

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



PRIMERA ÉPOCA

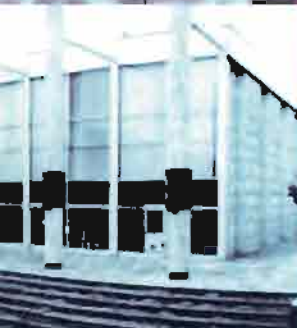
JUNIO

2002

NÚMERO

3

PRIMER SEMINARIO INTERNACIONAL
Seguridad Social
en el campo



Modelos y estrategias internacionales para la Seguridad Social en el Campo

R E V I S T A

CIESS

Revista CIESS 3

Junio
2002

PUBLICACIÓN SEMESTRAL



**CENTRO
INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE
SEGURIDAD
SOCIAL**

Órgano de docencia, capacitación e investigación de
la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

**LA COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD
SOCIAL EN EL CAMPO: LA EXPERIENCIA DE
BOLIVIA
(RESUMEN)**

*Fernando Lavadenz Mantilla**

En el marco de un proceso participativo de la sociedad boliviana, dirigido a la generación de políticas públicas, se efectuaron dos diálogos nacionales: el primero el año 1997, con la participación de los partidos políticos y, el segundo, denominado *Diálogo Nacional 2000* (realizado ese año), con enfoque y participación municipal. En ambos diálogos se plantearon las opciones de Reforma sanitaria a ser aprobadas a través de un proceso concertado y, a partir de ellos, se pusieron en práctica cambios al sistema sanitario boliviano.

Asimismo, en el año 2002, se realizó el *Congreso Boliviano de la Salud*, en el cual las comunidades y los participantes expresaron su sentir y sugirieron determinaciones a ser asumidas en los planes estratégicos de salud del país y en la próxima agenda de Gobierno.

* Consultor de OPS/OMS en Washington, D. C.

Bolivia, en el marco de la participación de la comunidad en salud cuenta, además, con un *Consejo Nacional de Salud* y con *Consejos departamentales y municipales de Salud*, los cuales tienen un funcionamiento irregular, dependiendo de la región o municipio correspondiente. Del mismo modo se crearon, en el año 2000, *Defensorías de la salud*, que se encuentran en proceso de implantación, con la finalidad de iniciar un sistema de regulación basado en la comunidad, particularmente en el área de atención a la salud.

Como marco referencial para la Reforma de salud boliviana, se podría mencionar que se consideraron tres grandes tendencias de reforma sanitaria a nivel global: la primera, forjada en países que buscaban realizar cambios construyendo un «mercado interno» de la salud, a partir de la eficiencia y generando transformaciones que permitiesen que la competencia fuera el motor que para impulsar mejoras en cuanto a cobertura y calidad de atención, reduciendo los severos problemas de ineficiencia de los servicios. Una segunda «tendencia» considerada fue la que privilegia la contención de costos, debido al creciente gasto de los sistemas en salud; finalmente, la tercera, es la que toma el camino de las reformas por la equidad, para mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas sanitarias existentes entre ricos y pobres.

Probablemente, el modelo ideal sea el adecuado equilibrio entre eficiencia, contención de costos y equidad. Además, parece ser que alcanzar el equilibrio entre estas tres grandes tendencias, es un objetivo técnicamente correcto y que genera consensos. Lo que no provoca acuerdos es de dónde partir para alcanzar el medio; este es, en definitiva, el centro de la polémica. En Bolivia creímos, por las condiciones propias del país, que era mejor partir desde la equidad, pero sin perder de vista el equilibrio que a lo largo del tiempo debería ser introducido en esta Reforma progresiva.

En los últimos años de este proceso se consideró como enfoque estratégico, de manera explícita, que fuese gradual y no una Reforma tipo *shock*; que se midiera; que pudiera monitorearse periódicamente con base en indicadores definidos a partir de los objetivos sanitarios, y que éstos fueran conocidos y, en lo posible, cumplidos por todos los involucrados, mediante los compromisos de gestión establecidos; además, que fuera gestionada fundamentalmente a partir de sus resultados.

La Reforma estableció, como su gran objetivo, la disminución de la pobreza y la reducción de la exclusión, particularmente de los pobres y de los pueblos indígenas. El proceso ya lleva más de ocho años y su última etapa se inició hace poco, con el segundo *Diálogo Nacional 2000*.

Las tres etapas tuvieron diferentes componentes: en la primera, se lanzaron dos seguros públicos, denominados Seguro materno-infantil, (SNMN) y Seguro de vejez para la salud, (SVS), a los cuales se le sumó como un tercer componente, la descentralización en salud, que en el caso boliviano llegó hasta el nivel municipal. En la segunda etapa se definieron, de manera central, otros tres componentes: el Escudo epidemiológico (conjunto nacional de bienes públicos), el Seguro Básico de Salud, (que ampliaba el SNMN de 22 a 92 prestaciones garantizadas y el cambio de la cultura institucional del sistema de salud público del país con la introducción, a nivel nacional, de los «Compromisos de Gestión». En la tercera etapa puede decirse que se lanzó y comienza a implantarse el Programa de Extensión de la Salud (EXTENSA), para aumentar la extensión de cobertura en salud al área rural, con la incorporación de nuevos recursos humanos, incluyendo un programa de salud de la familia y nuevas modalidades de atención, como las brigadas móviles; por otra parte, la profundización del Seguro Básico, a partir del denominado Seguro Básico de Salud Indígena y Originario, con la incorporación de 10 nuevas

prestaciones para cerca de 100 municipios, a partir de un claro impulso generado desde el propio capital social, y la profundización del Escudo Epidemiológico, con el combate contra la malaria, incorporándola al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y a la lucha contra el Chagas, ambas acciones de importante éxito en el país.

Todo este diseño debía ser aterrizado en un sistema sanitario en el que persistían la segmentación y fragmentación de la salud: la Seguridad Social era responsable del 26 % de la población; los Servicios públicos de Salud cubrían el 35 %; las organizaciones no gubernamentales se encargaban del 8 % y los servicios privados alcanzaban exclusivamente al 6 % de la población. Además, con un gasto por hogar muy elevado para 1998 —fecha de la última serie de las "cuentas nacionales de salud"— ya que el sector público cubría en aquel año, con menos recursos que la Seguridad Social, una mayor proporción de población.

En referencia a la última etapa del proceso es necesario señalar que la corriente de medicina social expresada por muchos —como *Sigerist* en Alemania, cuando hacía referencia al movimiento sanitario alemán del siglo pasado y señalaba que en la salud, el pueblo no era consultado, los ciudadanos no tenían voz ni voto en estas deliberaciones, sin embargo la salud del pueblo, era un problema del pueblo y que estaba claro que la gente debía apropiarse de la salud, luchar por ella y practicarla—, fueron una de las fuentes de inspiración de los sanitaristas bolivianos que a lo largo de estos años diseñamos o participamos en el proceso, pensando en la salud de los pobres, pero también fueron una fuente de inspiración incluso más fuerte entre los pueblos indígenas, quienes en diversas jornadas de movilización, arrancaron al Gobierno el *Seguro Indígena de Salud*.

En la construcción del mismo, dos grandes valores guiaron la planificación sectorial, desde los denominados «pilares» del plan de Gobierno,

(oportunidad, equidad, dignidad e institucionalidad): la *equidad*, que antes fue mencionada y la *dignidad*, un valor que se tradujo en la necesidad de generar acceso y calidad en la atención de la salud, así como en el sistema de aseguramiento del país, sin discriminación y con respeto a tradiciones y hábitos nacionales, generando autoestima en el boliviano de todas las clases sociales y fortaleciendo la identidad nacional.

Con base en estos valores, un aspecto central para implantar la Reforma de Salud, fue impulsar la Gestión social. Es decir, **fomentar la construcción de valores; asegurar el ejercicio pleno de los derechos** (*garantía de derechos*) y **consolidar el tejido social**, propiciando su organización y participación. En particular, incidir en el medio rural boliviano a partir de las demandas generadas, ha exigido poner sobre la mesa cinco aspectos esenciales: a) Instrumentar un Plan estratégico de salud para pueblos indígenas, conjuntamente con otros sectores; b) Desarrollar gradualmente el enfoque de Reforma de Salud; c) La estructuración y consenso para la creación de un Seguro Básico Indígena de salud; d) El establecimiento de una Política Nacional Indígena y Originaria desde el sector y e) Fomentar el desarrollo con respeto a la identidad nacional en salud.

A la fecha, las estrategias consideradas se han establecido a través de las siguientes acciones: Carta de los derechos de la Mujer; Rondas médicas y comunitarias rurales, con médicos tradicionales; Consejos Nacionales Indígenas de Salud; Convenios institucionales (Ministerio - organizaciones Indígenas); Centros de Información pluriculturales a la población con adecuación cultural; Formación e incorporación de facilitadores bilingües; Capacitación de médicos y enfermeras —seleccionados por los propios pueblos en institutos y universidades con becas completas para desarrollar trabajo entre indígenas y grupos originarios—, quienes prestarán servicios en sus comunidades por 5

años; Introducción de la medicina tradicional en el currículum académico de la medicina formal, así como incorporación de la enseñanza de la medicina tradicional en los contenidos de los programas nacionales de salud.

Estos últimos puntos han girado y emergido, a partir de la necesidad de aplicar un enfoque intercultural en la Reforma de Salud pero, particularmente, sobre la base de la exigencia irreductible de la Confederación de pueblos indígenas y la Confederación Sindical de Trabajadores Campesinos de Bolivia, en el sentido de incorporar sus demandas en la agenda nacional y de plantear como la tercera demanda en importancia a la salud. Las huelgas, bloqueos y manifestaciones de los pueblos indígenas y originarios de Bolivia, pusieron punto final a un olvido milenario del país y del sector a su identidad, haciendo evidente y obligatorio para cualquier diseño, que el pobre y el excluido en Bolivia tienen mayoritariamente rostro indígena y de mujer y que apenas se ha comenzado el camino.

Los primeros resultados de estos cambios, muestran un sustantivo incremento de coberturas y una sostenida y acelerada disminución de la muerte materna e infantil, como señal de que se avanza por buen camino, en una ruta diseñada por unos, pero en la dirección definida por la mayoría.

