano quién ejerció esas funciones desde 1957 hasta 1963. Las líneas principales de trabajo en Bolivia fueron por aquel entonces, la Erradicación y Control de Enfermedades Transmisibles, el fortalecimiento de los Servicios de Salud Pública; y Educación y Adiestramiento (35).

La Organización Panamericana de la Salud había celebrado su Quinta conferencia Sanitaria Internacional en el año 1911, realizada en Santiago de Chile, en la que Bolivia, por primera vez participó con un representante, el Dr. Claudio Sanjinez Tellería. En 1923 comenzó a comisionarse expertos en salud pública para el servicio de campo de la OPS. El primero fue el Dr. John D. Long, llamado el "representante viajero" por realizar misiones a los países de Chile, Perú Ecuador, Panamá, Cuba y Bolivia. Su recorrido tenía como objetivo evaluar con las autoridades nacionales, las condiciones de salud de esos países y formular un plan para ampliar la utilidad de la organización. Por más de una década, sus viajes se convirtieron en la base principal de las actividades de la OPS y en 1929, Bolivia se adhirió al Código Sanitario Panamericano. Este fue un instrumento de legislación sanitaria completa, destinada a prevenir la difusión de enfermedades entre los países de la Región (35).

En 1940, surgió el Código de Seguridad Social de Bolivia como resultado del trabajo de una serie de comisiones técnicas de la OPS que llegaron al país y un grupo de técnicos bolivianos. Este Código se promulgó en 1956.

En 1948 nace la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Dr. Morales Ugarte, entonces Ministro de Salud de Bolivia dictó una resolución de adhesión al acta de la Conferencia Internacional de Salud que había aprobado la constitución de la OMS.

En 1958 es promulgado el Código Sanitario, mismo que entre otras consideraciones dice: "es responsabilidad del Estado velar por medidas sanitarias y sociales...Bolivia es miembro de la organización Panamericana y Mundial de la Salud... es necesario coordinar la legislación sanitaria de la República con las disposiciones del Reglamento Internacional y el Código Panamericano...".

En 1969 la OPS convocó a una reunión de Ministros, a la cual asistieron el Dr. Julio Bustillos y el Dr. Francisco Torres Bracamonte por Bolivia. Producto de esta reunión y en el marco de la Carta de Punta del Este (documento firmado por Bolivia, pretendía aumentar la esperanza de vida y mejorar la salud individual y colectiva) se establecieron las bases y grupo de medidas de orden práctico, destinadas a alcanzar los propósitos de la Organización Panamericana: "combatir las enfermedades, y prolongar la vida, y estimular el mejoramiento físico y mental de los habitantes".

En la década de los 70, Bolivia elaboró un Plan de Salud, en base al Plan Decenal de Salud para las Américas. Los principales temas de trabajo estuvieron en relación a la protección de la salud, el control de las enfermedades transmisibles, la Tuberculosis, el programa ampliado de Inmunizaciones, el Saneamiento Básico, la III, IV, V y VI Conferencia Nacional de Salud, el Plan Nacional de Salud Pública, el desarrollo del sistema de servicios de salud, la enseñanza de la salud pública, la participación en la Asamblea Mundial de la Salud, y a la reunión de Alma Ata, identificación de la meta "Salud para todos en el año 2000".

Desde los años 80 la meta "Salud para Todos" se constituyó en la base para el desarrollo de políticas y estrategias de salud, la atención primaria de salud, la participación de la ciudadanía, la participación de las Fuerzas Armadas de la nación a fin de realizar movilizaciones en tareas de salud, la regionalización del país, la creación de mecanismos de coordinación y control, el enfoque multisectorial, el desarrollo institucional del Ministerio de Salud, el potenciamiento de recursos humanos, la información gerencial en salud, tecnología de diagnóstico y tratamiento, y atención a nuevos problemas que afectan la salud (35).

Con fecha 25 de Enero del 2009 se aprobó en Bolivia una nueva Constitución Política del Estado de Bolivia, luego de un referéndum nacional y que se espera contribuirá al pleno ejercicio del Derecho a la Salud cuando se aprueben los instrumentos, leyes y normativas para cada una de sus disposiciones.

3.1. El Derecho a la Salud en la Nueva Constitución Política del Estado en Bolivia (32)

Capítulo segundo - principios, valores y fines del estado

5. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.

Capítulo segundo - derechos fundamentales

Artículo 15. I. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte.

II. Todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad.

III. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional, así como toda acción u omisión que tenga por objeto degradar la condición humana, causar muerte, dolor y sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado.

IV. Ninguna persona podrá ser sometida a desaparición forzada por causa o circunstancia alguna.

V. Ninguna persona podrá ser sometida a servidumbre ni esclavitud. Se prohíbe la trata y tráfico de personas.

Artículo 16. I. Toda persona tiene derecho al agua y

II. El Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria, a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente para toda la población.

Artículo 17: Derecho a recibir a recibir educación en todos los niveles.

Artículo 18:

- I. Todas las personas tienen Derecho a la Salud.
- II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- III. El Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 19: Derecho a un hábitat y vivienda digna.

Artículo 20: Derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones.

Capítulo cuarto - derechos de las naciones y pueblos indígena originario campesinos

Artículo 30.

I. Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española.

9. A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.

10. A vivir en un medio ambiente sano, con manejo y aprovechamiento adecuado de los ecosistemas.

11. A la propiedad intelectual colectiva de sus saberes, ciencias y conocimientos, así como a su valoración, uso, promoción y desarrollo.

12. Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.

Capítulo quinto - derechos sociales y económicos

Sección II - Derecho a la Salud y a la seguridad social

Artículo 35

I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el Derecho a la Salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36

I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.

II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el Derecho a la Salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades

Artículo 38

- I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados no concesionados.
- II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39

El estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo a ley.

Artículo 40:

El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Artículo 41:

- I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos:
- II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.
- III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización y contemplara estándares de calidad y primera generación.

Artículo 42

- I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- II. La promoción de la medicina tradicional incorporara el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- III. La ley regulara el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

Artículo 43

La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

Artículo 44

- I. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida
- II. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos, sin su consentimiento.

Artículo 45

- I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social. (con carácter gratuito)

II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado con control y participación social.

III. Régimen de Seguridad Social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas, maternidad y paternidad, riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo, discapacidad y necesidades especiales, desempleo y pérdidas de empleo, orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte, vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.

IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.

V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los períodos prenatales y posnatal.

VI. Los servicios de seguridad pública no podrán ser privatizados ni concesionados.

Sección v - Derechos de la Niñez, Adolescencia y Juventud

Artículo 61. I. Se prohíbe y sanciona toda forma de violencia contra las niñas, niños y adolescentes, tanto en la familia como en la sociedad.

Sección VI - Derechos de las familias

Artículo 66. Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

Sección VII - Derechos de las personas adultas mayores

Artículo 67. I. Además de los derechos reconocidos en esta constitución, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana.

II. El Estado proveerá una renta vitalicia de vejez, en el marco del sistema de seguridad social integral, de acuerdo con la ley.

Artículo 68. I. El Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades.

II. Se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.

Sección VIII - derechos de las personas con discapacidad

Artículo 70. Toda persona con discapacidad goza de los siguientes derechos:

1. A ser protegido por su familia y por el Estado.
2. A una educación y salud integral gratuita.
3. A la comunicación en lenguaje alternativo.
4. A trabajar en condiciones adecuadas, de acuerdo a sus posibilidades y capacidades, con una remuneración justa que le asegure una vida digna.
5. Al desarrollo de sus potencialidades individuales.

Artículo 71. I. Se prohibirá y sancionará cualquier tipo de discriminación, maltrato, violencia y explotación a toda persona con discapacidad.

II. El Estado adoptará medidas de acción positiva para promover la efectiva integración de las personas con discapacidad en el ámbito productivo, económico, político, social y cultural, sin discriminación alguna.

III. El Estado generará las condiciones que permitan el desarrollo de las potencialidades individuales de las personas con discapacidad.

Artículo 72. El Estado garantizará a las personas con discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, así como otros beneficios que se establezcan en la ley.

Capítulo sexto - educación, interculturalidad y Derechos culturales

Sección v - Deporte y recreación

Artículo 104. Toda persona tiene derecho al deporte, a la cultura física y a la recreación. El Estado garantiza el acceso al deporte sin distinción de género, idioma, religión, orientación política, ubicación territorial, pertenencia social, cultural o de cualquier otra índole.

Artículo 105. El Estado promoverá, mediante políticas de educación, recreación y salud pública, el desarrollo de la cultura física y de la práctica deportiva en sus niveles preventivo, recreativo, formativo y competitivo, con especial atención a las personas con discapacidad. El Estado garantizará los medios y los recursos económicos necesarios para su efectividad. (5)

3.1.1. El Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus Programas – Cambios introducidos y orientaciones principales

A pesar de las reformas previstas en la Nueva Constitución política del Estado y que ciertamente marcan un significativo cambio y avance hacia el Derecho a la Salud, el país carece de una ley general de salud, pero dispone de un amplio régimen sanitario que requiere ser sistematizado y actualizado en un código de salud o enmarcado en una Ley de Salud. Existen dos códigos: el de la Seguridad Social (1940), que aún regula el régimen tripartito de aseguramiento en salud, y el Código de Salud (1958 - 1967), que regula los sectores público y privado; ambos han quedado descontextualizados ante la emisión de nuevas disposiciones legales como la Ley de Participación Popular (1994), la Ley del Seguro Universal Materno Infantil (2003) y otras conexas como la Ley de Sangre Segura.

Con el propósito de impulsar más la descentralización política y administrativa del país, en julio de 2006, la población boliviana participó de un referendo autonómico en el que se amplió la descentralización por la vía de los Gobiernos Departamentales.

Sin embargo, los municipios más pobres fueron los que tuvieron las mayores dificultades para el desarrollo local en salud, debido a su limitada capacidad de gestión y movilización de recursos. (17)

3.1.1.1. Bases del Plan Estratégico de Salud

El año 2006, el Gobierno de Bolivia emitió el documento titulado “Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006-2010” (37), que resume la Política Nacional de Salud de la actual Administración de Gobierno, en el que se identifican tres ejes estratégicos principales:

- i) el abordaje de la salud desde la perspectiva de los condicionantes y determinantes de la salud, con la meta de eliminar la desnutrición en los menores de 5 años;

- ii) el fortalecimiento del papel rector de la autoridad sanitaria nacional en el proceso autonómico y de descentralización,
- iii) la participación popular en salud.

A partir de la nueva administración de Gobierno desde el año 2006, los niveles de decisión comprometieron sus esfuerzos para revertir algunos de los dramáticos indicadores de Salud que se registraban hasta fines del 2005, con un nuevo enfoque integral de la Salud y tomando en cuenta adecuadamente las Determinantes Sociales de la Salud (DSS) no solo en el Plan Estratégico de Salud, si no, incluyendo estos aspectos como parte de la nueva *Constitución Política del Estado Boliviano* (32), aprobada el 2009. Esta ahora otorga gran énfasis a la Promoción de la Salud y a la Prevención de Riesgos, quedando pendiente el desafío de traducir sus postulados en acciones operativas para el pleno ejercicio del Derecho a la Salud y provocando gran expectativa, iniciativas como ser la construcción de un Sistema Único de Salud (SUS), basado en la Justicia, dignidad, la participación comunitaria, la equidad, la interculturalidad, proponiendo acciones como ser la Estrategia SAFCI (Salud familiar y comunitaria), una re-orientación del entrenamiento de los recursos humanos con una visión holística de la salud, la recuperación de la soberanía en salud y recuperar el rol rector del Ministerio del área junto a la movilización social.

3.1.1.2. El Programa Multisectorial “Desnutrición Cero”

Dentro de las propuestas destaca la formulación e implementación del Programa Desnutrición Cero, parte de un plan quinquenal que pretende erradicar ese flagelo en Bolivia. El programa cuenta con el apoyo de entidades como la OPS (Organización Panamericana de la Salud), la OMS (Organización Mundial de la Salud), UNICEF, el Banco Mundial (BM) y algunos donantes. Tras la aprobación de la ley 3460 (Agosto 2006), el programa promueve la lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses de vida y el acceso a la alimentación complementaria.

Este programa Multisectorial intenta también encarar el tema de la seguridad alimentaria de los grupos más vulnerables, mediante la acción coordinada con varios ministerios del país. Con éste afán se ha creado el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN). Este busca la participación inter institucional y de de la comunidad en el programa, creando consejos departamentales, municipales y locales que deberían incluir entre sus miembros a representantes de instituciones no solo del estado y de la comunidad.

Aunque en la actualidad pocos de estos consejos están verdaderamente funcionando, la iniciativa es promisoría.

Si bien el programa pretende erradicar la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, en un lapso de 5 años, ésta iniciativa tropezó con problemas desde el principio, al ser calificado por algunos como “excesivamente ambicioso y poco real”, así como encontrando barreras para su financiamiento. Su presupuesto inicial bordeaba los USD 60 millones, sin embargo los financiadores externos que comprometieron los fondos, mostraron su renuencia a que el gobierno administre directamente estos fondos por diferentes motivos, esto se convirtió en un obstáculo, al mismo tiempo que las etapas iniciales del programa fueron criticadas por su enfoque tecnocrático del problema, con énfasis en el tratamiento de la desnutrición desde un punto de vista asistencialista, además se le crítico el hecho de medicalizar el problema de la desnutrición, con poca atención a la promoción en salud y a las determinantes sociales de la salud, a pesar de su perspectiva multisectorial. Se han tenido dificultades para lograr que los

profesionales requeridos (nutricionistas, médicos, enfermeras y trabajadores sociales) se movilicen hacia zonas rurales alejadas y remotas, aún cuando se ofrecen estímulos monetarios a estos profesionales. Pese a estas críticas, el programa ciertamente despierta enormes expectativas dentro y fuera del país, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud.

3.1.1.3. Los Bonos Juana Azurduy de Padilla y Juancito Pinto

En el marco de la propuesta gubernamental y de los nuevos programas se señalan el establecimiento del bono “Juana Azurduy de Padilla” que transfiere un apoyo financiero a las madres con niños lactantes y pequeños que cumplen controles de “niño sano” y que contribuye a reducir los índices de mortalidad materno-infantil. La creación del bono “Juancito Pinto”, representa un apoyo para promover que los niños atiendan escuelas, transfiriendo un pequeño aporte financiero a sus familias para estimular la educación primaria. Si bien se cuestiona la sostenibilidad de algunas de estas medidas, su repercusión social al presente es innegable destacándose la transferencia de fondos directamente hacia sectores sociales más empobrecidos, aunque parecen en alguna medida, una contradicción con la construcción de un Sistema Único de Salud (SUS), pues mientras se plantea el SUS, se fragmentan las finanzas y asignaciones del sector salud.

3.1.1.4. Recursos Humanos para el Sector Salud – el sistema SAFCI

En el año 2004, de un total de 45.189 personas que trabajaban en el sector salud, 35,2% pertenecían al sector público; 34,9% al sector privado; 27,5% a la seguridad social y 2,4% a las ONG. Del total, 24,1% eran médicos, 10,5% enfermeras y 22,2% auxiliares de enfermería. En el sector público había 14.538 personas, de las cuales 34,8% eran profesionales, 5,7% técnicos en salud, 30,6% auxiliares, 12% administrativos y 16 % de servicios varios (8).

De todo este personal, La Paz y Santa Cruz concentraban la mayor parte del mismo, 24,6% y 21,2% respectivamente, mientras Pando y Oruro tenían la menor proporción, 2,9% y 5,2% respectivamente. En el sector de la seguridad social había 13.138 personas, de las cuales 41,2% eran profesionales de medicina y enfermería, 3,6% técnicos en salud, 17,7% auxiliares de salud, 22,2% administrativos y 15,3% de servicios varios. La mayor parte de este personal se encontraba distribuido en La Paz (38,8%), Santa Cruz (19%) y Cochabamba (12,6%). En general, el III nivel de atención concentraba la mayor parte del personal de medicina (43,7%) y enfermería (49,9%); en cambio, 56,1% de los auxiliares de enfermería se encuentran en el I nivel. (8)

La seguridad social tenía una tasa de 14 médicos, 1,7 odontólogos, 6 licenciados en enfermería y 11 auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes; en el sector público, las tasas por 10.000 habitantes eran 3,2 médicos, 0,4 odontólogos, 1,6 licenciados en enfermería, y 4,7 auxiliares de enfermería (8). La integración de los sub sectores en un contexto de racionalización, distribución y uso equitativo de los recursos, constituye uno de los principales retos de la política del sector en el país.

A pesar de que hay una infraestructura, no se cuenta con suficientes insumos para atender la demanda de la población, incluso siendo esta baja. Los adultos mayores, por ejemplo, deben soportar largas esperas para ser atendidos; hay también una falta de medicamentos esenciales para sus problemas de salud. En las áreas periurbanas, adicionalmente a los problemas anteriores, se destaca la falta de personal para brindar la atención en salud.

En la mayoría de las áreas rurales se carece de médicos para realizar las actividades de salud,

por lo que esta tarea recae en los auxiliares de enfermería. (8)

En el 2004, había 1,29 médicos y 14 camas por cada 1.000 habitantes. Ese mismo año había 3.021 establecimientos en el sistema de salud, 77,6% pertenecientes al sector público, 10,7% a la seguridad social, 5,5% a ONG, 3,2% a la Iglesia, y 3% al sector privado.

Del conjunto de establecimientos, 90% correspondían al primer nivel de atención, 6,6% al segundo nivel y 3,4% al tercer nivel de atención. Los establecimientos de atención ambulatoria del sistema público, o de primer nivel, deberían estar conformados por un médico general (médico familiar en el sistema de seguridad social), una enfermera y auxiliares de enfermería; sin embargo, este equipo no se encuentra en todos los establecimientos por escasez de puestos.

El sistema de seguros de salud cubría a 26% de la población boliviana (21% la Caja Nacional de Salud y 5% distintas cajas pequeñas). Se estima que de 5% a 10% de la población usaba los servicios del sector privado, por lo que 70% de la población debe ser cubierta por el sector público y seguro social de salud. Sin embargo, las limitaciones de acceso al sistema permiten estimar que solo la mitad de la población correspondiente al sector público accede al mismo, por lo que de 35% a 40% de la población queda sin cobertura en el país. Al mismo tiempo se estima que la mitad de la población utiliza la medicina tradicional, especialmente en el área rural (8).

En un intento por acercar los servicios de salud a la comunidad, la actual administración está impulsando la especialización de médicos familiares dentro del sistema SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural), con un enfoque de atención primaria en salud. Esta iniciativa ha sufrido el rechazo por parte de algunas instancias académicas, universidades e instituciones colegiadas del país. La misma ha sido rechazada como especialidad por el Colegio Médico de Bolivia y pocos profesionales médicos escogen ésta carrera como una opción debido a su estigmatización. También ha sufrido problemas en su implementación sobre todo por la escasa movilización de recursos financieros (muchos residentes SAFCI quedan sin recibir sus salarios hasta 6 meses sin respuesta del Ministerio de Salud), los programas no son claros y la organización improvisada, lo que menoscaba su imagen frente a los profesionales interesados. Sin embargo ha recibido gran aceptación por parte de las comunidades beneficiadas por profesionales SAFCI, al poseer estos una nueva aproximación a los problemas de salud de sus comunidades y tener un mayor énfasis en la promoción de la salud y prevención de riesgos.

A partir del año 2006, la contratación de cerca de 4.000 trabajadores y profesionales bolivianos según afirman las autoridades oficiales, coadyuva también el acceso al socorro sanitario y al ejercicio del Derecho a la Salud junto a la invitación a galenos y trabajadores de salud cubanos, en un número estimado en más de 1.200, para apoyar el auxilio sanitario, asignados particularmente a comunidades deprimidas y alejadas, donde antes no contaban con atención en salud, la implementaron con apoyo de Cuba de aproximadamente 30 centros de salud y/o hospitales de nivel intermedio con especialidades básicas como medicina general, cirugía, pediatría, traumatología, gineco-obstetricia y dermatología. Si bien su presencia y actividad a creado controversia entre profesionales y trabajadores de salud de Bolivia, es innegable que ha provocado un necesario debate de cómo explicar que “existan en Bolivia tantos médicos desocupados y como explicar que haya tantos pacientes sin médico” visibilizando el problema de ausencia de políticas definidas por el estado en cuanto a demografía médica.

La presencia de la cooperación Cubana en Bolivia hizo posible programas tales como el

denominado “operación milagro”, que facilitó el acceso de miles de pacientes a tratamientos oftalmológicos, antes inaccesibles para los pobres y moradores de áreas rurales y periféricas deprimidas. La administración de Gobierno inició también un programa gratuito de ‘carnetización’ y entrega de certificados de nacimientos, que favorece el seguimiento en salud a madres, niños y familias.

3.1.1.5. El Rol Rector del Ministerio de Salud

También se dieron algunos esfuerzos para recuperar el rol rector del Ministerio de Salud y la implementación de acuerdos de la Declaración de París (2005) sobre la eficacia de la llamada “ayuda” para el desarrollo, en base a compromisos de cooperación contraídos por la comunidad internacional, que reconocen que la ayuda debe ser aumentada, junto con otros recursos para el desarrollo, transferencia de datos, tecnología en salud, etc.) Para lograr los objetivos del milenio y respaldar mejor el esfuerzo que realizan los países socios como Bolivia, reforzando sus gobiernos y mejorando el desempeño del desarrollo.

Compromisos tales como la necesaria alineación de la “ayuda” a las políticas nacionales de salud, la apropiación, armonización, la gestión orientada a resultados, la mutua responsabilidad y rendición de cuentas mutua, fueron evocadas en inicio por la actual administración de salud, aunque aún no llevaron a resultados concretos.

El rol rector del Ministerio de Salud se ha visto afectado por el constante cambio de sus autoridades, en muchos casos con la improvisación de funcionarios nominados sin la necesaria experiencia y solvencia técnica, que han conducido, en alguna manera, a minar su credibilidad. También esto se ha debido a varios intereses político partidarios que interfirieron decisiones técnicas tanto del nivel nacional, regional y local, cuyos niveles de decisión están en manos de diferentes líneas políticas que apoyan, niegan o socavan iniciativas del otro. Al mismo tiempo los diferentes prestadores de servicios de salud no coordinan sus acciones y el sector privado gana suficiente fuerza ante la precariedad de medios de los servicios públicos y de la seguridad social, resultando renuente a alinearse a las iniciativas del Ministerio de Salud (9). Es por ello que se refuerza la necesidad de establecer un **Consejo Nacional Rector de Salud**, para hacer que las políticas de salud, resulten verdaderamente en políticas de estado y garanticen el ejercicio pleno del Derecho a la Salud

3.1.1.6. El Código de Seguridad Social

Como se anotó antes, en 1940, surgió el Código de Seguridad Social de Bolivia. Este Código se promulgó en 1956 y fue creado con el propósito de proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas discapacitadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar, sin embargo éste código menciona específicamente que está dirigido a personas que trabajan en el sector formal para otra persona, ya sea esta jurídica o natural, lo que *discrimina a un gran porcentaje de la población boliviana que se procura la vida con un trabajo no formal*, entre los que se cuentan los trabajadores del agro, campesinos, trabajadores informales y jornaleros y trabajadores independientes, también legaliza, de alguna forma, la fragmentación del sistema de salud al crear diferentes tipos de seguros para fabriles, militares, policía y fuerzas del orden y trabajadores públicos.

En los últimos años, Bolivia ha impulsado políticas de aseguramiento público con la lógica de entrega de paquetes de prestaciones para la recuperación de la salud, especialmente de los niños y las madres; estos esquemas de aseguramiento se iniciaron a mediados de los años noventa con el Seguro Básico de Salud, y más recientemente con el desarrollo del Seguro Materno Infantil y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Este último esquema buscaba reducir o eliminar la barrera económica de acceso a la población, sobre todo en centros urbanos y rurales con disponibilidad de servicios de salud.

Sin embargo, este sistema de aseguramiento no ha conseguido llegar a la población originaria, rural y dispersa, que continúa excluida, en gran medida, de los sistemas de protección social en salud. Por otra parte el Sistema enfrenta problemas de denuncias de corrupción, falta de transparencia, escasa rendición de cuentas, deficiente control social, insuficiencia o falta de suministros, que minan en gran medida la credibilidad del sistema, así como el maltrato a los usuarios del sistema por parte de los proveedores del servicio. La burocracia, falta de eficiencia y descuido son características no infrecuentes, salvo casos muy excepcionales. (7)

3.1.1.7. El Seguro Médico de Vejez

Desde 1998, las personas mayores de 60 años en todo el territorio boliviano cuentan con el Seguro Médico Gratuito de Vejez, establecido mediante Ley N° 1886. Sin embargo la falta de consenso entre el gobierno nacional, las alcaldías y los gobiernos departamentales impide llevar a cabo adecuadamente el servicio para las personas de la tercera edad. Nadie se responsabiliza por la insuficiencia y falta de estructuras, recursos humanos, suministros médicos y medicamentos. Otro problema es que la creación de nuevos beneficios o prestaciones que no se acompañan con la ampliación de los recursos con los que cuentan las Cajas de Salud responsables de su implementación, viéndose rebasadas en su capacidad teniendo como resultado que los pacientes deben ser atendidos en precarias condiciones, conociéndose casos en los que incluso son atendidos en los pasillos. Esto provoca consternación entre los beneficiarios que llegan a buscar ayuda médica, e impotencia en el equipo de salud que no pueden ofrecer atención de calidad e incrementado la percepción comunitaria que el sistema no funciona.

3.1.1.8. Ley Marco de autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez”

La Ley marco de autonomías y descentralización N° 031, recientemente aprobada el 17 de Julio del 2010, presenta en su artículo 81, referente al tema salud, indica que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género. También regulara el uso exclusivo de los ambientes de los establecimientos públicos del sistema de salud, y de la seguridad social para la formación de los recursos humanos por la Universidad Pública Boliviana, en el marco del respeto prioritario del derecho de las personas.

De manera general insta a los gobiernos departamentales autónomos, gobiernos municipales autónomos y gobiernos indígena originario campesinos autónomos a formular y aprobar el Plan Departamental de Salud, Plan Municipal de Salud y promover la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional. Dejando al Estado la función de elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el

funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.

3.1.2. Quienes participan en el desarrollo e implementación de las políticas y programas de salud?

La Política Nacional de Salud formulada el año 2006 tomó en cuenta sugerencias de la sociedad civil, que por años habían sido ignoradas por anteriores administraciones de gobierno. En base a ellas, se presentó una propuesta con un enfoque de Derechos Humanos y que tomaba en cuenta las determinantes y condicionantes de la salud. La sociedad civil ha tenido, sin embargo, pocas posibilidades de participar en la implementación de estas políticas. Con excepciones, buena parte los diferentes programas de salud, como el programa de control de tuberculosis, Chagas, malaria, Programa Ampliado de Inmunizaciones, entre otros, conservan su estructura vertical y no toman en cuenta la participación de la ciudadanía ni coordinan actividades entre ellos, por lo que se registra usualmente, una duplicidad de esfuerzos y recursos y se toman decisiones muchas veces no coordinadas entre el mismo nivel y entre los diferentes niveles del sistema, resultando fuertemente influenciadas por las fuentes de financiamiento y/o por los donantes, además de interferencias político partidarias. Tampoco se registra de parte de las organizaciones sociales y de instancias de la sociedad civil, así como de instituciones académicas, colegiadas, gremiales y sindicales mayor interés en un seguimiento a políticas públicas en salud, así como para el monitoreo y evaluación del impacto de las actividades.

4.- INVERSIÓN PÚBLICA EN BOLIVIA

La ejecución de la inversión pública entre los años 2001 y 2005 estuvo alrededor de USD 600 millones de dólares por gestión. Al contar con mayores recursos, principalmente proveniente de la nacionalización de los hidrocarburos el año 2006, la ejecución aumentó a USD 879 millones de dólares americanos y en 2007 a USD 1.005 millones. Para la gestión 2008 se presupuestó una inversión pública de Bs 9.664.728.968, equivalentes a USD 1.272 millones, y para la gestión 2009 se programó un incremento significativo, con una inversión pública presupuestada de Bs 12.900.065.056, equivalentes a USD 1.851 millones (13) (36).

Esta inversión fue financiada en 69,1% con recursos internos y en 30,9% con recursos externos (crédito y donación). Los ejecutores de esta inversión son los gobiernos subnacionales (prefecturas y municipalidades), la Administradora Boliviana de Carreteras (ABC), empresas públicas, Gobierno Nacional y otras entidades (13).

En general, se tiene un significativo incremento de la inversión pública en todos los sectores, sin embargo, en la composición porcentual el sub sector salud ha visto disminuida su asignación.

Cuadro No. 1
DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE LA INVERSIÓN PÚBLICA
(En dólares americanos)

SECTORES	Presupuesto			
	2008	Part.%	2009	Part.%
PRODUCTIVOS	268.879.632	21,1%	401.506.536	21,7%
Hidrocarburos	71.789.622	5,6%	107.914.291	5,8%
Minería	37.772.004	3,0%	110.541.536	6,0%
Industria y Turismo	36.551.327	2,9%	33.514.512	1,8%
Agropecuaria	122.766.679	9,7%	149.536.196	8,1%
INFRAESTRUCTURA	573.503.868	45,1%	870.496.265	47,0%
Transportes	478.387.410	37,6%	694.233.294	37,5%
Energía	75.490.683	5,9%	146.907.043	7,9%
Comunicaciones	960.275	0,1%	5.592.596	0,3%
Recursos Hídricos	18.665.500	1,5%	23.763.332	1,3%
SOCIALES	362.294.655	28,5%	473.209.996	25,6%
Salud	67.833.873	5,3%	74.965.755	4,1%
Educación y Cultura	76.447.793	6,0%	91.039.329	4,9%
Sanearamiento Básico	80.254.286	6,3%	110.295.041	6,0%
Urbanismo y Vivienda	137.758.704	10,8%	196.909.871	10,6%
MULTISECTORIALES	66.996.709	5,3%	105.585.633	5,7%
TOTAL	1.271.674.864	100,0%	1.850.798.430	100,0%

Fuente: Fundación Jubileo, Análisis del Presupuesto General de la Nación 2009.

4.1. Presupuesto asignado a la Salud- financiamiento de la Atención en Salud

Los recursos destinados al sector salud tienen las siguientes fuentes de financiamiento:

- 1 Gasto Público en Salud
- 2 Gasto de la Seguridad social en Salud
- 3 Gasto privado en Salud (con fines de lucro)
- 4 Gasto privado en Salud (sin fines de lucro)
- 5 Gasto catastrófico (erogaciones directas para salud por parte de los hogares, y/o gasto de bolsillo)

Una gran parte del financiamiento del sector proviene de los gastos de bolsillo, cuyo promedio se estimó en USD 14 mensuales en el año 2002; sin embargo, en un extremo hubo hogares que declararon un gasto anual de aproximadamente USD 5.102. El gasto de bolsillo promedio fue de USD 9.- para una persona que vive en pobreza extrema; de USD 12.- para quien vivía en pobreza moderada y de USD 19.- para quienes no estaban en situación de pobreza. El gasto de bolsillo representó 6% del gasto total del hogar en los quintiles medios de la distribución del ingreso, mientras que el quintil más rico mostró solo 5,2% de gasto de bolsillo (13).

En el año 2002, la seguridad social fue el sector que gastó en el año 2002 la mayor cantidad de recursos del sistema (35%, equivalente a USD 151,6 millones), a pesar de que su cobertura era de solo el 27% de la población y de que la afiliación efectiva fue menor a 20%.

El sector público fue el segundo agente que gastó la mayor cantidad de recursos (30%, equivalente a USD 130 millones) y fue responsable de financiar programas de aseguramiento público y programas nacionales preventivos. El gasto de bolsillo (hogares) fue de USD. 123,4 millones y el sector privado (ONG, Iglesia y seguros privados) gastaron USD. 32,5 millones.

A nivel global, 34% de los hogares no precisó recurrir a gastos de bolsillo para atender su salud, 53% reportó un nivel de gasto menor a 10% y 13% tuvieron que gastar más de 10% de su gasto total (gasto catastrófico). De estos últimos, 63% residían en el área urbana y 37% en la rural, lo que coincide con la mayor capacidad de generar ingresos y, por lo tanto, cubrir los gastos eventuales. (20)

Mientras el gasto en salud, y en las otras funciones sociales (medio ambiente, deporte y cultura, educación, protección social), han crecido constantemente en el período analizado (2002 a 2007), también han crecido las otras grandes funciones, como son la administración general (que incluye los servicios públicos generales, la defensa, y el orden público y seguridad) y la económica, esta última en particular debido a la política del actual gobierno de intervenir más activamente en la economía.

En el período 2002 a 2007, las entidades públicas gastaron en salud los siguientes montos, clasificados según sub sector:

Cuadro No. 2**SECTOR PÚBLICO: GASTOS EJECUTADOS EN SALUD, POR SUBSECTOR 2002 a 2007**
(En millones de bolivianos)

SUBSECTOR	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Administración Central	233,1	273,8	265,8	396,0	308,5	284,3
Instituciones Descentralizadas	22,8	43,5	39,3	43,6	47,4	78,5
Entidades de la Seguridad Social	824,2	906,9	688,5	1.160,5	1.215,0	1.235,0
GOBIERNO CENTRAL	1.080,1	1.224,3	993,6	1.600,1	1.570,9	1.597,7
Prefecturas	427,1	486,3	549,3	843,9	831,4	991,8
Municipalidades	137,1	291,7	436,4	372,3	584,0	808,1
GOBIERNO GENERAL	1.644,3	2.002,3	1.979,3	2.816,3	2.986,3	3.397,5
Empresas Públicas no Financieras	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SECTOR PÚBLICO NO FINANCIERO	1.644,3	2.002,3	1.979,3	2.816,3	2.986,3	3.397,5
Instituciones Públicas Financieras	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL SECTOR PÚBLICO	1.644,3	2.002,3	1.979,3	2.816,3	2.986,3	3.397,5

Datos consolidados, no incluyen las partidas financieras.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de Bolivia

Para este caso, el gasto en salud del sector público es asumido en el ciento por ciento, por el gobierno central, mientras que las empresas públicas no financieras y las instituciones públicas financieras, no presentan gasto en salud. En el gobierno, las entidades de la seguridad social son las que más gastan en salud, alcanzando a cerca del 41% del gasto total público en salud; luego están los gobiernos departamentales con el 28%, las municipalidades llegan al 17%, la Administración Central alcanza al 12%, y las entidades de seguridad social con al 2% (13).

El gasto público en salud, en el período de 2002 a 2007, alcanzó en promedio al 8% del gasto público total, con una tendencia descendente a partir de 2006, esto debido a la política económica del nuevo gobierno de fortalecer el sector empresarial público, como se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 3**SECTOR PÚBLICO DE BOLIVIA: PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD, RESPECTO DEL GASTO PÚBLICO TOTAL. 2002 a 2007 (En millones de Bolivianos)**

SUBSECTOR	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Administración Central	1,1	1,2	1,1	1,4	0,8	0,5
Instituciones Descentralizadas	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Entidades de la Seguridad Social	4,0	4,1	2,8	4,1	3,3	2,2
GOBIERNO CENTRAL	5,3	5,5	4,0	5,6	4,3	2,8
Prefecturas	2,1	2,2	2,2	3,0	2,3	1,7
Municipalidades	0,7	1,3	1,8	1,3	1,6	1,4
GOBIERNO GENERAL	8,1	9,0	8,0	9,9	8,2	5,9
Empresas Públicas no Financieras	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SECTOR PÚBLICO NO FINANCIERO	8,1	9,0	8,0	9,9	8,2	5,9
Instituciones Públicas Financieras	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL SECTOR PÚBLICO	8,1	9,0	8,0	9,9	8,2	5,9

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

4.1.1. Importancia de disponer de información sobre la inversión y gasto en salud

La información sobre los principales indicadores económicos, sociales, y de salud, debe estar disponible para todos, ser oportuna, de buena calidad, y del grado de detalle necesario para permitir un diagnóstico preciso de la situación examinada alcance de todos los ciudadanos para que así todos estos puedan emitir su opinión sobre el tema.

En su obra “Guía Ciudadana para el Trabajo Presupuestario”, Isaac Shapiro manifiesta que la crisis financiera asiática de hace unos años atrás, fue en parte resultado de falta de transparencia de la información económica. Lamentablemente, en el caso boliviano las fuentes de información son pocas, y su disponibilidad en términos de cobertura, oportunidad, consistencia, y nivel de detalle, es limitada.

La disponibilidad de información es un problema serio para efectuar un análisis efectivo y real del presupuesto de salud en Bolivia. No en vano la Organización Panamericana de la Salud, en su Situación de Salud en las Américas – Indicadores Básicos 2008, califica de “muy mala” la calidad de los datos de mortalidad en Bolivia.

En mayo de 2006, el Ministerio de Salud y Deportes emitió su Plan de Desarrollo Sectorial; en el mismo se prioriza la prevención de las enfermedades:

“Visión del Sector Salud: La población accede a un sistema único, intercultural y comunitario de salud, respetuoso de las culturas y saberes de indígenas y originarios, inclusivo, equitativo, solidario, de calidad, pertinente con las dimensiones económicas productivas, socioculturales y político organizativas; dinámico, interactivo, dialógico, intersectorial, descentralizado; liderado por el Ministerio de Salud y Deportes. Actúa sobre los determinantes de salud; con participación de todos los sectores, prioriza la prevención de los riesgos de salud, el medio ambiente, la organización y movilización socio comunitaria del vivir bien.” (13) (37)

La inversión y gasto en prevención de riesgos, en promedio es del orden de 38.23%, dato que aún resulta cuestionable en cuanto a su grado de confianza, ya que aparentemente es muy alto para un país como el nuestro. Los datos de inversión y gasto en promoción de salud no se encuentran disponibles, pues usualmente existe entre los proveedores de servicios una confusión y no se distingue claramente lo que es prevención de lo que es promoción de la salud. (13)

4.1.2. Las finanzas del sector salud y las tendencias de privatización de los servicios de salud públicos

En el período correspondiente al gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada, entre los años 1993 y 1997, en el marco general, se desarrolló el llamado “Plan de Vida” que buscaba la profundización de la política económica neoliberal de desmantelamiento del estado.

En marzo de 1994, se promulgó la ley de capitalización, mediante la cual se privatizaron las principales empresas productivas y de servicios como Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos (YPFB), Empresa Nacional de Electricidad (ENDE), Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL), Empresa Nacional de Ferrocarriles (ENFE), Lloyd Aéreo Boliviano (LAB) y Empresa Metalúrgica Vinto.

Pero, además de la Ley de Capitalización, se dictaron otras medidas dirigidas a consolidar el estado neoliberal y profundizar las medidas de ajuste estructural iniciadas con el decreto 21060 (1985). Entre estas medidas figuraban la Ley de Inversiones cuyo objetivo fue garantizar la

seguridad jurídica a las inversiones extranjeras; la Ley de Reforma a las Pensiones mediante la cual se privatizaba el seguro a largo plazo a manos de las llamadas Administradoras del Fondo de Pensiones (AFP), las que trabajan, no con fondos de estas empresas, sino con fondos de la llamada capitalización colectiva, provenientes de la privatización de las empresas bolivianas. La reforma al sistema judicial, la reforma educativa y la reforma del sector salud, son otras medidas que se pusieron en marcha para consolidar la escalada de medidas de ajuste estructural. (10)

En este período se promulgaron dos importantes leyes que se constituyeron en la base jurídica para las políticas sociales de salud y educación de ese periodo. La primera es la Ley de Participación Popular, Ley 1551, promulgada el 20 abril de 1994, que redefinió los municipios a nivel de secciones municipales, habiéndose creado 311 municipios en todo el territorio nacional, la mayor parte de los cuales estaban ubicados las áreas rurales del país. (Actualmente son 332 municipios). Paralelamente de redistribuyeron una parte de los ingresos nacionales, la parte que corresponde a los impuestos nacionales, asignando un 20 % de estos impuestos a las secciones municipales del país y se estableció como criterio de distribución, el número de habitantes de estas secciones municipales.

La Ley de Participación Popular estableció, en su artículo 13°, la transferencia a título gratuito a favor de los gobiernos municipales el derecho de propiedad sobre hospitales de 2do y 3er nivel, hospitales de distrito, centros de salud y puestos sanitarios del sector público y su equipamiento, al mismo tiempo que asigno la competencia de administrar y controlar el equipamiento, mantenimiento y mejoramiento de los bienes muebles e inmuebles de propiedad de gobierno municipal, incluyendo los transferidos por esta ley.

Finalmente, la Ley de Participación Popular promovió y favoreció el control social sobre los programas y las actividades que se desarrollen en el ámbito territorial de una jurisdicción municipal, mediante el reconocimiento de la personalidad jurídica de las Organizaciones Territoriales de Base (OTB's) y los Comités de Vigilancia.

Un poco más tarde, el 25 de julio de 1995, se promulgo la Ley N° 1654, Ley de Descentralización Administrativa, la que regula el régimen de descentralización del Poder Ejecutivo a nivel departamental. Con relación al sector salud, esta ley faculta a las prefecturas departamentales la administración, evaluación y supervisión de los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas a las Direcciones Departamentales de Salud (DIDES), actuales Servicios Departamentales de Salud (SEDES). Esta ley creo, al mismo, nuevos mecanismos de control y participación social a través de los Consejos Departamentales y abrió posibilidades para formular y ejecutar planes departamentales de desarrollo (9)

Durante el periodo 2000 – 2007, el incremento de porcentaje de gasto e inversión en el sector salud ha sido constante, registrándose para la gestión 2005 como porcentaje del total de la inversión y gasto en salud un 29.57%, mientras que en ese mismo periodo, en el sub sector de la seguridad social, este porcentaje ha disminuido sostenidamente de 41.05% (año 2001) a 33.07% (año 2005). Los seguros privados también han visto reducida su participación porcentual con respecto al presupuesto a lo largo del periodo analizado, al igual que las ONG's (Organismos No Gubernamentales), mientras que el gasto privado, de parte de los hogares, en otras palabras, el gasto efectuado directamente por el ciudadano, se incremento, confirmando la impresión que hay una transferencia de responsabilidad de la inversión y gasto en salud hacia el usuario y a los ciudadanos, resultando en una suerte de privatización de los servicios de salud.

El gasto en alimentos y vivienda de las familias bolivianas deja tan restringido el remanente de gasto del hogar, que no permite espacios para otro tipo de gastos adicionales, mucho menos gastos potencialmente imprevistos como los gastos por atención médica.

Así, las familias están expuestas a un alto riesgo de caer en una trampa de pobreza resultante de enfrentar los llamados “gastos catastróficos en salud”. El análisis del gasto de bolsillo no sólo busca hacer hincapié en la injusticia financiera, sino en identificar los mecanismos a través de los que se pueda proteger a los más vulnerables en términos económicos, que frente a posibles alteraciones en su estado de salud, necesitan garantizar un mínimo de protección financiera. Debemos reconocer que son precisamente, los sectores de más bajos ingresos quienes menos beneficios reales obtienen de los sistemas de pago anticipado, asociados al empleo (seguridad social). El gasto de bolsillo, básicamente es curativo y de baja eficacia y calidad, casi no se destina a la promoción de la salud y a la prevención de riesgos y por tanto, contribuye al empobrecimiento de las familias. (49)

Este creciente gasto de bolsillo es un indicador de mal funcionamiento del Sistema de Salud y la necesidad de un cambio en el esquema de financiamiento de los servicios de salud, en donde se amplíe el aseguramiento público dirigido a los más pobres, lo que contribuiría significativamente a modificar la cobertura de los servicios de salud. Se debería generar un pacto social tendiente a financiar con fondos públicos la solidaridad del Sistema de Salud y fortalecer el Seguro de Salud, con el propósito de cubrir integralmente la población desprotegida.

4.1.3. ¿Hasta que punto los actores internacionales extienden o limitan la capacidad para implementar programas de salud?

En nombre de la salud global, se trasladan los mercados aprovechando debilidades de las estructuras regulatorias nacionales que, al no ser eficientes y efectivas, no están en capacidad de confrontar el enorme poder de las empresas multinacionales. Este es el caso, por ejemplo de las empresas que comercializan sucedáneos de la leche materna (formulas infantiles, de seguimiento, tetinas y otros) y la de los alimentos, que han ingresado al mercado nacional con gran fuerza, poniendo en riesgo la nutrición de los lactantes y menores de 5 años, al promocionar productos sobredimensionando sus beneficios en desventaja de medidas naturales, eficaces y sin costo como la lactancia materna. Es así que Bolivia ha visto disminuir sus indicadores de lactancia materna que bordeaba el 90% en los 80's y actualmente no supera el 60%, siendo de todas formas uno de los más altos de Sudamérica. Sin embargo, ésta introducción de productos ha tenido como consecuencia graves problemas de malos hábitos alimenticios, no solamente en la población infantil y la menor de cinco años, sino en la población en general. Esto sucede gracias a que el estado está mal preparado para afrontar éste tipo de situaciones y los reglamentos y sistemas de control de calidad en Bolivia no pueden monitorear adecuadamente estos productos por la carencia de recursos.

El creciente comercio de servicios de salud y medicamentos, entre muchos otros, a través de los novedosos e impactantes medios electrónicos, tiene grandes implicaciones, por ejemplo para la prescripción irracional de fármacos y la consecuente generación de resistencias microbianas. El hecho de que no se trata ya de un fenómeno marginal queda demostrado con los esfuerzos recientes de la OMS por controlarlo.

Estos hechos muestran que los sistemas y presupuestos de salud son afectados también por la globalización económica y no siempre para bien, en muchos aspectos, como ser con el movimiento trans-fronterizo de los proveedores de servicios de salud, que se ha incrementado de manera importante, reclutando recursos humanos, profesionales de salud formados en los países pobres, con gran esfuerzo, para luego ser reclutados para ejercer su profesión en los países ricos, luego de haber identificado a los más brillantes y mejor preparados que migran y dejan de lado su aporte social a sus propias comunidades para ponerse al servicio de los más privilegiados, cediendo a la humana tentación de mejores condiciones de vida para ellos y sus familias.

Es lo que ocurre por ejemplo con la migración de enfermeras, cuya escasez es un fenómeno común no solo en los países desarrollados, si no una carga más pesada para los países en vías de desarrollo, que ven como son drenados sus recursos humanos con mayor potencial. (29)

El principal problema de la denominada “ayuda para el desarrollo” y la cooperación externa es que no se alinean a las políticas nacionales de salud. Esto dificulta o limita la capacidad del gobierno para implementar programas de salud. Los flujos de ayuda a menudo son volátiles y muchos donantes no comprenden adecuadamente que su ayuda apoya “procesos” que demandan tiempo, Algunos hacen compromisos de no más de un año y la ayuda llega muy tarde, o no llega. Con frecuencia los desembolsos son de acuerdo a las prioridades y cronogramas de los donantes, sin que se hagan esfuerzos para respetar las prioridades de desarrollo y la planificación nacional, o el cronograma presupuestario nacional. Esto hace que sea muy difícil para los receptores preparar presupuestos eficientes y planificar y a la vez dificulta que las organizaciones de la sociedad civil monitoreen los flujos de ayuda.

5.- ¿SON APROPIADAS LAS POLÍTICAS DE ESTADO PARA CUMPLIR CON EL DERECHO A LA SALUD? - POLÍTICAS Y PROGRAMAS QUE GUÍAN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

Si se pretendiera evaluar si las actuales políticas propuestas por el estado boliviano para el ejercicio del Derecho a la Salud, la respuesta esperada anticipadamente sería que, si son apropiadas. El desafío es, sin embargo, es transformar las propuestas en acciones concretas, algunas de las cuales se han señalado en párrafos anteriores.

La constitución política del estado de Bolivia aprobada en mayo de 2009 (32), establece en su artículo 35 un *Sistema Único de Salud (SUS)* y el artículo 36 señala que el estado *garantizará el acceso al seguro universal de salud*. Así se establece la salud como un Derecho.

5.1. Desafíos del Sistema de Salud de Bolivia (SNS) y el modelo de organización

Desde su creación, se organizó en sub-sectores: público, seguridad social, privado y la medicina tradicional. La *fragmentación* del sistema (sobre todo público y de la seguridad social) y la *segmentación* (al interior de las instituciones proveedoras como el caso de la seguridad social, derivando en muchos y variados entes gestores y esto constituye hoy en día uno de los problemas más delicados del sistema).

La fragmentación y segmentación del sistema reproducen profundas inequidades en el acceso al sistema de salud y a los servicios en particular. Se estima que, actualmente, entre el 22 y el 25 % de la población boliviana está cubierta por el sistema de seguros de salud de corto plazo (seguridad social), un 30% por el Ministerio de Salud y Deportes (público), un 10% por el sub-sector privado dejando aproximadamente a un 30% a 35% de la población sin acceso a ningún tipo de servicios de salud, salvo la práctica de la medicina tradicional (33)

Los servicios de salud pública están organizados en Redes de Salud. El sistema de salud consigna cuatro niveles de gestión y tres niveles de atención. Los niveles de gestión responden a las dimensiones: nacional, departamental, municipal y local o del establecimiento de salud. Los niveles de atención están estructurados según la capacidad resolutoria de los servicios:

- 1 **El primer nivel de atención** corresponde a la atención ambulatoria.
- 2 **El segundo nivel de atención** a los hospitales generales (especialidades básicas).
- 3 **El tercer nivel de atención** a los hospitales de especialidades.

El modelo de organización de los servicios descansa en la estrategia de la Atención Primaria de Salud. Bajo esa orientación, la medicina tradicional debería estar integrada con la medicina occidental y viceversa, situación que en la práctica, no se da. El país viene estudiando las mejores iniciativas para el logro de esta integración. Una de las preocupaciones en el actual modelo de atención es el de consolidar la participación social en los procesos de gestión y organización de los servicios de salud.

La parte del sistema de servicios públicos se financia con fondos fiscales (impuestos de los ciudadanos), mientras sistema de seguro social con financiamiento de tipo Bismarkiano y una tercera parte esta constituida por numerosos proveedores privados con y sin fines de lucro.

El mandato constitucional actual, ahora exige la creación de un sistema y un seguro universal que termine con la fragmentación y segmentación descritas. Sin embargo, el gobierno nacional (que redactó el texto e impulsó su aprobación) aún no ha iniciado acciones que sienten bases concretas para la integración del sistema. Algunas de las todavía incipientes acciones de la actual administración parecen, por el contrario, tendientes a profundizar la fragmentación y segmentación: la creación de nuevos programa verticales para la lucha contra la desnutrición, la atención a los discapacitados, la lucha contra el sida, que contribuyen a la profundización de la descentralización de la gestión (como parte del movimiento autonomista, ahora universalmente aceptado en el país) y el financiamiento de los servicios incluyendo regiones indígenas autónomas, el fomento a la creación de un sistema paralelo y autónomo de medicina tradicional y la creación de un incentivo económico en efectivo para la atención materno infantil. (26)

Al mismo tiempo, varios gobiernos sub-nacionales (Beni, Tarija y ciudad de Santa Cruz) iniciaron la implementación de modelos locales de aseguramiento universal con los recursos provenientes de impuestos a los hidrocarburos recientemente nacionalizados con resultados mixtos.

Varios países, en diferentes momentos de su historia, consiguieron construir sistemas integrados de salud en base a cobertura universal con financiamiento básicamente público (el Reino Unido y Bélgica, en Europa; Canadá en Norteamérica y Cuba, Brasil y Costa Rica en Latinoamérica). En momentos más recientes, gobiernos sub-nacionales (México DF, Rosario, Bogotá, etc.) desarrollaron modelos sanitarios que buscan la integralidad y la universalidad. Si bien la historia no es exportable, existen características claves en cada experiencia que pueden inspirar y orientar una propuesta nacional. (50)

Algunas alternativas concretas fueron planteadas para terminar con la inveterada fragmentación y segmentación del Sistema Nacional de Salud y proponen medidas para qué la administración gubernamental, si hay la voluntad política suficiente, pueda avanzar en el cumplimiento de los mandatos constitucionales:

1. Promover el ejercicio real del Derecho a la Salud
2. Aplicar el enfoque de Interculturalidad y medicina tradicional
3. Control efectivo sobre la práctica privada limitando abusos
4. Énfasis en promoción de la salud y acción en Determinantes Sociales de La Salud
5. Participación/control social en la gestión.
6. Descentralización
7. Propiedad pública inalienable de los servicios
8. Acceso universal y permanente a servicios de salud
9. Aseguramiento Universal
10. “Gratuidad” (atención sin costo en el punto de oferta del servicio) de la atención integral
11. Acceso universal a medicamentos y biotecnología médica

Idealmente un sistema integrado debería contar con las siguientes características:

1. Un sistema único de cuentas nacionales de inversión, gasto y financiamiento en salud, que incluya progresivamente los diferentes niveles del sector público, la seguridad social, la cooperación internacional, las ONG's y los proveedores privados con fines de lucro.
2. Un sistema único de información de cobertura universal, seria y confiable, con base poblacional, basado en registros individuales, familiares y comunitarios incluyendo factores de riesgo, vigilancia epidemiológica y respuesta del sistema en promoción, prevención, curación y rehabilitación. La información institucional incluiría recursos humanos, materiales, técnicos, equipamiento, insumos, además de la producción de servicios.
3. Un marco de aseguramiento de la calidad de atención en salud, en base a protocolos estrictamente definidos y de cumplimiento obligatorio, con mecanismos claros compulsorios para su cumplimiento por prestadores públicos y privados, basado en principios de atención primaria integral en salud, ética, medicina familiar y comunitaria, atención centrada en el paciente, respecto a la variabilidad cultural y coordinación de acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales y económicos de la salud.
4. Un plan de ampliación de coberturas con base poblacional y geográfica basado en el reforzamiento de la oferta de servicios. (50)

5.1.2. Percepción de la comunidad y de los usuarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) – testimonios

Aparte de los aspectos antes señalados, es importante prestar atención a la percepción de la comunidad y de los usuarios, consumidores, pacientes de los servicios de salud, sobre tópicos tales como la calidad y calidez y el comportamiento de las diferentes instituciones proveedoras de la atención en salud.

En el marco del Derecho a la Salud, el auxilio sanitario no debería estar negado para a nadie, pero para ello el estado tiene que reconocer la Salud como una prioridad nacional, dotar de los recursos (humanos, financieros, técnicos, materiales, logísticos) para hacer de este derecho un patrimonio de todos y no un privilegio de pocos. Los profesionales y trabajadores de salud, aún con un sólido compromiso y sensibilidad social, por si solos, poco o nada pueden hacer, si la organización de los servicios no responde a las expectativas de la sociedad, de contar no solo con servicios aceptablemente bien provistos, pero supervisados en cuanto a una actitud de empatía hacia los usuarios y de respeto a sus derechos de los usuarios como pacientes.

Contrastar la realidad es siempre bueno porque desnuda el discurso a veces hueco, con los hechos sociales que se dan a diario en nuestro país. Una mirada al sistema de salud, desde fuera del sector salud y desde la perspectiva de los pacientes, nos muestra que la situación del pasado con respecto al presente no ha tenido significativa variación.

El sistema de salud en Bolivia, con destacables excepciones, en no pocas oportunidades, parece estar diseñado para maltratar al pueblo y los funcionarios estatales a veces no solo toleran, si no hasta ejercitan violencia sobre los sectores más empobrecidos, que se ven desesperados en su drama de no poder acceder a mejores servicios.

La salud en Bolivia, según el criterio de algunos entendidos, está lejos de ser “gratuita”, como lo demuestra una investigación, auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Bolivia, sobre salud e interculturalidad (34). La evidencia empírica recogida por este estudio refleja hechos cotidianos para la mayoría de los bolivianos al caer enfermos. La investigación recoge varios testimonios que, al final, conforman un perfil de los servicios de salud. El estudio señalado de la antropóloga Lic. Susana Ramírez Hita puede leerse íntegro en la página web: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nca30643.pdf>. A continuación, reproducimos una parte del estudio, como es el testimonio de un joven de 24 años y su percepción como usuario de servicios de salud, entre otros varios testimonios que se mencionan en la obra:

Testimonio 1: *“...he tenido un accidente con un cartucho de dinamita, se ha activado cuando estaba muy cerca, casi me ha quitado el pie. Trabajábamos con dinamita, para instalar alcantarillado y agua potable, al quemar ropa sucia supuestamente estaba dentro de un bolsillo la dinamita y en ahí se ha activado, cuando estaba a menos de medio metro de la fogata. Gracias a Dios solamente he sido yo, ahorita estoy con tutores externos para rehabilitarme la pierna. Se me ha quemado, he tenido una fractura expuesta, he perdido un dedo del pie, el dedo gordo del pie derecho. He tenido que mendigar atención en los hospitales; porque no sé, si no querían curarme o no podían curarme.*

El accidente fue en Pisiga, al lado de Pisiga. Me llevaron al San Juan de Dios y bueno, la atención en urgencias y demás es pésima, no me limpiaron bien y por eso estoy llevando muchas cosas, perdí un dedo por esa mala atención igual.

En Oruro, por no haberme atendido a tiempo, ahora tengo igual problemas en el brazo, igual por mala limpieza. Hasta ahora mi cuerpo está botando la basura de la explosión, no me han hecho una buena limpieza supuestamente. Lo único bueno que he encontrado ha sido el traumatólogo. En el hospital de Oruro, la verdad es un hospital de muy mala calidad, tanto que cuando he llegado tenía heridas en todo el cuerpo, heridas profundas con basura que se me había metido por la explosión y no han hecho muy buena limpieza en urgencias y no podía ver, solo escuchaba las cosas y habían estudiantes, les dicen internistas, a ellos le ha encargado el doctor que supuestamente estaba encargado de urgencias. Él se salía cada rato, no hacía nada y les dejaba a los muchachos, yo creo que la falta de práctica de ellos... Mi caso era grave no han limpiado las heridas como es debido, no debían haber atendido ellos.

No sabían, yo creo que debía el médico examinar las heridas y yo creo que mucha gente pasa por estas cosas, he visto cosas terribles en ese lugar. San Juan de Dios es el hospital general y he visto a dos personas morir por falta de atención. Es un pabellón gigantesco, no son cuartos como estos, es un pabellón que tiene varias camas, están varios enfermos de distintas dolencias. Dos veces he visto morir a gente por falta de atención, no ha sido por otra cosa, sus familiares no les iban a ver, han muerto así abandonados ahí.

En sí el personal, yo ejemplo viniendo aquí a este hospital [se refiere a Patacamaya] con la cooperación de los cubanos, se nota la diferencia de atención, es abismal. Porque los médicos que me han atendido allá eran muy, ¿cómo le digo?, prepotentes. No se les podía decir nada, te quejabas de algo y te reñían o bien ya no te querían curar, mientras aquí no, los médicos, es una gran diferencia entre médicos bolivianos y cubanos, creo que es por causa de la ignorancia de ellos.

Mucha gente está sufriendo la verdad, mucha gente, hay un sistema de ayuda social que se les da a las personas que no tienen, pero eso no funciona allá. No funciona porque había gente que tenía una pierna rota y las cosas les costaban demasiado caras y no había esa asistencia social, estaba una licenciada encargada de eso y venía y les reñía a los pacientes para que no molesten.

Había un doctor que siempre molestaba con eso, de traumatología, el doctor René Escalera. Venía y les decía a los pacientes, ya, tienes que hacerte dar y el mismo médico le hacía llamar a esa encargada de asistencia social y le reñía frente al paciente. Se iba el médico y la señora le reprendía al paciente y no le ayudaba, no prestaban auxilio, varias personas han perdido sus miembros por eso igual, dos personas han perdido sus pies por no tener dinero al alcance de los medicamentos o material para que se los pueda operar. Eso es lo que quería decir, trabajadora social tienen pero no funciona eso, está de pura pinta como se dice. No hace nada, esas dos personas que han muerto, han muerto porque sus familiares no se han ocupado, pero yo creo que deberían tener algo de orden, de voluntad los médicos para ayudarles.

No sé exactamente lo que tenían, pero venían inconscientes y tampoco les ponían atención, los tumbaron en la cama y se iban las enfermeras y demás y en las rondas se daban cuenta que estaban muertos. No venían a ver, lo veían muerto ya, ese ha muerto y lo sacaban como cualquier cosa. Dos veces he visto eso y había un señor que me han dicho que, estaba a mi lado, que ha entrado igual mal, lo habían golpeado, lo habían asaltado y estaba dos días en la carretera y estaba mal, pero me han contado que ha muerto igual. Le digo, pasar por ese hospital para mí ha sido un infierno. He estado en ese hospital, he ingresado el seis de mayo, he debido estar unos siete meses.

No había material, tenían que luchar los enfermeros o los médicos por un pedazo de cinta, no tenían material, yo creo que igual les debe aburrir y no poder tratar a la persona que necesitan su ayuda, que a veces no tenemos dinero, la verdad.

Si yo no hubiera tenido dinero, yo creo que hubiera muerto. Una empresa en la cual estaba trabajando me ha ayudado económicamente en todo; si no yo creo que hubiera muerto, porque allá las personas que no tienen nada mueren, no les queda otra.

Yo la verdad me daba pena, hasta en mi mismo caso, tengo mal mi brazo, he perdido mi dedo ¿Por qué?, por mala atención, ha sido todo mala atención, no había ganas de parte de ellos. Los estudiantes yo creo que no deberían hacer ese trabajo, debían hacer ese trabajo cuando estén listos porque practican en nosotros y es nuestra vida, no es algo que ellos sean culpables, es algo que a mí me va a afectar toda la vida, pero ellos no entienden eso y hay mucha gente que debe estar pasando todavía peores cosas. También en el hospital de La Paz. Si uno se viene a quejar, puede ser que se agarren todos, por ejemplo una cosa que me asusta mucho, era cuando me han cerrado, me han vendado, ya no han querido atender más, yo les decía: -¿Qué es de mi brazo por qué no me están atendiendo? -. La primera operación lo han vendado, en realidad lo han cosido como han querido, en la primera operación lo han descosido y lo han vendado y así se ha quedado dos semanas, yo podía mover tranquilamente mi brazo.

Cuando me llevaron al hospital mis brazos, podía mover con toda normalidad porque yo no podía ver pero podía mover, me tocaba la cara. Una mañana he despertado con los brazos entumecido, no podía arrectarlo más y la cosa es que me he mirado de bajo de la venda y había una bola y me he asustado. Me desvendé ese rato y me he apretado y de la costra ha empezado a salir harta pus y en ahí he hecho jolgorio.

La verdad, he reclamado con toda mi alma, me he destapado este lugar y era un hueco de pus horrible y las licenciadas se han limitado a curar por encima. Yo les decía que me curen bien aunque me hagan gritar aunque me duela, a veces es necesario eso pero lo único que hacían ellas era limpiar por encima y la verdad lamentablemente esto se me ha cerrado por encima y me han quedado cosas entre los tendones y ahora tengo que hacerme una nueva operación. Esas son las cosas, por eso mucha gente debe sufrir lo mismo que yo. Allá hay mucha gente del campo, la mayoría son mineros los que van allá o hay empresas constructoras que trabajan por el lugar y la mayoría son gente así que no tiene buena educación. Lo deben pasar peor que yo, si yo no he podido reclamar, imagínese.

Había pacientes, por eso como le digo, había un paciente que se ha roto el pie por escapar de que no lo roben, se ha roto el pie, la tibia creo que se ha roto y estaba así en emergencia, desde el día que ha entrado, ha entrado después de que yo he entrado, hasta el día que yo he salido no se ha hecho operar por falta de material. Y estaba así y era impresionante su pie. Yo he peregrinado, de aquí hasta La Paz y de La Paz quería irme hasta Cochabamba para que me curen, porque uno cuando se siente así, se siente bien feo que no te vean.

Una de las cosas más graves que yo he pasado ha sido la curación del pie. Cuando el traumatólogo me ha vendado porque la herida era inmensa, desde la rodilla hasta la canilla, me ha vendado, y me ha dado una fecha para volver.

En Oruro, me ha especificado no vas a hacer tocar la herida con nadie, yo te estoy vendando tal y así te quedarás tal, bueno yo he respetado él debe saber sus cosas, pero pasando el tiempo, digamos para llegar al seis de julio se ha hecho insoportable el dolor de la herida.

El seis de junio me ha hecho la última curación y el seis de julio tenía que cambiarme de venda y la verdad el dolor se ha vuelto insoportable, a la altura de los tutores y lo que he hecho yo le he llamado y he adelantado la consulta. He ido y no me ha querido atender. En Oruro, me dieron alta y yo me vine a La Paz. A mi casa, porque me han dado de alta en el hospital de Oruro. Entonces tuve que volver a Oruro un mes después para la curación, ha sido muy difícil el viaje porque había justo esos días bloqueos. Hemos tenido que desviar el camino, camino de tierra y demás, he llegado hecho pomada a Oruro, he llegado allá y en una tarde, la tarde del martes tenía que hacerme atender, a las dos de la tarde.

Y no he podido llegar por esa desviación que hemos hecho, hemos llegado a las cuatro y no me ha querido atender, ha dicho que venga mañana a las dos de la tarde.

El sabía que estaba viniendo de La Paz y sabía que habían bloqueos, ha sido una peripecia, he llegado, me he quedado en un alojamiento, al día siguiente hemos ido, a las dos de la tarde. El ha indicado eso y bueno me he encontrado con el médico, me ha dicho anda a hacerte sacar radiografía antes que entre a quirófano. He corrido a la radiografía, a rayos X, pero lamentablemente estaba muy lleno y he tardado. He vuelto donde él y ya se había entrado al quirófano. Yo me he sentado a esperarle, la verdad estaba en una silla de ruedas, con el frío de allá se me ha hecho insoportable esperar y me he ido al auto de mi papá, hemos ido y mi papá ha salido así bien molesto diciendo, se ha escapado.

El médico supuestamente había salido del quirófano, no había dicho nada. Mi papá le había dicho aquí están las radiografías, no le había atendido. Ni siquiera ha dicho nada, se ha subido a su auto y

se ha ido y yo la verdad no podía más soportar una noche, porque yo duermo con una especie de canastilla para que no me choquen los fierros y esa noche que pasé en Oruro ha sido insoportable. Yo le he dicho a mi papá no importa, vámonos a La Paz, vámonos, yo me voy a hacer curar en La Paz y hemos tenido que volver a hacer el viaje. Ha sido un gasto de nuestro bolsillo que hemos hecho, hemos tenido que poner gasolina, alojamiento, comida y hemos vuelto a La Paz y me han llevado al hospital Arco Iris. La verdad no conozco ese hospital y en ese hospital igual me han desvendado solamente el pie, no la pierna, me han desvendado, no han dicho nada, lo han lavado con yodo, lo han vuelto a vendar, ahí lo han dejado y a mí no me ponía tranquilo eso porque la herida, era como si me estuviera apretando la herida, no sabía qué hacer, no sabía a quién acudir la verdad. He ido igual al Hospital de Clínicas de La Paz, era muy lleno, ese era el problema.

Por ejemplo en esos hospitales no te quieren internar, internan a las personas que tienen mucha urgencia, no te internan, yo quería internarme porque yo sentía que necesitaba más cooperación médica, pero no me han querido internar.

En el Hospital de Clínicas tampoco, ahí solo me sacaron los puntos del dedo que ya perdí, nadie quería ver la pierna, los doctores, porque decían que el único que podía ver era el médico traumatólogo que había tratado eso y todos los hospitales me hacían rebotar con lo mismo. No me desvendaban.

Nada, se ha quedado así, la venda, imagínese. Se ha quedado desde el seis de junio hasta que he venido aquí, hasta el domingo, este domingo de agosto que pasó, hasta esa fecha se ha quedado con vendas los puntos y para mí era insoportable. Pensaba ir a Cochabamba porque tengo un amigo médico. Yo le llamé y me dijo: –ya, te vamos a tratar pero ven a Cochabamba – y la verdad yo me he puesto impaciente; incluso he peleado con mi familia porque, bueno, mi familia igual estaba tranquila. Yo era el único impaciente, estaba a base de calmantes que ya me estaban haciendo daño, hay un calmante Klosidol que es muy difícil conseguir la ampolla en La Paz, tabletas eran, las tabletas ya me estaban haciendo daño, ya no podía ir ni al baño. La cosa es que un día he peleado con toda mi familia y me he salido así con mis muletas, solito, me he ido a la terminal. Con esa mentalidad de llegar a Cochabamba como sea. Me subí y el dolor no me permitió.

A mitad del camino me empezó a doler horriblemente y no me quedaba más que pensar en este lugar y he dicho descansaré hoy día aquí en Patacamaya, en casa de mi abuela y mañana continuaré el viaje. El dolor era insoportable. Yo la verdad no pensaba venir a este hospital, no se me había ocurrido, ni siquiera había pensado en la posibilidad. Mi abuela se ha asustado porque no puedo andar, me han prohibido andar, hasta muletas me prohibieron andar y ella me ha dicho por qué no te haces una curación aquí, hay médicos cubanos, me ha dicho, a veces yo he escuchado que hacen las cosas bien ellos, por radio, incluso por televisión. Me he animado y me han traído un domingo aquí.

Este domingo pasado, pero para mi mala suerte no estaban los médicos cubanos, había un médico boliviano y en ahí he notado la diferencia. He venido en la tarde a las cuatro, cinco de la tarde más o menos y el médico boliviano lo ha desvendado, ha visto las heridas. Todas las heridas en sí. Yo le dije que me saque los puntos. El no quería sacarme los puntos porque yo pensaba que los puntos se habían estirado y era justo: me empezó sacar los puntos y empecé a sentir alivio. Había carne necrosada a los costados de mi pierna y él lo dejó así, dijo: –Esto es para una limpieza quirúrgica, y yo le mostré de mi brazo más. – ¿Qué puede hacer con esto? –, le dije. Exactamente no sabían qué era, nadie me podía decir qué era.

Me dijo que volviera al día siguiente que estaba el médico cubano. Justo vino un médico cubano y me vio y rápido me atendió y han hecho un excelente trabajo, imagínese, supuestamente el médico boliviano me había sacado todas las cosas, el cubano ha sacado miles de cosas más, de la herida, ha sacado más puntos, ha sacado, la carne necrosada, lo ha sacado.

Cosa que no se ha animado el otro médico, en ahí vi la diferencia. Y después el médico cubano me dijo, qué tal si te internas unos cuatro días, le dije perfecto y la atención misma de él es excelente porque viene, se preocupa, todos los días.

Si, ese doctor, hace una curación, ha hecho la curación que necesitaba y la herida ya se está perdiendo, cosa que, incluso él me dijo que si hubiera recibido una atención más antes, ya hubiera estado caminando. Han retrasado todo eso, la mala gana de los demás. Ahora estoy tranquilo, como le digo ha sacado todo lo que tenía, me ha sacado todos mis miedos. Ahora él dice te voy a atender lo de la mano más, pero lo haremos con tiempo.

Te curaré primero la pierna sino te voy a inhabilitar totalmente. Yo creo que la ayuda de ellos es muy grande, están dando todo gratuito, gente que no tiene dinero la están ayudando. Si toda la gente de los lugares que he visto se enteran de lo que están haciendo estos médicos, te apuesto a que se vienen toditos aquí y además de que están dando gratis. Son muy profesionales, gente que de verdad siente la dolencia de las personas y eso les falta yo creo a todos los médicos bolivianos atender a los pacientes y a veces ponerse en su lugar.

Uno cuando está así se siente atemorizado, siente miedo todo el rato porque no sabe qué va a pasar. Al médico se entrega a veces, su suerte le entrega al médico y a veces ese médico es malo, no sabe y por eso mucha gente muere. Creo que lo que le hace falta a los hospitales es que cambien el pensamiento de los médicos, las enfermeras, las licenciadas.

Yo la verdad cambiaría este sistema de los estudiantes, yo no les permitiría tocar a nadie. Porque imagínese, están estudiando, que vayan a practicar con cualquier cosa, con vacas muertas, pero que no practiquen con seres humanos porque, por ejemplo, no somos un trabajo práctico de cualquiera, a nosotros no nos va a borrar las heridas y vamos de nuevo a empezar, son cosas que vamos a llevar toda nuestra vida.

Yo creo que no debería haber ese sistema y tal vez está ahorrando el gobierno algo, pero está fregando a mucha gente también este sistema y hay estudiantes que son unos jetones, gente que no debería ser médicos, que no deberían atender a personas, más bien deberían ser policías o algo así porque para eso tienen el carácter, a mí me ha dado pena, la verdad, mucha gente he visto en Oruro, para mí el hospital de Oruro ha sido el peor porque ahí se veía de todo, gente que no podía recibir ayuda.

Había un señor que tenía una dolencia, se había caído y a su mano se le ha entrado un clavo oxidado, alguna aguja supuestamente. Qué pasó, el señor no pudo conseguir, no tenía para la operación y la aguja se le incrustó hasta medio brazo, se le enraizó en el hueso, lo han operado una vez, no podían encontrar la aguja y le han vuelto a tapar y le han regresado a su cama. Le han dicho que necesita tal cosa, tal cosa y el señor empeoró, le dio fiebre y demás, al punto que como nadie le ha podido ayudar que se ha tenido que levantar de su cama y ha tenido que ir a buscar ayuda así en la calle, con su mano en ese estado. Ha vuelto después de dos semanas, ha vuelto todavía, yo la verdad no hubiera vuelto a ese hospital, ha vuelto con la esperanza... le han ayudado más bien.

Pero yo digo, imagínese si hubiera sido un caso grave, no entienden eso los médicos, se ha visto que para ellos es solamente un medio de ganancia. Yo la verdad es que tengo un gran

resentimiento con ellos por eso, por mi dedo, porque cuando yo he llegado al hospital de Oruro era un caso grave, yo estaba totalmente herido, estaba perdiendo sangre y me han pasado a terapia intensiva y hasta los mismos reportes he notado cómo eran de desgraciados.

Ponían en el reporte cuando me han pasado de terapia intensiva, el promotor decía no presenta gravedad, y yo estaba a punto de morirme, estaba con una fractura expuesta, tenía esquirlas en todo el cuerpo y decían que no presenta gravedad. Y cuando me han pasado de emergencias a terapia intensiva tenía un electrocardiograma que estaba siguiendo mis latidos y en una de esas, esa noche que he llegado lo he desprendido y la maquinita ¡tiiiit! ha empezado y habían unas enfermeras al lado, ya, ya se ha muerto, anda a desconectarlo, estaban esperando a que muera y yo la verdad si hubiera podido hablar les hubiera gritado pero no podía, cosas que te sorprenden, yo ese rato decía dónde miércoles he venido a parar, Dios mío.

Así más o menos se han ido presentando casos en mi evolución, lo más tétrico era cómo empezaban a botar basura de lugares que supuestamente ya estaban bien en mi cuerpo, empezaban a botar basura. Una vez yo tenía una partidura de labio con la explosión y me han cosido en emergencias.

No, así nomás y bueno, la verdad estaba aletargado por la explosión, pero lo que me ha sorprendido después de dos semanas era que se ha levantado una bola dentro del labio, no sabía qué era, como una especie de bola, yo lo mordí con mis dientes y salió harta pus, me toqué y era balín y había agua ahí adentro, tocaba con mi lengua y yo le dije a una licenciada que estaba de turno, tengo algo aquí adentro: –No joven, así siempre es–, me dice. Así siempre es, no se preocupe se va a sanar y así moviendo con mi lengua saqué un pelo de ahí adentro, de eso me he asustado. Me he empezado a hurgar con mis dientes y por suerte mi diente pude agarrar y era una bola de basura como de medio centímetro más o menos, yo me asusté la verdad.

He visto pues, Dios mío me han cosido con esto adentro, qué desgraciados, le he llamado ese rato a la licenciada y le dije, mire, es esto, y ese rato recién se pusieron a ver qué era, me agarraron, me lastimaron, no hay nada. Lo hemos dejado así, me he quedado más tranquilo, al día siguiente he empezado a botar basura, yo le dije, por qué son así Dios mío !!, imagínese si esto no se hubiera salido de por sí me hubiera causado cualquier cosa dentro.

Y en varias heridas la misma historia ha sido, en una herida de la pierna igual, al final de cuentas yo me curé la herida solito porque se inflamaba cada rato, salía pus y yo les decía. Venían, me lavaban con agua oxigenada, pero no hacían más y tanta era mi desesperación, el dolor de mí que un día de tan adolorido, apreté la herida con todas mis fuerzas y empezó a salir mechas del explosivo, recién empezó a sacar esta mecha hasta que al último he sacado y ya se ha cerrado, por eso recién se ha cerrado la herida, imagínese.

Aquí igual en el brazo, por ejemplo esto era más grande, era una bola impresionante, yo les decía a los médicos, al cirujano le decía, doctor qué es esto, ah, que te vea el doctor Escalera, el traumatólogo. Se pasaban la pelotita entre los dos y hasta que un día le dije así muy seriamente al doctor Escalera: –¿Qué es esto, es pus?–, le digo. No, no es pus, no es pus, debe ser un golpe en los ligamentos por la explosión, algo así me dijo y por eso está inflamado, a mí me ardía y cuando es pus te arde, te molesta, si es solo un golpe no, no te molesta, todos los días me ardía. Hasta que un día una enfermera me dijo: –Si es pus ponte un apósito de agua caliente –, me decía, con eso va a florecer y justo eso me he hecho esa noche, me he puesto agua caliente y al día siguiente era una cosa impresionante de pus, lo pinché yo mismo, imagínese yo mismo me pinché.

Tenía unas jeringas que yo me compraba, nuevas, saqué una jeringa lo pinché porque ya era demasiado el dolor, ya era demasiado que no te estén atendiendo, que se hagan los locos, ya era demasiado.

Me pinché y empezó a salir pus, yo mismo me empecé a sacar la pus para estar más tranquilo, vino una licenciada y me dijo, no te tienes que hacer eso y yo la verdad le respondí, hasta que ustedes me hagan se me va a caer el brazo y así varias veces le tuve que ir pinchando, hasta que un día...

Eran licenciados, ya están licenciados y yo supuestamente pensaba que ellos podían hacer eso cuando el médico no estaba. El médico tenía sus horas en horarios de oficina, no estaba todo el rato y lo malo era que, digamos, si te pasaba algo ahí, el único médico que se quedaba en todo ese hospital era el de emergencias, tantos enfermos y el único que se quedaba. Lo peor era que, yo he visto en ese hospital que los médicos tenían rivalidad entre ellos, no se llevaban bien, por ejemplo el traumatólogo no se llevaba bien con el cirujano y si un médico venía y te tocaba y el otro te reprendía a vos, era, como le digo, una clase de competencia entre ellos que no podías tocar al enfermo del otro. Yo creo que los licenciados han visto esa clase de casos y no hacían nada por miedo a las represalias que hubieran tenido.

La herida de mi mano yo me la curé y al ver mi cuerpo con tantas heridas ya comprendía digamos la lentitud cómo se curaba, cuando me ponían esos apósitos, esas cosas, se infectaban peor. Lo que yo hacía, yo un día les he pedido que me curen, me curaron, me pusieron las vendas, yo me saqué las vendas, y empecé a curar, desde ese momento me empezó a curar, yo la verdad no les pedía que vengan a curarme. Me hice comprar un botecito de alcohol yodado con una gasa y yo me curaba, metía mi mano adentro la cama y me empezaba a curar y así curó recién, las cosas que yo me curaba recién estaban empezando a curar, después de tanto tiempo.

Eso es lo lamentable de los hospitales bolivianos, no es el problema digamos la falta de plata. No es el problema ese; el problema es la falta de interés de los médicos, de las enfermeras, de las licenciadas. Como le digo, ellos la verdad solamente esperan que sea fin de su turno para irse, no sienten lo que los enfermos sienten. Ah, claro, no son todos; son casos excepcionales que hay, he conocido algunas licenciadas que son muy buenas, arriesgan a veces su propio puesto para calmarte el dolor.

En Oruro, hasta las que limpian todavía, imagínese, te trataba mal. A veces uno hace caer el bacín digamos donde está orinando porque no puede alcanzar, pide ayuda, por ejemplo pedían ayuda para ir al baño en sillas de ruedas y venían con un carácter así jeteando. Yo creo que debería haber personas de mejor capacidad en ahí, esos deberían ser por ejemplo cargadores, no deberían meter a cualquiera en estos hospitales. Por ejemplo la falta de material era una de las cosas más jodidas allá. Un día yo necesitaba un spray para la herida que tardaba dos días en encontrarlo, no había ni en el hospital ni en farmacias. Lo primero que debería tener ese hospital es todo preparado. Supuestamente allá ingresan enfermos, heridos de toda clase, no había y eran muy costosos y la verdad hay días ciertas farmacias que te querían vender pero sin factura. Imagine era, todo un chiste, todo tenía su historia ahí, por ejemplo en los casos de la operación que vendían hilos de sutura que no eran para la piel, que no servían y seguían vendiendo eso, la misma farmacia del hospital seguía vendiendo.

El médico se quejaba cada vez, este hilo no sirve para esto y no había otro hilo que comprar, tenía nomás que soportar eso, imagínese el hilo de mí era como esos hilos de plástico, gruesitos, igualito y los hilos que tenían que tener eran dice delgaditos, no tenían que ser así. Si uno se pone a

analizar, es que te ayuden, nada más, uno busca ayuda aquí, yo la verdad he encontrado en ellos, los cubanos. Yo he probado por lo menos cinco médicos, todos bolivianos y no ha habido eso lo que he encontrado aquí, digamos ese entendimiento con ese médico que he encontrado aquí. Él por ejemplo me trata como a cualquier persona, ya vas a caminar, me alienta, los otros médicos se la pasaban quejándose, que no, que esto, que el otro, ah, no, a nosotros no nos pagan tanto, así, se la pasan más contándome sus problemas que yo contándoles mis problemas.

En este hospital (Patacamaya) lo bueno que he encontrado es ciertos médicos extranjeros. Me duele decirlo, pero son mucho mejores que nuestros médicos, mucho mejores, pero es así, hay que aceptar la realidad, son amables, son gente que se preocupa, gente que de verdad son profesionales, no son, como le digo, los otros están en busca de dinero, ellos hacen un trabajo gratuito, esa es la gran diferencia yo creo, ¿no?

Yo, la verdad en este país tenemos tanta plata que el boliviano de nacimiento es estúpido, no sabe administrar sus riquezas, tenemos tantas cosas que en otros países no tienen. Para mí tendría que cambiar todo el sistema médico que hay ahorita, todo el sistema es una porquería, si uno se pone, imagínese yo en siete meses he visto tantos desmanes; imagínese qué estará pasando ahorita en ese hospital de Oruro, qué será, cuánta gente morirá por las estupideces que nos hacen. Sabe, por ejemplo yo, a mí desde que estoy pasando estos traumas, por ejemplo de estos hospitales, yo la verdad, si tengo un accidente, así grave prefiero morirme a volver a entrar a un hospital, es la idea que yo tengo, claro, será a veces estúpida, pero es la verdad porque, yo incluso una vez le he dicho al médico que me estaba tratando... si hubiera sabido como era el sufrimiento, la verdad me hubiera dejado morir hace tiempo. Yo creo que la gente tiene miedo a los hospitales porque están traumatados por la mala atención que dan, una pésima atención donde tienes que aparte de soportar el dolor del tratamiento tienes que soportar la mala crianza de los médicos o enfermeras. Yo creo que debería haber un control sobre ellos, un control bien estricto.

Como ellos hacen paros, exigen a cada rato buenos sueldos, así deberían implementar controles en todo sentido para que traten bien al paciente. Aquí he estado leyendo un artículo donde decía, que en Estados Unidos habían implementado tratamientos de felicidad, donde el paciente tenía que reír más que todo y se curaba más rápido y es cierto, la verdad es cierto porque cuando uno habla y es feliz a veces ni siente el dolor, pero cuando te están traumando es más insoportable el tratamiento... ..” (34) **Fin del testimonio**

OTROS TESTIMONIOS

TESTIMONIO 2

Una mujer de 29 años, residente de la ciudad de Potosí comprarte el siguiente testimonio sobre la calidad de atención asociada al maltrato del personal sanitario hacia los pacientes y muchas veces a sus familiares.

“Esa vez me decían, por ejemplo, si vos no quieres tener dolor, ¿no quieres ya tener el dolor? Entonces porque has estado con tu marido, pa’ qué, por qué o sea que por qué tienes que estar abriendo las piernas si no quieres tener, entonces aguántese, así me sabe decir. Si, hasta la doctora me reñía, pero..., en el hospital Bracamonte, así era, mala era, pero después otro se ha hecho esto y ahora ya no es pss lo mismo, otro se ha construido porque más antes, antes siempre era todo viejo era. Frío era, frío hacía, cuando yo venía de mis hijos pues, ahora calentito, bien es pues ahora, si. No, todavía no me riñen, al menos a mi no, pero era bien y también mi hijita, las

señoritas me han metido en camilla, cuando estaba mal también me han ayudado, con el dolor así que no me han gritado, con mis otras hijitas disparates me han dicho, eso depende de quién esté, lo importante es que entre un familiar para que nos proteja” (34).

Una de las razones por las cuales la población no acude a los centros de salud es el “mal trato” que reciben del personal sanitario y el miedo que, en ocasiones, les produce acudir al centro

TESTIMONIO 3

En la narración de este caso, evidenciamos que el acceso geográfico es una de las múltiples barreras que un ciudadano debe atravesar para acceder a servicios y atención de salud, el siguiente testimonio lo vierte un hombre 28 años, de extracción aymará, de religión católica, comunitario de la localidad de Patacamaya.

“Si uno tiene algo grave, los caminos están tan mal que te mueres, porque el problema es que en el campo no pueden atender algo grave, te mandan a la ciudad y entre que llegas te mueres. La ambulancia, casi muero en ella por el camino. Le digo, lo primero que debían arreglar en este país son los caminos” (34).

Como parte del estudio y siempre en el afán de conocer la percepción de las personas sobre los servicios de Salud y la atención que reciben en los mismos se elaboraron encuestas bajo los siguientes criterios de inclusión: (Ver ANEXO 2)

- Pacientes internados en Hospitales Públicos
- Pacientes internados en Hospitales Privados
- Pacientes internados en Hospitales de la Seguridad Social
- Líderes de comunidades rurales
- Representantes de organizaciones sociales de todo el país.
- Alumnos de universidades públicas y privadas

5.1.3. Algunas Sugerencias para la Construcción de un Sistema Único de Salud en Bolivia en el marco del Derecho a la Salud y de la experiencia internacional

En el marco del Derecho a la Salud, como un Derecho Humano Fundamental, valores como la universalidad y equidad en salud tienen aceptación prácticamente generalizada en el mundo de hoy (38), como lo afirma el Dr. Julio Manuel Suárez, en su artículo “Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXI”

Contar con sistemas de salud que atiendan a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, credo, género u otras condiciones sociales es requisito para una vida colectiva digna. Estos valores están consagrados en la mayoría de los textos constitucionales de los países y han sido ratificados por resoluciones de Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (39)

Una proporción significativa de la población carece de cualquier tipo de protección social en salud. La OPS estima que en América Latina y el Caribe alrededor de 230 millones de personas (46%) no cuentan con seguro de salud y cerca de 200 millones (20-25%) no tienen acceso permanente a servicios básicos de salud (40). Según la CEPAL, la tasa de informalidad laboral

en la Región de Las Américas es de 52% a pesar de avances en este sentido en años anteriores hoy amenazados por la crisis económica (41). Es decir, más de la mitad de los trabajadores de la Región no tiene empleo formal y por tanto carece de protección de la Seguridad Social, quedando automáticamente excluidos de la protección en salud por esta vía.

La situación se agrava por la crisis económica en curso. Más de 1,200 millones de trabajadores y sus familias vivían en condiciones de pobreza antes del comienzo de la crisis, y de estos más de 620 millones en extrema pobreza con menos de USD 1,25 por día. Estimados de la OIT consideran que el desempleo a nivel mundial podría crecer entre 29 millones (escenario bajo) y 59 millones (escenario alto), con un escenario medio de 39 millones de desempleados en 2009, en relación con 2007. (42)

El gasto mínimo necesario por persona y por año para proveer servicios “básicos” de salud es de 35 a 50 dólares de los Estados Unidos de Norte América ,según la OMS, pero sesenta y cuatro países no alcanzaban esta cifra en 2004, uno de ellos Haití. Cuatro países de América Latina: Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay tenían en 2005 un gasto per-cápita anual en salud menor a 100 USD (43). En recientes años, sin embargo Bolivia, invierte, en promedio, de más de USD 60 y aún así buena parte de su población no tiene acceso a servicios de salud esenciales, debido a que la distribución no es equitativa, con abismales diferencias entre los distintos beneficiarios y gremios, así como diferencias tanto a nivel rural como urbano.

América Latina no es la Región más pobre del mundo, pero es la más desigual en la distribución de su riqueza. Mientras el 10% más rico de la población concentra alrededor del 35% de los ingresos, el 40% más pobre recibe alrededor del 15%, con valores aún inferiores en Bolivia y República Dominicana, en los que los más pobres sólo captan el 11% de los ingresos (44).

El ingreso medio por persona en los hogares del quintil más rico de Las Américas supera 20 veces el del quintil más pobre, siendo esta diferencia aún mayor en algunos países como Bolivia, Haití y Paraguay donde la razón es de 42,3; 26,6 y 25,7 respectivamente (45)

Los problemas para lograr la atención universal en salud, según el Informe sobre la Salud en el Mundo 2008 sugieren que, actualmente, el gasto de salud pública tiende a beneficiar a los ricos más que a los pobres. Un número creciente de personas al año tienen que costear de su propio bolsillo los gastos de atención de salud y, como consecuencia, muchas veces caen en la pobreza.

La atención en salud es fragmentada, con redes de servicios fragmentadas; especialización excesiva de los médicos; enfoque limitado de programas de control de enfermedades; gobernanza basada en la no intervención o laissez-faire, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada. La ayuda internacional resulta fragmentada y la atención de salud con riesgos, pues no se cumplen adecuadamente las normas de seguridad e higiene, registrándose tasas elevadas de infecciones nosocomiales, errores con los medicamentos y otros sucesos adversos. La actual atención en salud esta mal orientada, los recursos concentrados en servicios curativos en detrimento de la promoción de la salud (que podría evitar hasta el 70% de las enfermedades y las muertes) junto a la prevención de riesgos.

El ideal de universalidad con equidad ha sido llevado a la práctica en un grupo de países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, con diferentes modelos. En general, los países que cuentan con sistemas universales obtienen mejores resultados en salud y su distribución social es más equitativa que en aquellos que no cuentan con sistemas de salud que protejan a todos sus ciudadanos (39).

Estos países han logrado el aseguramiento universal mediante sistemas nacionales de *servicios de salud a los que se accede por derecho ciudadano, sin mediar un seguro* propiamente dicho, o mediante sistemas de seguros públicos con cobertura efectiva universal.

La otra cara de la moneda son los países, como Bolivia, que aún mantienen sistemas segmentados y fragmentados, que por su propia esencia excluyen a una parte de la población de cualquier acceso a los servicios, y discriminan a los que logran algún acceso en función de su pertenencia a uno u otro segmento social. Este es el caso de una buena parte de los países de América Latina.

La riqueza económica de los países es un factor que puede favorecer la protección social universal en salud, cuando estos dedican una parte suficiente para proteger a sus ciudadanos a través de un modelo de aseguramiento universal. Sin embargo, no basta la riqueza para lograr Universalidad y mucho menos la equidad. Es esencial que los defensores de los derechos en cada sociedad defiendan su sistema de salud y los recursos destinados a este como un bien público apreciado para evitar que las clases políticas coloquen la salud como última prioridad o, peor aún, como no prioritaria.

Defender un presupuesto público suficiente para la salud - también para la educación y el cuidado del ambiente- es defender el futuro y la viabilidad de nuestras naciones. Cada sociedad debe decidir qué tipo de sistema de salud quiere tener, qué porción de su riqueza nacional esta dispuesta a dedicar al sistema y los servicios de salud y cómo gestionará dicho sistema. No obstante, en la práctica, estas decisiones quedan en manos de los grupos que detentan el poder formal y *la participación social en ellas es limitada o nula en la mayoría de los países.*

A los desafíos de orden social, político y económico, se suman otros directamente relacionados a la naturaleza de los sistemas de salud, entre los que podrían señalarse algunos como ser:

1. Estructura y gestión

El problema mayor es la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud. La división de los sistemas de salud en sub-sistemas paralelos e incommunicados genera en si misma inequidad al clasificar a los usuarios de acuerdo con su pertenencia a uno u otro segmento. Junto al segmento privado, presente con mayor o menor fuerza en casi todos los países, típicamente se identifica dos grandes segmentos públicos: El segmento de los que están protegidos por la Seguridad Social y el segmento de los que no tienen dicha protección. Este último constituye en Bolivia más del 75% de la población que, en teoría, queda a cargo del Ministerio de Salud a través de servicios propios, de los departamentos, provincias y municipios, complementados por hospitales privados, con o sin fines de lucro, que brindan atención generalmente pobre para pobres. Segmentación y fragmentación agregan un problema de *macro ineficiencia*, al multiplicar los costos de transacción e infraestructura pública.

De esta forma quedan lesionadas desde el origen la universalidad y la equidad. En varios países de nuestra región, la rectoría y gestión de los sistemas y los servicios de salud son débiles, burocráticos, ineficientes y poco respetados por los beneficiarios y usuarios de los sistemas.

En los sistemas segmentados y fragmentados esta realidad se expresa con mayor fuerza y es más difícil de superar.

La existencia de fondos de financiación múltiples dificulta seriamente el ejercicio de la rectoría en función de objetivos nacionales de universalidad, equidad y eficiencia del sistema.

Estos sistemas tienen serias dificultades para organizar redes integradas de servicios de salud, condición imprescindible para brindar una atención continuada, integral y de calidad. La OPS ha lanzado una iniciativa para impulsar la construcción y desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en la Estrategia de Atención Primaria de la salud. El propósito de la iniciativa de OPS sobre RISS es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS en los que se preste servicios que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer realidad varios de sus elementos esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros.

Entre los atributos esenciales de las RISS pueden señalarse:

- 1.1. Población/territorio asignados, bien definidos y con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios de salud;
- 1.2. Una extensa red de establecimientos de salud que comprende todos los niveles de atención y que provee tanto servicios de salud personales como de salud pública;
- 1.3. Un 1er nivel de atención que actúa como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población;
- 1.4. Prestación de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios;
- 1.5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios de salud;
- 1.6. Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio;
- 1.7. Un sistema de gobernanza único para toda la red;
- 1.8. Participación social amplia;
- 1.9. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;
- 1.10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;
- 1.11. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red;
- 1.12. Financiamiento adecuado, incentivos financieros alineados con metas de la red;
- 1.13. Acción intersectorial

La gestión centralizada de algunos sistemas impide la toma de decisiones donde se producen los problemas de salud y se implementa una buena parte de las soluciones. Se limita la iniciativa de los gerentes de sistemas locales y la intersectorialidad, y se cercena la participación de los

verdaderos dueños de los sistemas públicos, la población y los defensores del Derecho a la Salud (DaS). Por otro lado, la descentralización, como en el caso boliviano, puede ser un problema cuando el sistema no está estructurado basado en valores y principios compartidos (como el DaS) y carece de una buena rectoría, coordinación y gestión en función de necesidades y no de los intereses de los prestadores de servicios y su capacidad de oferta.

2. Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública

Los países que logran buenos resultados en salud desempeñan con éxito un grupo de funciones estratégicas de responsabilidad pública en cuyo cumplimiento los sistemas de salud tienen un papel central. La “Iniciativa Salud Pública en Las Américas” lanzada por la OPS definió 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).

En las evaluaciones de las FESP realizadas a nivel regional y en los países, se evidencia que varias de estas funciones tienen un desempeño deficiente. Siendo todas ellas “esenciales” para el desarrollo de la salud, el buen desempeño de los sistemas de salud en el cumplimiento de estas funciones es parte integral de los esfuerzos para lograr universalidad con equidad

3. Modelo de atención

Para alcanzar universalidad con equidad resulta decisivo el modelo de atención que se implementa en el sistema de salud. En una buena parte de nuestros países, el modelo predominante está basado en el hospital y en el predominio de la atención médica curativa a eventos agudos en unidades aisladas. Las evidencias acumuladas indican que este modelo de atención no puede atender efectiva y eficientemente las necesidades de la población y mucho menos con equidad. Se requiere entonces reorientar el modelo de atención hacia uno cimentado en los principios y valores de la Estrategia de Atención Primaria (lanzada hace 40 años en Alma Ata y renovada recientemente por OMS y OPS) y de los Derechos Humanos (DD.HH.). Los sistemas de salud deben priorizar la promoción de la salud y prevención de riesgos y daños, construirse a partir de un primer nivel de atención resolutorio y de calidad, y organizarse en unidades y equipos de salud multiprofesionales estructurados en una red integral que cubra todas las necesidades de atención, desde el trabajo con las personas sanas hasta la curación y rehabilitación priorizando las condiciones crónicas de mayor prevalencia que requieren una atención longitudinal en redes integradas de servicios de salud. Además la toma de decisiones ha de ser participativa a todo nivel. Solo así será posible enfrentar los desafíos sociales, demográficos, epidemiológicos en pro de la universalidad con equidad. En esta misma dirección se inscribe la iniciativa de OPS/OMS antes citada sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), inscrita en el proceso de renovación de la Estrategia de Atención Primaria.

Otra dimensión esencial en el modelo de atención es la calidad. Colocar acceso y calidad como metas secuenciales es erróneo. Una buena calidad de la atención es parte integrante inseparable del acceso a los servicios. *Extender coberturas y acceso a servicios de baja calidad para pobres es éticamente injustificable.* Iniciativas de OPS/OMS como “Manos Limpias” y “Cirugía Segura” en el marco de la “Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente” son buenos ejemplos a seguir en esta dimensión.

4. Recursos humanos

Para lograr universalidad con equidad es imprescindible contar con personal de salud suficiente, distribuido equitativamente a lo largo de la red de servicios, con la calificación y motivación necesarias para desempeñar su trabajo y este acorde a las necesidades de los beneficiarios.

Esto es particularmente crítico en los servicios que se prestan en las comunidades basados en la estrategia de Atención Primaria. Resolver esta ecuación es uno de los mayores desafíos -sino el mayor- para lograr los objetivos de universalidad y equidad en salud.

En la evaluación regional del desempeño de las FESP citada anteriormente, la función “desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública” quedó entre las tres que obtuvieron las calificaciones más bajas. Esta baja calificación se repite en la mayoría de las evaluaciones de las FESP realizadas a nivel nacional y sub-nacional en varios países. La OMS ha calculado que 57 países (más de 40% de la población mundial) no cuentan con suficientes trabajadores de salud para proporcionar el nivel mínimo de atención requerido. En Las Américas, al aplicar la norma de densidad de recursos humanos que la Organización Mundial de la Salud ha fijado como *valor básico mínimo (25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes)* quince países están por debajo, y aunque este grupo de naciones concentra a 19,5% de la población de la región, tiene sólo 11,5% de los médicos y 3,1% de las enfermeras. Se requerirían otros 128.000 médicos y enfermeras para elevar la razón de densidad de recursos humanos de toda la región. Adicionalmente, la distribución de los recursos humanos es inequitativa. Aunque cerca de la mitad de la población vive en áreas rurales, sólo el 38% de la fuerza de trabajo en enfermería y menos del 25% de los médicos sirven a estas poblaciones y los desbalances en la distribución de los trabajadores de la salud al interior de los países son aún más grave (46).

El problema se agrava con la proliferación de instituciones y cursos universitarios en los que se forman los profesionales y técnicos de salud, en contextos nacionales que regulan deficientemente dicha formación dejando espacio a la mala calidad, con planes de estudio que no responden a las necesidades de los sistemas de salud y los problemas prevalentes y siguen orientados hacia la labor hospitalaria y curativa.

Por otra parte, es importante reconocer la importancia que tiene en esta esfera la posición y acciones de los sindicatos de trabajadores, el sector patronal y las asociaciones profesionales. Estos pueden ser factores favorables o restrictivos para los procesos de desarrollo de los sistemas y los servicios integrados de salud que deben ser abordados con especial cuidado y con un debate abierto a nivel comunitario.

5. Financiamiento

El gasto público en salud es un buen indicador del compromiso con la salud como un Derecho Humano. A pesar de las evidencias a favor de invertir en los sistemas de salud por la relación sinérgica entre estos, la salud de la población, el bienestar y la riqueza de las naciones, en muchos países, especialmente en los de menor desarrollo económico, la inversión en salud es insuficiente. De 70 países de “Desarrollo Humano Alto” según el Índice de Desarrollo Human (IDH) del más reciente informe del PNUD, sólo 9 tienen un gasto privado superior al Público. El gasto público en salud en los 20 países con mayor IDH es del 6,5% o más del PIB. En todo ellos es gasto público es proporcionalmente mayor que el privado excepto en los Estados Unidos de América y en 16 países el gasto público representa el 70% o más del gasto total en salud.

Esta relación se invierte paradójicamente en la mayoría de los países de “Desarrollo Humano Bajo”, entre los que predomina el gasto privado sobre el público.

El gasto de bolsillo, considerado el más regresivo, es aún muy alto especialmente en la adquisición de medicamentos. En algunos países, el gasto de bolsillo en salud llega a ser más

del 95% de todo el gasto privado, el gasto en medicamentos supera el 60% del gasto total de bolsillo y familias enteras caen en la pobreza por tener que asumir privadamente el pago de los servicios de salud. En este sentido, el antes citado Informe sobre la Salud en el Mundo 2008 lanzado por la OMS dedicado a la Atención primaria de la Salud se dice lo siguiente: “Transcurridos más de 30 años desde la Declaración de Alma-Ata, que representó una señal de alarma apremiante en pro de la equidad sanitaria, la mayor parte de los sistemas de atención sanitaria del mundo siguen dependiendo del método menos equitativo de financiación de los servicios de salud: los pagos directos que las personas enfermas o sus familias efectúan en el punto de prestación de la atención. Para 5.600 millones de personas de los países de ingresos bajos y medios, más de la mitad de todos los gastos médicos salen de su propio bolsillo. Este sistema priva a muchas familias de la atención que necesitan porque no pueden permitírsela.

Además, todos los años más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza en todo el mundo resultado de unos gastos médicos catastróficos”

Las crisis económicas y financieras como la del 2009 se refleja inevitablemente en la cantidad y calidad del gasto en salud y no es de extrañar que ocurran recortes en el presupuesto público destinado a la salud. Hay un déficit acumulado de dicho gasto y para lograr los objetivos de universalidad con equidad se debe incrementar el gasto en salud.

De ahí que el contexto actual es más de amenazas que de oportunidades. En un informe de enero del 2009, la CEPAL avizoraba un aumento de la pobreza en la Región de Las Américas debido al incremento de los precios de los alimentos y la energía y el deterioro del mercado laboral y dice que el empleo será la variable de ajuste²⁵. Podría añadirse el alto precio de los medicamentos como otro factor que en el escenario descrito por CEPAL agravaría la pobreza y el acceso a la protección y atención de la salud.

6. Medicamentos y tecnologías sanitarias

El acceso a los servicios de salud implica el acceso a medicamentos y tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Sabemos que la falta de acceso a medicamentos y tecnologías, por motivos económicos, culturales y geográficos es un problema mayor en muchos sistemas de salud.

Especialmente en relación con los medicamentos, el hecho de que su adquisición dependa mayoritariamente de gasto de bolsillo limita a veces seriamente una atención completa e integral. Los medicamentos representan entre el 20 y 60% del gasto en salud en los países en Desarrollo (47), cerca del 90% de la población compra directamente medicamentos de su bolsillo constituyendo este el mayor gasto de las familias después de los alimentos. (28).

Por otra parte, más del 90% de la producción de medicamentos esta concentrada en un pequeño grupo de países desarrollados y el valor de los medicamentos tiende a crecer.

Adicionalmente, la ubicación de tecnologías de alta complejidad diagnóstica y terapéutica como la imagenología computarizada, hemodiálisis, radioterapia y otras, habitualmente se concentra en los medianos y grandes conglomerados urbanos, lo que dificulta el acceso de quienes viven en zonas rurales o apartadas por razones de comunicación y costo. De otra parte, la concentración espacial de estas tecnologías agrega un problema de macro ineficiencia del sistema al ser redundantes en algunos lugares y ausentes en otros. La carencia de verdaderas redes integradas de servicios de salud que garanticen el acceso a los servicios en todos los niveles organizativos y a todo el abanico de prestaciones desde la promoción de la salud hasta

la rehabilitación agrava las dificultades de acceso a medicamentos y tecnologías.

7. Participación social y rendición de cuentas

El sistema público de salud de cualquier país pertenece en primera instancia a su población. Se ha logrado avanzar en las últimas décadas en espacios y modalidades de participación social pero aún falta mucho por hacer. La creación y funcionamiento en varios países de consejos de salud en las diferentes esferas de gestión (nacional, departamental, provincial, municipal, jurisdiccional) son buenos ejemplos de participación social en los sistemas de salud. También son buenos ejemplos los comités de gestión de hospitales y centros de salud que incluyen representantes de la comunidad, las organizaciones de usuarios, los grupos interés aglutinados por padecimientos específicos, redes en defensa de los pacientes y otras variantes de participación. Todos estos afianzan el Derecho a la Salud de la población. Sin embargo, mucho camino hay por recorrer en relación con la transparencia y rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos, la información oportuna y apropiada a los usuarios y consumidores sobre opciones de atención, el acompañamiento por el enfermo y sus familiares del proceso clínico, y la adecuación de los servicios a las necesidades e intereses de la población a la que sirve, entre otros ámbitos de acción. Es aquí donde los defensores de derechos bien organizados y movilizados tienen su gran desafío. Es nuestra obligación de promover este tipo de movilizaciones, sin la cual el cambio es poco probable.

“Para lograr lo que queremos.....”

- Extender cobertura y garantizar acceso con equidad
- Integrar los sistemas de salud y las redes de servicios
- Reorientar el modelo de atención
- Recursos humanos suficientes, competentes y motivados
- Financiamiento suficiente utilizado con equidad, eficiencia y transparencia
- Garantizar acceso y mejorar gestión de medicamentos y tecnologías
- Fortalecer participación y control social como una estrategia para ejercer el Derecho a la Salud

Hacia Sistemas Universales de Salud en el Siglo XXI

Para esto necesitamos construir sistemas universales de salud. Para ello se requiere crear un consenso en la sociedad que coloque a la salud y sus determinantes en el centro de las prioridades nacionales y de los Derechos Humanos. Ello conlleva luchar por un nuevo pacto social que dedique las mayores energías a mejorar las condiciones y calidad de vida, atendiendo integralmente - no mínimamente - al derecho a la salud, la educación, la nutrición, la seguridad social y el cuidado del ambiente como base del crecimiento económico sostenible y no como limosna de la riqueza del país.

El pacto social por el que se deberá luchar, debe establecer una agenda estratégica de salud que contemple entre sus objetivos - aunque no únicamente- enfrentar los desafíos identificados anteriormente:

- La reforma del sistema de salud y su gestión sobre valores y principios presididos por la universalidad y la equidad y los Derechos Humanos.
- Fortalecimiento del desempeño de las FESP con especial atención a la rectoría y gobernanza del sistema;
- Orientación del modelo de atención hacia y desde la atención primaria;
- Garantía del personal de salud suficiente y calificado para trabajar en la red de servicios con énfasis en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención;

- Garantía del financiamiento público suficiente para sostener un sistema universal, integración de los fondos públicos, y gestión eficiente y transparente de los recursos;
- Regulación y garantía del acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias de calidad incorporadas mediante procesos de evaluación sanitaria;
- Fortalecimiento de participación y el control social del sistema de salud y los servicios por parte de los defensores de derechos.
- Negociación directa con los defensores de obligaciones para demandar los cambios aquí mencionados.

La agenda estratégica se basa en valores y principios y el centro deberá estar el Derecho a la Salud cimentado en la universalidad, equidad, integralidad y solidaridad (38). Dentro de este planteamiento, se reitera la necesidad del establecimiento de un **Consejo Nacional Rector en Salud**, integrado por personalidades destacadas, de reconocido compromiso social, independientes, que garanticen que las políticas de salud, tengan continuidad para alcanzar sus metas y objetivos, haciendo estas políticas de salud, **políticas de estado** y no solo políticas de gobierno, o lo que es más frecuente, reducirlas a la categoría de “políticas improvisadas que duran máximo la gestión del ministro de turno”. La experiencia de varios países como Brasil, muestra la pertinencia y urgencia de adoptar este tipo de medidas, cuidando por el ejercicio real del Derecho a la Salud y al auxilio sanitario.

6.- ¿EL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS ESTÁ IMPLEMENTANDO INTERVENCIONES DE MANERA ADECUADA PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD Y A LA ATENCIÓN DE SALUD PARA TODOS?

En la Nueva Constitución Política del Estado de Bolivia que rige desde febrero del 2009, se incluyeron 18 artículos referentes al tema salud, en los cuales el Estado garantiza el Derecho a la Salud de toda la población boliviana.

Los sistemas de salud, en general se están alineando a las nuevas políticas de salud, para poder aumentar la cobertura de la salud, aunque muy lentamente. Para citar un ejemplo, en agosto de 2009 el gobierno determinó ampliar la cobertura de los seguros de salud para los jóvenes entre los 18 y los 25 años. El Decreto Supremo 0268, indica que los hijos de los padres que cuentan con seguro de salud podrán asegurarlos hasta los 25 años, siempre y cuando los mismos continúen estudiando o formándose a nivel profesional. Hasta hace poco, el alcance de la prestación de servicios médicos sólo llegaba hasta los 18 años de edad. Sin embargo ésta medida solo cubre solo al sector que cuenta con empleo formal y por tanto con seguro de salud, que no supera el 25% de la población y que integra a población de clase media y alta, mientras que los pobres aún reclaman más atención.

En general, el Nivel de Salud de los diferentes grupos sociales y de la población reflejan una progresión hacia el Derecho a la Salud y a la Atención de Salud, aunque en un proceso muy lento que resulta preocupante. Es por ello que la movilización de los defensores de derechos se hace imprescindible y una prioridad táctica para el PHM /Red Bolivia.

6.1. ¿Qué significa en la práctica, la denegación o el cumplimiento pleno del Derecho a la Salud en el país?

En práctica el Derecho a la Salud se fundamenta en que toda la población tenga acceso a una vivienda digna, agua pura y potable, saneamiento básico, nutrición apropiada, ya que si se cuentan con esas determinantes las probabilidades de que una persona enferme, disminuyen. En el caso de Bolivia, más que una denegación a la salud se puede hablar de exclusión de ciertos grupos por las razones que pasamos a explicar:

La exclusión en salud en Bolivia puede ser: *exclusión global* en la cual buena parte de la población boliviana se encuentra excluida del sistema de salud, siendo la mayoría los habitantes del altiplano. Se observa que los departamentos del oriente (Santa Cruz, Beni y Pando), son los menos excluidos, en tanto que los departamentos más excluidos resultan ser Potosí, Chuquisaca y Oruro y los medianamente excluidos son Tarija, Cochabamba y La Paz.

El análisis de la composición del índice por variables, según dimensiones, permite observar que la dimensión externa contribuye en un 60% a explicar la exclusión en salud, mientras que la dimensión interna contribuye en un 40%. En la *dimensión externa*, los servicios indirectos son los que aportan más a explicar los procesos de exclusión en Bolivia, donde la educación de las mujeres es la variable de mayor importancia. (12)

Otro aspecto que excluye a las personas al derecho total a la salud es el aspecto económico financiero asociado al fenómeno de pobreza haciendo que los sectores mas pobres tengan un acceso limitado a los servicios de salud. Pese a que en los últimos años se han incrementado los recursos para el sector salud, mediante la asignación de recursos HIPC (iniciativa para condonación de parte la deuda externa a países altamente endeudados y empobrecidos), aún la ejecución de los mismos es baja, por lo que se debe implementar una estrategia de movilización social para efectivizar su uso y contribuir a disminuir la exclusión en salud.

También, el lugar de residencia de las personas, juega un papel importante para la exclusión, ya que impide en buena parte a la población rural y periférica el oportuno y fácil acceso de la población a los servicios. En muchas comunidades, la posta o centro de salud están localizados a 4 o 5 horas a pie. El origen étnico es un elemento que genera discriminación y exclusión y muchas veces se expresa en la demanda contenida por razones culturales.

Respecto a la *dimensión interna*, es importante enfatizar que existen serios problemas atribuibles al sistema, como se señalo antes, como ser la fragmentación y segmentación del sistema, su trabajo incoordinado, sin suficiente rectoría, etc., que resulta en una limitada respuesta a las necesidades de salud de la población generando problemas de exclusión per-se.

Las políticas de salud actuales resultan todavía discriminatorias, puesto que limitan el acceso a la salud a los pobres, solo por el hecho de ser pobres. Así los DESC (Derechos Económicos Sociales y Culturales) en el ámbito de la salud no se respetan suficientemente, ni se ejercen a cabalidad, pese a las importantes medidas adoptadas antes mencionadas.

El rasgo general de los modelos sanitarios hasta ahora ensayados en Bolivia, ha sido su incapacidad para identificar y atender las necesidades reales y sentidas de la población; y hasta fines del 2005, han tenido una orientación asistencial, curativo – reparadora y con una tremenda dependencia con respecto a la evolución negativa de la economía.

A partir del año 2006, se efectúan planteamientos nuevos, pero que aún no se traducen del marco teórico formulado en hechos prácticos. Por tanto las políticas de salud, no han sido adoptadas como verdaderas políticas de Estado y carecen de una imprescindible continuidad.

6.2. Compromisos específicos hacia el Derecho a la Salud aún incumplidos en Bolivia

Si bien Bolivia ha contraído varios compromisos internacionales para el ejercicio del Derecho a la Salud, a pesar de los esfuerzos efectuados por el país, con sus luces y sombras en diferentes periodos, quedan varios compromisos en los cuales hay mucho que hacer y en los que debemos avanzar, por ejemplo:

- Los Estados Parte del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC): "*el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*", este compromiso no se cumple ya que se estima cerca del 40 % de la población aún no tiene acceso a servicios de salud, ni trabajo, ni condiciones básicas de vida.

- *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (CESCR), principal órgano de control del respeto del Derecho a la Salud a nivel internacional, sostiene, la salud: "*es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.*"

- La *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, que constituye la fuente de todos los derechos humanos y el instrumento básico de los que se encuentran en vigor, menciona el Derecho a la Salud en el artículo 25, el cual comprende toda una serie de otros derechos económicos, sociales y culturales: *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."*

- *La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social."*

- La *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial* precisa que: *"los Estados Parte se comprometen (...) a garantizar el derecho de todo el mundo (...) al disfrute del derecho (...) a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales"* (art. 5)

- La *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra de las Mujeres*: *"Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas (...) a fin de asegurar en condiciones de igualdad (...) el derecho a la protección de la salud (...)"* (art. 11).

- La *Convención de los Derechos del Niño* en su artículo 24, que: *"Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios"*

- La *Declaración y el Programa de Acción de Viena*. El *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* y la *Declaración y el Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres* contienen igualmente definiciones referidas, respectivamente, a la salud genésica y a la salud de las mujeres.

- Finalmente las 4 declaraciones de La Asamblea General de la ONU que se refieren específicamente a los derechos de personas con discapacidades. 1) *La Declaración de los derechos del Retrasado Mental*; 2) *la Declaración de los derechos de los impedidos*; 3) *los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*; 4) *las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*.

6.3. Es la falta de recursos el gran obstáculo?

Si bien es cierto que el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuenta con recursos limitados e insuficientes (recursos humanos, económicos, materiales, técnicos, logísticos), provenientes tanto del estado, como de otras fuentes y de la cooperación internacional, el principal problema es más bien el alcanzar una eficiente utilización de los recursos.

6.4. Interculturalidad y Derecho a la Salud

Luego de conversar e intercambiar bastante sobre la Interculturalidad y Salud, queda muy claro para nosotros que el diálogo intercultural de respeto que se nos propone debe darse en una

situación simétrica de relaciones de poder. Cuestionando profundamente las asimetrías político - sociales económicas que todavía condicionan este dialogo. Donde necesitamos seguir trabajando sobre las determinantes sociales de la salud, mas también necesitamos considerar la mirada de salud desde los pueblos mismos, ya no la imposición de salud para los pueblos con programas foráneos ajenos a la realidad nacional y al contexto cultural de las diferentes regiones.

Se habla de una interculturalidad “Light - suave” donde aún se considera al otro con menosprecio de sus saberes y maneras de hacer la vida y de construir salud, de esto nos hablan distintas organizaciones e intentos de asimilar lo diferente al sistema de la macrocultura hegemónica dominante poseedora de la razón universal que genera relaciones de poder y avasallamiento con civilizada violencia; que pretende que las culturas se integren al modelo de deglución gradual de la diversidad, en armonía con la producción económica, queriendo lograr la homogenización un modelo cultural unitario en el cual el desarrollo capitalista, lucro y ganancia, la especulación financiera con los costos sociales y ambientales se estandarizan como la única manera de ordenar el planeta para incluir y subordinar (subsumir) a lo diferente para que circule como mercancía.

Cuando proponemos que la salud es un derecho y no una mercancía también decimos que el Derecho a la Salud no es solamente el derecho a la medicación o la atención médica occidental, sino el respeto profundo a las maneras peculiares de concebir el mundo y la vida desde nosotros mismos, desde nuestras raíces, respetando también nuestro derecho a la diversidad y a las diferencias.

Con esto proponemos la Interculturalidad emancipativa para construir un proceso de sociedad post-capitalista superando las relaciones coloniales.

Construyendo desde la Mirada Indígena de los pueblos del mundo para hablar de una interculturalidad respetuosa que considera el cambio paradigmático a nivel mundial de interactuar con un universo vivo en lugar del universo mecánico apartado de nosotros. Donde sabemos que cada cultura resuelve sus necesidades desde sus puntos de vista, capacidades y recursos con el sentido y eficacia mágico - medico que se da en la propia trama cultural dentro de su propio contexto cultural en la modalidad de sanación.

Para tener Puntos de Encuentro sin imposiciones; Necesitamos:

- “Que un estudioso respete a un sabio de otro color”
- Ver la peculiaridad de cada región: Realidad Nacional, Cosmovisión Indígena.
- Reconocer el aporte de la diversidad para la sostenibilidad en cuanto a las practicas y aportes a la salud se refiere
- Conversar desde lo que hemos acumulado en saber y respeto, sin convencer ni mandar
- Recrear la imaginación para ser SOLIDARIOS entre nosotros y con los diferentes
- Complementar los saberes, sin arrogancias, prepotencias ni descalificaciones.

Tienen que imponernos modelos de desarrollo? Por qué debemos aceptarlos?

A quien queremos parecernos? Acaso no estamos mostrando que sabemos vivir de otra manera?

Nuestra medicina la tomamos, no por ser pobres, sino porque es Nuestra.

7.- CONCLUSIONES

El Disfrute del más alto nivel de salud física y mental que sea posible, supone algo más que liberar al individuo de afecciones o molestias y proveer las condiciones que le permitan desarrollarse sanamente y gozar de un nivel de vida adecuado.

El Derecho a la Salud, por lo tanto, incorpora los factores determinantes de la salud. Así se sobrepasa hoy en día el concepto de salud que señalaba solo la ausencia de enfermedades y la percepción prevalente de este derecho, siendo solo la de un derecho a la atención de la enfermedad.

El Derecho a la Salud es un Derecho humano: la salud involucra la responsabilidad del Estado en el aseguramiento de las condiciones normativas y materiales que garanticen su ejercicio y goce efectivo por todos los habitantes del territorio nacional.

Es un Derecho fundamental: la salud está tan estrechamente vinculada a la existencia humana y a la realización de los anhelos universales de paz, justicia y libertad que se entiende que su reconocimiento, protección y garantía son necesarios para que el ser humano pueda desarrollar plenamente sus potencialidades y capacidades y para que los valores y principios que inspiran las declaraciones de derechos sean alcanzados.

La Universalidad de este Derecho debe ser garantizado por el Estado sin discriminación alguna, cuidando que sea inclusivo: el Derecho a la Salud no sólo abarca la atención oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud. Si el Estado no garantiza este derecho, les recae a los defensores de derechos organizarse para demandar la realización progresiva del Derecho a la Salud con todas las connotaciones que esto tiene.

Entre las características del Derecho a la Salud se señala que debe ser de cumplimiento progresivo: debe evolucionar progresivamente a lo largo del tiempo; además, una vez alcanzados determinados logros, estos deben ser irreversibles. El Estado debe adoptar medidas deliberadas y concretas dirigidas a satisfacer el ejercicio de este derecho.

Es un Derecho participativo: la población (los defensores de los derechos, demandantes) deben participar en todo el proceso de toma de decisiones e implementación de las medidas en el campo de la salud.

Es un Derecho Justiciable: ante violaciones del Derecho a la Salud, los individuos deben disponer de mecanismos judiciales adecuados para obtener una tutela efectiva y el resarcimiento de los perjuicios causados.

Comporta tanto libertades como derechos: para la efectiva realización del Derecho a la Salud el Estado está obligado al cumplimiento de obligaciones tanto positivas como negativas. Entre los elementos del Derecho a la Salud, se cuentan: a) la disponibilidad: entendida como el contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas, incluidos los factores determinantes de la salud, b) la accesibilidad: entendida como los establecimientos, bienes y servicios de salud accesibles a todos/as, sin discriminación, c) la aceptabilidad: entendida como que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y

culturalmente apropiados d) la calidad : los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal de salud capacitado y con remuneración adecuada, medicamentos y equipos biomédicos, tecnológicos, hospitalarios científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. La atención debe ser oportuna.

Los elementos esenciales del Derecho a la Salud están relacionados con el cumplimiento de deberes y obligaciones. El estado debe proceder lo más expedita y eficientemente posible con miras a lograr la plena efectividad del Derecho, presentando periódicamente los avances inmediatos para terminar con la discriminación, y sobre la adopción de medidas obtenibles hasta el máximo de los recursos disponibles, para la plena aplicación del derecho, informado a la comunidad sobre las medidas legislativas, administrativas, judiciales, financieras, sociales y educacionales, vigilando el grado de realización del derecho, haciéndolo respetar, cumplir y protegiéndolo, evitando medidas que obstaculicen o impidan el disfrute del Derecho a la Salud.

El Derecho a la Salud requiere el respeto e implementación de las funciones esenciales en Salud Pública:

- FESP1 Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de Salud
- FESP 2 Vigilancia de la salud pública
- FESP 3 Promoción de la salud
- FESP 4 Participación de los ciudadanos en la salud
- FESP 5 Políticas y capacidad institucional de gestión
- FESP 6 Capacidad institucional de regulación y fiscalización
- FESP 7 Promoción del Acceso equitativo a servicios de Salud
- FESP 8 Formación de recursos humanos en salud pública
- FESP 9 Garantía de la calidad de los servicios de salud
- FESP 10 Investigación en salud pública
- FESP 11 Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la Salud

El Derecho a la Salud necesita de acciones concertadas para su realización, tanto a nivel nacional como internacional. Estas acciones deberían prestar prioritariamente atención a las causas sociales, económicas y políticas de los problemas de salud. El Derecho a la Salud es el pilar del Derecho al Desarrollo. No es ni normal ni tolerable que un mundo que dispone de suficientes recursos y medios no pueda, después de 60 años de haber concertado compromisos concretos, asegurar el nivel de salud "más elevado posible" a todos sus habitantes.

El mantenimiento de la paz internacional y del bienestar pasa por satisfacer las necesidades fundamentales y la repartición equitativa de las riquezas. El Estado, conforme a sus obligaciones con la población, debería garantizar el acceso a necesidades fundamentales.

Vistos los numerosos obstáculos para la realización efectiva del Derecho a la Salud, es la sociedad civil, una vez más, la que ha de movilizarse, como en el caso presente para demandar del Estado Boliviano más esfuerzos para hacer respetar el Derecho a la Salud y la atención en salud. La Salud es una responsabilidad de todos. De esta forma todos los actores, a todos los niveles, deben esforzarse para hacer del Derecho a la Salud y el acceso a la Salud una realidad, ya que sin salud, no hay mundo sano y ninguna actividad es posible.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Programa Derechos Humanos del Centre Europe-Tiers Monde (CETIM) - 4º número (2007), Ginebra – Suiza
- 2.- Estatus de los principales instrumentos internacionales de Derechos Humanos, Oficina de la Alta Comisionada de Derechos Humanos, Noviembre 2008 www.unhchr.org Pagina Oficial de Naciones Unidas
- 3.- Documento de trabajo: participación y EBRP. Washington D.C., Banco Mundial - Arias, Iván. 2004. La Paz, Bolivia.
- 4.- El Documento de Lucha contra la Pobreza en Bolivia, DELP en Bolivia – Finanzas y Desarrollo 2004- La Paz, Bolivia.
- 5.- Nueva Constitución Política del Estado de Bolivia – Versión Final Octubre del 2008, La Paz, Bolivia
- 6.- Política Nacional de Salud – Ministerio de Salud y Deportes. – Bolivia. 2004
- 7.- Análisis y recomendaciones sobre el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) - GTZ (Cooperación Técnica Alemana). 2006, La Paz, Bolivia.
- 8.- Salud en las Américas – Bolivia. OPS/OMS. 2007
- 9.- Debate Social N° 3, La reforma de los sistemas de salud (proyecto Control ciudadano), CEDLA. 2006. La Paz – Bolivia.
10. Seguimiento a la estrategia Boliviana de reducción de la pobreza (EBRP). La iniciativa HIPC y su impacto en el sector salud, revista AIS, Bolivia 2003
- 11.- Evaluación internacional al programa Desnutrición Cero – Octubre 2009. La Paz – Bolivia.
- 12.- Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia, Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS. La Paz – Bolivia 2006
- 13.- Estudio sobre el Presupuesto en Salud – AIS Bolivia - Lic. Alvarado. Septiembre 2009, La Paz - Bolivia
- 14.- Instituto Nacional de Estadística (INE) Bolivia – Censo 2001 - Bolivia
- 15.- Salud de las Mujeres en Bolivia - Datos preliminares de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008. La Paz - Bolivia
- 16.- Informe de Encuesta Nacional Desarrollo y Salud ENDSA 2008. La Paz, Bolivia
- 17.- Revisión de la Estrategia de Reducción de la pobreza 2002-2007 - Ministerio de finanzas de Bolivia. La Paz – Bolivia 2006
- 18.- Objetivos del Milenio en Bolivia – 5to Informe 2008, UDAPE Bolivia
- 19.- Análisis del sector salud Bolivia – Ministerio de Salud y Deportes Bolivia 2007
- 20.- Objetivos de desarrollo del Milenio – Naciones Unidas 2009. Bolivia
- 21.- Alimentación y nutrición del niño pequeño en países de Sudamérica – OPS/UNICEF/PMA. 2008 Lima – Perú.
- 22.- La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia - International Health Systems Group. 2006. La Paz - Bolivia
- 23.- Análisis y recomendaciones sobre el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) - GTZ (Cooperación Técnica Alemana). 2006. La Paz – Bolivia
- 24.- Instituto de Estudios Avanzados en Desarrollo - Tasa de Mortalidad Materna en Bolivia: Escenarios de Proyección y Requerimientos Financieros. Marzo 2007. La Paz – Bolivia.
- 25.- El Derecho a la Salud como derecho fundamental- *Marciano Sánchez Bayle*- Presidente de la asociación para la defensa de la sanidad pública de Madrid. www.fadsp.org, 2008.
- 26.- El Derecho a la Salud en el proceso constituyente en Bolivia, 2007
- 27.- OPS/OMS. Boletín Epidemiológico, Vol. 25 No. 2, junio 2004. La Paz – Bolivia
- 28.- Organización Panamericana de la Salud. Hoja Informativa sobre Género y Salud, programa Mujer, salud y Desarrollo. Compromisos internacionales para la eliminación de la violencia contra la mujer. Ginebra 2003 (Suiza)
- 29.- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. II Informe Internacional sobre Violencia contra la mujer. España 2004
- 30.- Isis Internacional. La Plataforma de Beijing. Un Instrumento de Acción para las Mujeres. Coordinadora subregional. Madrid 2008.

- 31.- Naciones Unidas – centro de Información. *Conferencias sobre Población*. México, Cuba Y República Dominicana 2007
- 32.- H. Congreso Nacional de Bolivia, Nueva Constitución Política del Estado Boliviano, La Paz, Bolivia 2009.
- 33.- www.paho.org/spanish/dd/pub/Sistema de salud Bolivia. pdf 2009
- 34.- Susana Ramírez Hita, OPS/OMS Bolivia, “Calidad de la Atención en Salud” Prácticas, representaciones sociales en las poblaciones Quechua y Aymara del Altiplano Boliviano” La Paz, Bolivia, Diciembre 2009
- 35.- El Centenario de la OPS – 1902- 2002. La Paz, Bolivia
- 36.- Fundación Jubileo, Análisis del Presupuesto General de la Nación 2009. La Paz, Bolivia 2010
- 37.- Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, “Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010”, La Paz, Bolivia 2006
- 38.- Julio Manuel Suárez, MD, MSP, Consultor para el Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS México, “Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXI* Original elaborado para el Primer Congreso de Medicina y Salud, UNAM, Ciudad de México, 22 a 24 de abril de 2009
- 39.- Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Washington, D.C.: OPS, 2007.
- 40.- La Salud en Las Américas 2007. Washington DC, OPS, 2007
- 41.- La actual crisis financiera internacional y sus efectos en América Latina y El Caribe. CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile, enero de 2009
- 42.- OIT: “Global Employment Trends. Update” May 2009
- 43.- OMS, National Health Accounts <http://www.who.int/nha/country/en/>
- 44.- Panorama Social de América Latina 2008, CEPAL, diciembre de 2008
- 45.- Informe sobre el desarrollo humano 2007 – 2008, PNUD, <http://www.undp.org>
- 46.- Boletín de la OMS, julio 2009
- 47.- WHO. The World Medicines Situation. Geneva: World Health Organization, 2004.
- 48.- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE). George Gray Molina. Desigualdad en Bolivia. Bolivia, 2004.
- 49.- Gasto catastrófico en salud y elasticidades ingreso por tipo de gasto en servicios de salud en México. Bienestar y política social Vol 2. México 2006
- 50.- Public Stewardship of Private Providers in Mixed Health Systems. Synthesis Report from the Rockefeller Foundation–Sponsored Initiative on the Role of the Private Sector in Health Systems in Developing Countries . Washington, DC. 2009
- 51.- Unidad de Medicamentos y Acreditación de Laboratorios. CARTA INFORMATIVA. Número 1. Bolivia Julio 2000.
- 52.- Lista Nacional de Medicamentos Esenciales, página Web Unidad de Medicamentos y Tecnología Sanitaria (UNIMED), Bolivia 2008
- 53.- UDAPE - Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Indicadores Seleccionados para el Seguimiento del logro de los Objetivos de Desarrollo Del Milenio (ODMs). Bolivia 2005

9.- ANEXOS

ANEXO 1.- INDICADORES DE SALUD 2010

Indicadores de Salud - Bolivia - 2010

INDICADOR	FUENTE DE LA INFORMACIÓN	VALOR
MORTALIDAD, MORBILIDAD		
Tasa de mortalidad general	2001 (INE)	8.9 por 1000 habitantes
Causas principales de morbilidad	2003 - 2005 (OPS)	- Enfermedades Diarreicas Agudas - Infecciones Respiratorias Agudas - Enfermedades infecto - contagiosas y/o desnutrición - Problemas relacionados al embarazo, parto y/o puerperio.
Causas principales de mortalidad general	2003 - 2005 (OPS)	40% Cardiovasculares 13% Enfermedades Transmisibles 12% Externas, Accidentes, Violencia 8% Neoplasias o Tumores malignos 5% Perinatales 21% Otros
Tasa de mortalidad materna	2003 (OPS)	229 por 100.000 nacidos vivos
Causas principales de Mortalidad Materna	2005(OPS)	39% Hemorragia 21% Eclampsia 10% Aborto 30% Otros
Tasa de mortalidad perinatal	2008 (OPS)	31 por 1000 embarazos de 7/8 meses de duración.
Tasa de mortalidad infantil	2008 (ENDSA)	50 por 1000 nacidos vivos
Mortalidad estimada en niños menores de 5 años	2006 (OMS)	61 por 1000 niños < 5 años
Tasa de incidencia de tuberculosis BK +	2006 (OPS)	61.9 x 100.000 habitantes
Índice Parasitario Anual (IPA) Malárico	2007 (OPS)	19.6 x 1.000 habitantes
Tasa de incidencia del SIDA	2006 (OPS)	2.0 x 100.000 habitantes

SALUD DE LAS MADRES, INFANTES Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS		
Uso de anticoncepción por métodos modernos	2008 (ENDSA)	34.6%
Consulta externa/habitante año en niños menores de 5 años		3 consultas por año
Cobertura de control prenatal antes del 5° mes		65% (diciembre 2004)
Cobertura de 4° control prenatal		38% (diciembre 2004)
Cobertura de parto institucional	2008 ENSA	67.5%
Lactancia exclusiva en los primeros 6 meses de edad	2008 ENSA	60.4%
Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica.	2008 ENSA	21.8%
Porcentaje de niños de 6 a 59 meses con anemia	2008 ENSA	61.3%
Coberturas de vacunación		
BCG	2008 ENSA	98.4%
Pentavalente/DPT (tres dosis)	2008 ENSA	85.2%
Polio (3 dosis)	2008 ENSA	85.9%
Sarampión	2008 ENSA	72.1%
Todas las vacunas	2008 ENSA	66.6%
SANEAMIENTO BÁSICO		
Acceso a Fuente Mejorada de Agua Potable	JMP/OMS-UNICEF/2006	Urbana 95% Rural 68%
Cobertura de saneamiento	JMP/OMS-UNICEF/2006	Urbana 60% Rural 22%

INDICADORES DE SALUD 2008 BOLIVIA

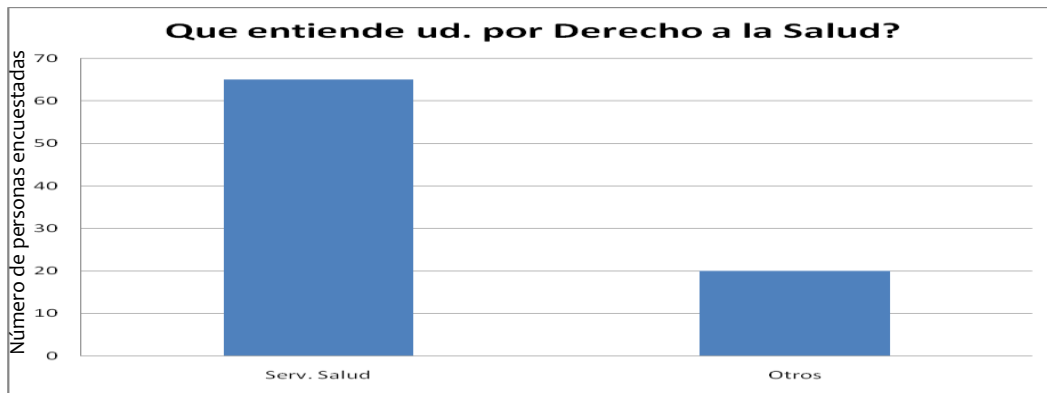
Salud en las Américas 2008

	Fuente de la Información			
	OPS	OPS	OPS	
a) Demográficos				
Población Total	2008			9,694 Habitantes
Tasa cruda natalidad	2008			26,8 x1000 hab.
Media anual de nacimientos	2008			262 (miles)
Media anual defunciones	2008			73,3 (miles)
Crecimiento poblacional anual	2008			1,7 %
Tasa global fecundidad	2008			3,4 %
Población urbana	2008			65,6 %
Razón de dependencia	2008			70,7 (100 hab.)
Esperanza de vida al nacer	2008			65,9 años 63, 8 Años - Hombres 68, 0 Años - Mujeres
b) Mortalidad				
Mortalidad materna	2008			229 x100.000 n.v
Mortalidad infantil	2008			54 x 1000 n.v
Mortalidad estimada menores de 5 años	2008			63 x 1000 n.v
Defunciones registradas menores de 5 años	2008			7,1 % EDA 4,4 % IRA
Tasa de mortalidad general (todas las causas)	2008			10,5 % Hombres 8,5 % Mujeres
Tasa de incidencia TB	2008			96,4 % 61,9 BK +
Población en riesgo de malaria	2008			7,5 %
IPA Malaria	2008			19,6
Casos reportados de malaria		2007		14,458
Casos reportados dengue		2007		7,332
Tasa de incidencia de SIDA			2006	2,0 x 100.000 hab.
Razón hombre-mujer casos SIDA			2006	2,5
Fiebre amarilla		2007		6 casos 6 defunciones
c) Recursos, acceso y coberturas				
Camas hospitalarias		2007		1,1 x 1000 hab.
Gasto nacional en salud del PBI			2006	4,2 % publico 1,6 % privado
Atención de salud por personal capacitado	2008			62,5 % en partos
Cobertura de inmunizaciones		2007		82 % DPT 82 % POLIO 86 % BCG 83 % SRP
Uso de anticonceptivos en mujeres			2006	21 %

ANEXO 2.- – ENCUESTAS - RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS - CUADROS COMPARATIVOS

Las encuestas fueron realizadas a 85 personas entre los cuales figuran pacientes internados en diferentes nosocomios de nuestro país (públicos, privados y de la seguridad social), así como líderes sindicales de todo el país (tanto en área rural como urbana), público y estudiantes universitarios en general.

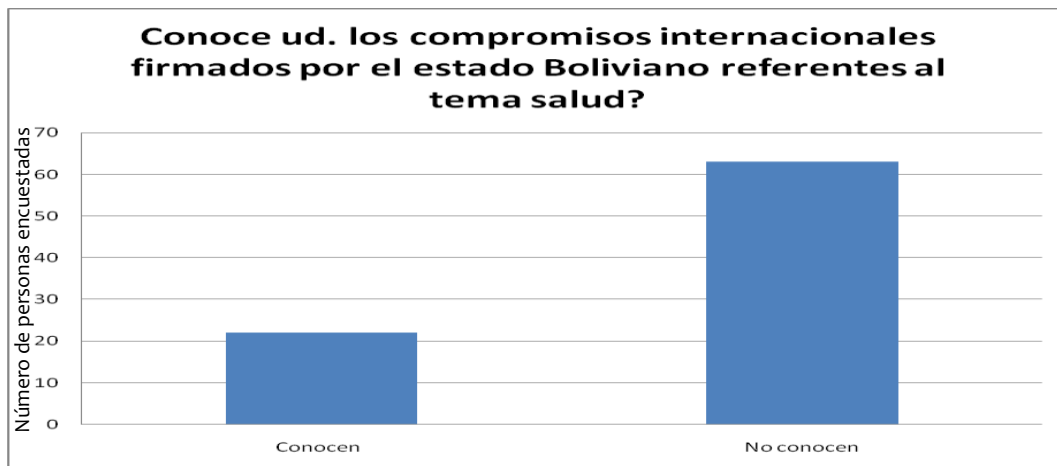
GRAFICO 1 – RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS A LA PREGUNTA N° 1



FUENTE: AIS BOLIVIA, La Paz-Julio 2010

De las 85 personas encuestadas en diferentes departamentos del país, 65 opinan que el Derecho a la Salud se basa principalmente en contar con Hospitales y Centros de Salud adecuados para la atención de pacientes.

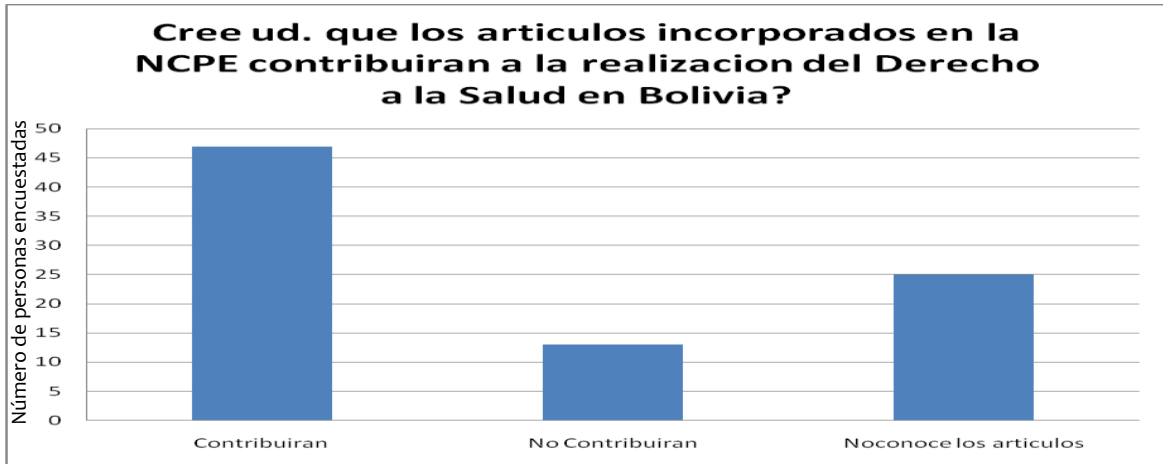
GRAFICO 2 – RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS A LA PREGUNTA N° 2



FUENTE: AIS BOLIVIA, La Paz-Julio 2010

La mayoría de las personas encuestadas (63) no tienen conocimiento de los tratados internacionales firmados por el Estado Boliviano, lo cual indicaría que por la falta de información, las personas no reclaman sus derechos.

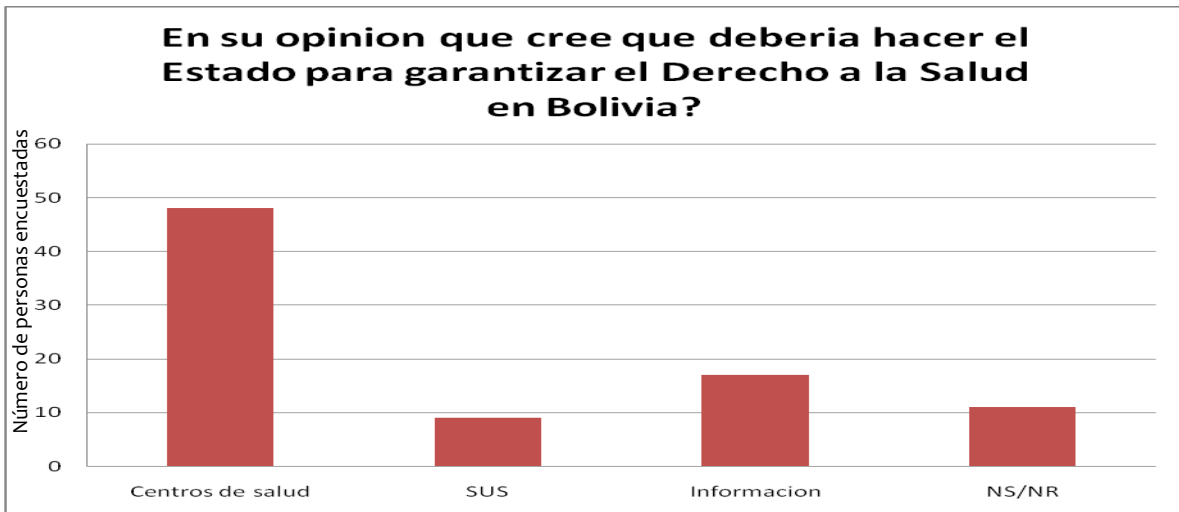
GRAFICO 3 – RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS A LA PREGUNTA N° 3



FUENTE: AIS BOLIVIA, La Paz-Julio 2010

Pese a que la mayoría de los encuestados (47), piensan que los artículos contribuirán al Derecho a la Salud, existe un número importante que no conoce los artículos incluidos en la Nueva Constitución Política del Estado, indicando que el Estado o en su caso el Ministerio de Salud no está realizando los esfuerzos necesarios para que la población sepa cuáles y cuántos artículos están redactados en dicha Constitución referentes al tema salud.

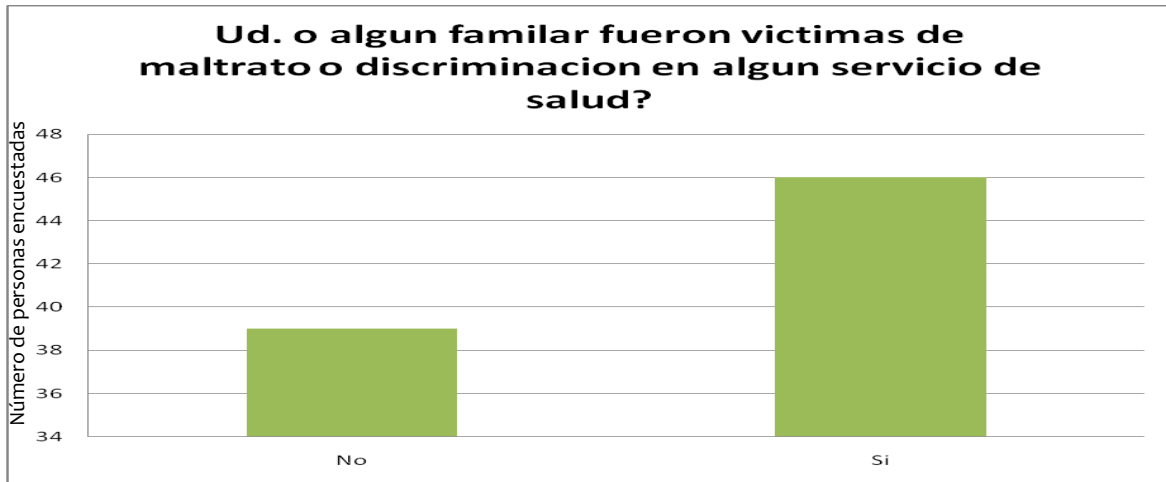
GRAFICO 4 – RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS A LA PREGUNTA N° 4



FUENTE: AIS BOLIVIA, La Paz-Julio 2010

La opinión de la mayoría de las personas fue que el Estado debería aumentar Hospitales y Centros de salud y que con esas medidas se garantizaría de cierta manera el Derecho a la Salud en nuestro país, también un número importante indicó que lo mejor que podría hacer el Estado es informar a la población sobre que acuerdos firmó Bolivia para poder lograr el Derecho a la Salud, otras opiniones fueron la creación del Sistema Único de Salud (SUS), y un menor número no planteó ninguna sugerencia.

GRAFICO 5 – RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS A LA PREGUNTA N° 5



FUENTE: AIS BOLIVIA, La Paz-Julio 2010

Este resultado resulta llamativo ya que 46 personas indicaron que si fueron víctimas de algún tipo de discriminación o maltrato por parte de los profesionales de salud, ya sea nivel de atención a los niños, adulto mayor o mujeres embarazadas, o en algún caso simplemente por ser de condición humilde. Esta es otra muestra de violación al Derecho a la Salud.

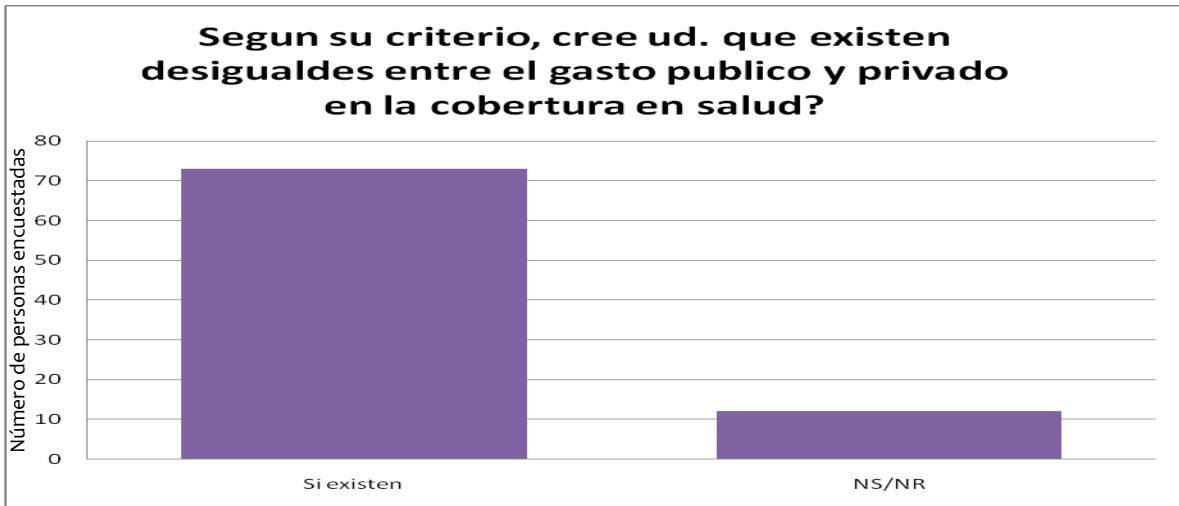
GRAFICO 6 – RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS A LA PREGUNTA N° 6



FUENTE: AIS BOLIVIA, La Paz-Julio 2010

La respuesta más común entre los encuestados fue que no conocen ningún documento oficial que hable sobre disponibilidad y precios de medicamentos. Algunas personas mencionaron el Vademécum, el Formulario Terapéutico Nacional (FTN), y bibliografía proporcionada por las empresas farmacéuticas.

GRAFICO 7 – RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS A LA PREGUNTA N° 7



FUENTE: AIS BOLIVIA, La Paz-Julio 2010

Según las personas encuestadas existen grandes diferencias entre la atención en el sector publico, donde no hay medicamentos o la atención no es de las mejores, en relación al sector publico donde existen los insumos necesarios pero los costos son muy elevados y de esta manera solo algunas persona pueden tener acceso a este servicio.

GRAFICO 8 – RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS A LA PREGUNTA N° 8



FUENTE: AIS BOLIVIA, La Paz-Julio 2010

Según la población, el personal de salud disponible en la actualidad no abastece para tender a las personas en los hospitales y centros de salud tanto a nivele urbano como rural. Muchos encuestados indicaron que no existen médicos en poblaciones alejadas del área rural, y es así que muchas personas mueren por falta de atención médica.

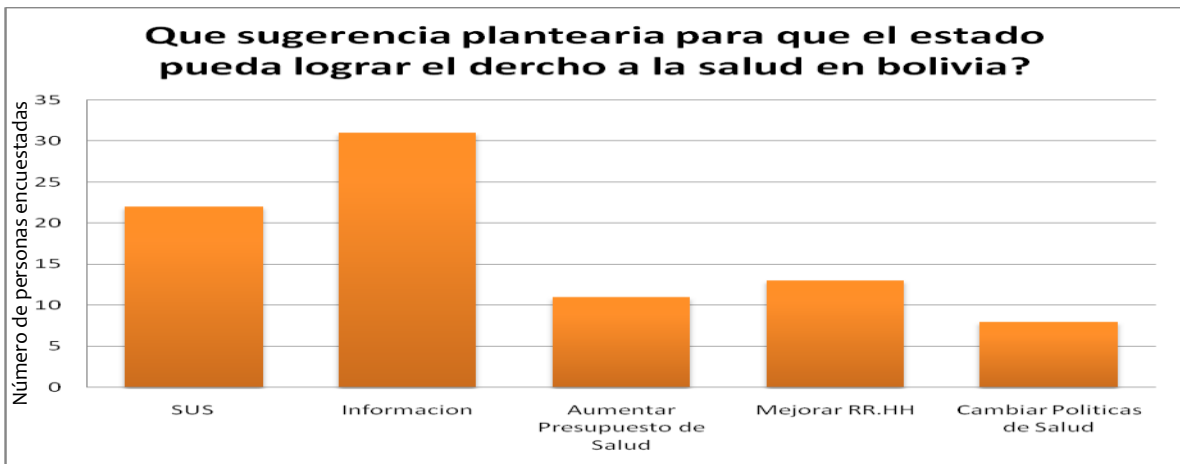
GRAFICO 9 – RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS A LA PREGUNTA N° 9



FUENTE: AIS BOLIVIA, La Paz-Julio 2010

La mayoría opina que la falta de buenos profesionales y personal de salud, como la falta de dinero son obstáculos importantes para no poder tener un Derecho a la Salud pleno en Bolivia, un porcentaje menor indica que el mayor problema es el económico, ya que existen buenos profesionales.

GRAFICO 10 – RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS A LA PREGUNTA N° 10



FUENTE: AIS BOLIVIA, La Paz-Julio 2010

La mayoría de los encuestados indica que el Estado debe realizar campañas informativas a nivel nacional para que de esta manera la población esté informada sobre que acuerdos internacionales e iniciativas nacionales lleva adelante el gobierno para que la población pueda acceder al tan preciado Derecho a la Salud. Otros sugirieron la implementación del Seguro único de Salud (SUS), o aumentar el presupuesto asignado al sector salud, así como mejorar la formación de los profesionales en salud o cambiar las actuales políticas de salud.

Comentario Final

Es claro ver que pese a los cambios iniciados en el país y las medidas implementadas a nivel del Gobierno actual para poder mejorar el Derecho a la Salud, la población tiene una percepción distinta, en la cual se observa que para las personas lo más importante para ejercer el Derecho a la Salud en Bolivia es contar con una mayor cantidad de centros de Salud, conocer los tratados internacionales firmados por el Estado que pueden ayudar a ejercer el Derecho a la Salud, observando claramente una falta de información por parte de las autoridades hacia la población. También resulta llamativo que hoy en día se siga escuchando que en nuestro país las personas sufren discriminación por parte del personal de salud en diferentes centros de salud. Pero también podemos decir que la población está esperanzada en que vendrán días mejores, y que ojala los esfuerzos que realiza el Gobierno con la incorporación de los artículos en la Nueva Constitución Política del Estado de Bolivia y las diferentes iniciativas que lleva adelante, puedan de una manera efectiva ayudar a alcanzar el tan preciado Derecho a la Salud en nuestro país. Son importantes estas enseñanzas que nos dejan las personas, pues así, nos damos cuenta que las necesidades básicas de las personas no están siendo aun cumplidas, pero existe la mejor voluntad para que esto suceda.