

INFORME FINAL

CONSULTORÍA SOBRE

EL DERECHO A LA SALUD EN EL PROCESO CONSTITUYENTE EN BOLIVIA

Contenido

1. Antecedentes
2. Diagnóstico
3. El proceso constituyente en Bolivia
4. Propuestas sobre el derecho a la salud en el proceso constituyente en Bolivia
5. Estrategias
6. Bibliografía y otras fuentes de consulta

Anexo: Informe sobre validación del documento

Santa Cruz de la Sierra, 2 de abril del 2005

Consultores:

Tito López Aparicio

Judith Mollinedo

Coordinación General:

Lourdes Peralta

Apoyo técnico

David Antezana

EL DERECHO A LA SALUD EN EL PROCESO CONSTITUYENTE EN BOLIVIA

1. ANTECEDENTES

Como punto de partida se identifican algunos de los principales antecedentes históricos de la situación actual de la salud que serían:

- En 1902 se declaró obligatoria la vacunación y revacunación contra la viruela.
- En 1938 se aprobó la Ley de creación del Ministerio de Higiene y salubridad.
- En 1956 se promulgó el Código de seguridad social.
- En 1986 se creó el programa nacional de lucha contra el Bocio.
- En 1997 se inició el proceso de reforma de salud y en el último Trienio, se trabaja en lo que se conoce como Seguro Universal Materno Infantil-SUMI.

Bolivia ingresó al nuevo milenio mostrando logros importantes en el sector sanitario, empero, los desafíos para los tiempos venideros son de gran magnitud. Si bien se avanzó en la reducción de las brechas de acceso de la población a los servicios de salud, sin embargo la situación actual exige destinar mayores esfuerzos para la creación de mejores condiciones de vida de la población.

Desde 1986 en el país se establecieron normas para el cobro de servicios de salud destinados a cubrir gastos operativos. El estudio sobre la pobreza de UDAPSO - Unidad de Análisis de Políticas Sociales - establece que las causas y efectos de la pobreza se explican por los bajos ingresos de los hogares bolivianos y el limitado acceso a servicios básicos. El nivel de pobreza en Bolivia, dice el documento, tiene relación directa con el nivel educativo de los jefes de familia; mientras más bajo es el nivel educativo de las personas, más necesidades insatisfechas en los hogares. Otros análisis indican que aunque la aplicación de políticas económicas mejore las condiciones generales de vida de la población, esto no será suficiente porque la generación de mayores ingresos no necesariamente significa una mejora en los niveles de salud. En general, estudios de distinta naturaleza coinciden en que las principales barreras para el acceso de los bolivianos a un adecuado sistema de salud son cuatro: económicas, geográficas, culturales y de calidad.

La OPS/OMS inició en 1999, junto a la Organización Internacional del Trabajo (OIT), una indicativa regional destinada a promover y establecer un proceso sistemático de análisis, diagnóstico, identificación de soluciones y ejecución de acciones encaminadas a apoyar a los países miembros en sus esfuerzos para reducir la exclusión en salud, así como a fortalecer sus capacidades institucionales para extender la protección social en salud.

A pesar de los cambios económicos políticos y sociales de la última década, la pobreza se acentuó aún más, generando otros desafíos y espacios de participación para todas las organizaciones comprometidas en el área de la salud a nivel del Gobierno nacional, los Gobiernos Prefecturales y Municipales y de la Sociedad civil, entre ellas a la Iglesia Católica.

Las disparidades en salud de la población boliviana son evidentes frente a otros problemas de vulnerabilidad social y económica. Por otra parte se ha demostrado que la salud es un factor clave para el desarrollo económico, la estabilidad social y la práctica de la democracia. En este sentido, se coincide en que la salud debe ocupar un lugar más protagónico en la agenda política y social del Estado y en el proceso de desarrollo humano sostenible.

En el mundo en los últimos 20 años se produjeron cambios tecnológicos radicales, algunos de ellos insospechados. Sin embargo, la brecha entre pobres y ricos es mayor que en 1978, fecha en que la consigna “Salud para Todos en el año 2000” fue enarbolada como una meta social, como una reivindicación humana irrefutable por su contenido de justicia social. La atención primaria de Salud era la estrategia para alcanzar esas metas.

Los sistemas de salud no estuvieron al margen de los cambios realizados en el mundo y en el país. Para muchos emergió el mundo unipolar post guerra fría con visión hegemónica de la política, la cultura, las costumbres y la economía.

La reducción del rol del Estado en los asuntos colectivos y la búsqueda de la eficiencia económica penetró en todos los ámbitos de la vida humana. Situación que tendría su influencia determinante sobre la visión de la salud y de los sistemas de salud.

Los sistemas de Salud llegaron al histórico momento del año 2000, con tareas incompletas de equidad, eficiencia, calidad e impacto, entre los principales problemas terminales de salud de la población.

La Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), la Ley del Diálogo Nacional 2000, el Jubileo 2000 promovido por la Iglesia Católica, el Diálogo Municipal Productivo y otras iniciativas nacionales para el mejoramiento de las condiciones de vida y desarrollo económico y social de Bolivia, constituyen el marco propicio para repensar, en el contexto de la actual coyuntura de proceso constituyente, el futuro de la salud pública del país como parte del proceso de contribución de la sociedad boliviana al desarrollo nacional.

A partir del año 2003, la OPS/OMS ha definido la extensión de la protección social en salud como una prioridad de su cooperación técnica, para ello ha decidido profundizar en la comprensión del fenómeno de la exclusión en salud, reconociendo su complejidad y su carácter multidimensional.

2. DIAGNOSTICO

La salud es la afirmación de la vida desde la concepción hasta la muerte natural, es el derecho fundamental al cuál toda persona debe tener acceso sin privilegios ni exclusiones, por lo que se convierte en una condición esencial para el desarrollo personal y colectivo especialmente de los más pobres.

Actualmente este “ministerio esencial” en Bolivia al igual que en otros países, aún con los avances logrados y que se reflejan en los indicadores de salud en general, se enfrenta a enormes retos para resolver las principales problemáticas relativas a salud entre las cuales se pueden citar:

- Elevado índice de mortalidad infantil (66 x mil nacidos vivos).
- Elevado índice de mortalidad materna (390 x 100.000 nacidos vivos)
- Alto índice de desnutrición, anemia, EDAs, IRAs.
- Prevalencia importante de tuberculosis e Infecciones de Transmisión sexual
- Deficiencia de servicios básicos de salud.
- Ninguna o poca credibilidad en las instituciones públicas de salud,
- Administración del Sistema Público de Salud totalmente politizada.
- Gestión en salud obsoleta y tradicional.
- Corrupción en la seguridad Social.
- Impunidad legendaria.
- Falta de control social.
- Ausencia de responsabilidad social en los servidores públicos.

El estudio “caracterización de la exclusión en salud en Bolivia”, de la OPS/OMS y UDAPE, del cual citamos los datos de la mortalidad infantil y materna, nos muestra que el 77 % de la población boliviana se encuentra excluida en alguna forma del acceso a los servicios de salud, con una fuerte incidencia de la exclusión en poblaciones que residen en el altiplano y valles rurales, la brecha de exclusión en estas localidades es abismal en términos comparativos con el oriente y en adición, los excluidos en éstas áreas son muy distintos entre sí.

Siguiendo este mismo informe, los departamentos más excluidos son Potosí, Chuquisaca y Oruro, y los medianamente excluidos son Tarija, Cochabamba y La Paz. Este resultado plantea la necesidad de diseñar políticas focalizadas para luchar contra la exclusión en éstas áreas geográficas, sin embargo es importante considerar que también existen poblaciones altamente excluidas en áreas dispersas de los departamentos de Pando, Beni y norte de La Paz, que aunque no son visibles en el análisis cuantitativo por razones estadísticas, merecen especial atención porque son áreas en las que se presentan con fuerza los indicadores de exclusión en salud.

Las barreras económico financieras asociadas al fenómeno de pobreza, es un problema estructura, que limita el acceso de la población a la demanda de servicios, este problema se encuentra asociado a grandes problemas de desigualdad en la distribución del ingreso, asimismo, el gasto de bolsillo sigue siendo un elemento importante en el financiamiento del sector salud, porque se calcula de manera general

que representa el 28% del gasto total en salud constituyéndose en una de las principales barreras para acceder al sistema de salud. El gasto catastrófico se concentra en la población en extrema pobreza, señalando que el sistema de salud aún tiene mucho camino que recorrer para proteger financieramente a los indigentes. Pese a que en los últimos años se han incrementado los recursos para el sector salud mediante la asignación de recursos HIPC, aún la ejecución de los mismos es baja y se justifica la búsqueda de estrategias para efectivizar su uso y contribuir a disminuir la exclusión en salud.

El área de residencia es otra variable fuente de exclusión, porque la residencia en el área rural está asociada a barreras geográficas que impiden el fácil acceso de la población a los servicios de salud.

En medio de todo este oscuro panorama, parece haberse olvidado que los objetivos centrales de los cambios y reformas del sistema de salud radican en que la persona tenga el derecho a la vida, a la salud y a la seguridad, algo que todavía no tenemos.

A pesar de esta situación, Bolivia actualmente avanza en la consolidación de un Estado moderno, y como parte de este desafío, el Ministerio de Salud y Deportes debe redefinir los diversos papeles que le corresponden en el proceso de regulación y control de las acciones que competen al sector salud, propiciando una articulación efectiva entre los ámbitos públicos, privados y la sociedad civil.

Otros elementos que influyen negativamente en los cambios y propuestas comprendidas en los varios intentos de reforma del sistema de salud, son que las mismas no se han hecho en base al consenso, porque hemos tendido permanentemente a copiar modelos y políticas ajenas que ya vienen empaquetadas; igualmente hemos chocado siempre con la imposibilidad de darle sostenibilidad económica a las reformas, la corrupción ha existido siempre y parece que es muy difícil cortarla.

Bolivia forma parte del conjunto de países en los que se busca enfocar prioritariamente la cooperación técnica hacia la identificación e implementación de estrategias de extensión de la protección en salud, apoyando para ello la realización de estudios de diagnóstico y la construcción de espacios de diálogo social que permitan a las comunidades expresar sus opiniones y puntos de vista en torno al tema. Las acciones de extensión de la protección en salud se vienen desarrollando desde hace algunos años en el país, además de la implementación de planes nacionales que garanticen el acceso a la salud de todos los bolivianos independientemente de su posición social, su origen étnico, su lugar de residencia, su situación laboral y su capacidad de pago.

3. EL PROCESO CONSTITUYENTE EN BOLIVIA

3.1 LA SALUD EN LA CPE ACTUAL

ARTÍCULO 7º.- Derechos Fundamentales

Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio:

a) A la vida, la salud y la seguridad.

ARTÍCULO 158º.- Seguridad social

I. El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

II. Los regímenes de seguridad social se inspirarán en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social.

3.2. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES RELACIONADOS CON EL DERECHO A LA SALUD QUE DEBEN ESTAR PRESENTES EN LA NUEVA CPE

El proceso constituyente producirá un nuevo texto constitucional, texto en el que se debe vigilar que estén presentes los principios y valores fundamentales que promueven la vida, la dignidad y los derechos de la persona humana, por lo que se debe lograr que se expliciten en esencia:

- La definición de Estado con la mayor cantidad y calidad de principios y valores éticos promotores de vida desde la concepción hasta la muerte natural.
- La primacía de la dignidad de la persona humana y sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales sobre todos los otros aspectos o dimensiones que se citen en la Constitución.
- Una organización territorial del Estado (División política) que evite la concentración de poder y la exclusión social y se atienda la demanda de autonomía de las regiones.
- Un Estado como responsable del bien común y que garantice el acceso a la justicia en libertad para los más pobres.

- La primacía de la dignidad y derechos del trabajador (sujeto) sobre el capital (objeto).
- El reconocimiento de la Pluriculturalidad, el multiétnico y la inclusión social.
- La protección del matrimonio y la familia como célula social básica de la sociedad.
- La existencia sostenible de mecanismos de elección política transparente
- Un Estado como garante del derecho al servicio religioso como un derecho inalienable.
- El reconocimiento de la objeción de conciencia personal.
- La primacía de la Constitución Política del Estado sobre todas las otras leyes

Éstos y otros principios que defiendan la vida humana desde su concepción hasta la muerte natural, deben estar presentes en el nuevo texto constitucional que será producto del proceso constituyente en Bolivia, ratificando y profundizando lo que el actual texto constitucional ya se refiere sobre el tema.

3.3. LA ASAMBLEA CONSTITUYENTE

La Constitución Política del Estado (CPE) vigente como ley de leyes, tiene como base un mismo texto primario desde la Fundación de la República de Bolivia. El texto constitucional fue reformado 18 veces, y en la última reforma se incorporó nuevas instituciones como la Asamblea Constituyente, el Referéndum y la Iniciativa ciudadana como se indica en el siguiente texto constitucional:

“El pueblo delibera y gobierna por medio de sus representantes y mediante la Asamblea Constituyente, la iniciativa legislativa ciudadana y el referéndum, establecidos por esta constitución y normados por ley. Toda fuerza armada o reunión de personas que se atribuyen la representación del pueblo comete delito de sedición”.
(Art. 4 CPE reformada el 20/02/2004)

Una de las distintas maneras de definir lo que es la Asamblea Constituyente es aquella que parte de los “constituyentes” como actores primarios que después de un proceso de designación por la vía electoral mediante voto, universal y secreto, se reúnen y trabajan con el objetivo de redactar un nuevo texto constitucional.

También se puede definir a la Asamblea Constituyente como la reunión en sesiones de un número determinado de personas denominadas “constituyentes” con la finalidad específica de redactar una nueva Constitución Política para el Estado Boliviano en representación de toda población del país.

Por lo tanto la Asamblea Constituyente deliberará ejerciendo la soberanía o el derecho a decidir el destino del país para redactar el nuevo pacto social o Constitución Política del Estado, como práctica o ejercicio del poder constituyente o soberanía del pueblo.

La Asamblea Constituyente es un proceso en el que se pueden identificar tres momentos y sus respectivos desafíos:

a. EL MOMENTO PRE CONSTITUYENTE

Antes de la Asamblea Constituyente:

- Habrá necesidad de dimensionar adecuadamente las pretensiones de todos los sectores y actores del país a partir del diálogo y especialmente de la práctica de la escucha activa y respetuosa de todas las propuestas.
- Se tendrá que aportar en la construcción jurídica del país que se quiere en lo relativo a la salud a partir de una visión mínima compartida del país, en la que la salud sea un derecho a la vida desde su concepción hasta la muerte natural reconocido por todos.
- Habrá necesidad de conocer la Ley especial de convocatoria de la Asamblea Constituyente y vigilar el diseño y reglamentación de la Asamblea Constituyente con integridad ética.
- Habrá necesidad de aportar en la construcción de una agenda previa sobre el régimen social y en especial sobre salud, promoviendo acuerdos previos entre actores como un mínimo común denominador que integre y no excluya.

b. MOMENTO CONSTITUYENTE

Durante las sesiones de la Asamblea Constituyente que se presentarán por lo menos los siguientes desafíos:

- Vigilar que la institucionalidad del Estado o poderes constituidos siga vigente, es decir que no se suspenda ni deje de existir la función y autoridad pública efectiva en todos los niveles.
- Será fundamental que se realice el seguimiento a las deliberaciones de la Asamblea Constituyente, vigilando que los constituyentes representen los intereses del bien común y no aprueben una Constitución contraria a los principios, valores y a los acuerdos logrados sobre régimen social y de la salud como derecho a la vida desde su concepción hasta la muerte natural.
- Será fundamental que las sesiones de la Asamblea Constituyente no sean motivo de presiones desmedidas de todos los sectores buscando

imponer sus propuestas, sino que se construyan acuerdos por consenso en bien del país.

c. MOMENTO POST CONSTITUYENTE

La probabilidad de que existirá un mecanismo o instancia para aprobar el nuevo texto constitucional resultado de la Asamblea Constituyente, presentará los siguientes desafíos:

- Obligación de conocer el texto de la nueva CPE y exigir desde el principio el cumplimiento de derechos y deberes.
- Invitación a reflexionar sobre el alcance de las nuevas normas constitucionales y en especial sobre el régimen social de manera constante y sostenida para crecer en cultura política y democrática.
- Compromiso para promover la participación y control social para la adecuación de las normas derivadas de la nueva CPE.
- Compromiso para fortalecer la exigibilidad y control social de derechos y deberes en especial sobre la salud como derecho a la vida.
- Obligación de adecuar el marco normativo y sus disposiciones complementarias sobre salud al nuevo contexto constitucional.

3.4. TEXTOS SOBRE SALUD EN OTRAS CONSTITUCIONES

Las experiencias de otros países que llevaron adelante procesos constituyentes nos deben enseñar que la búsqueda de consensos previos y durante la asamblea constituyente es la clave para que no exista frustración y dispersión social.

Como complemento e información de derecho comparado, incluimos los textos referidos a salud en las Constituciones de países como Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador España, Japón, México, Paraguay, Perú y Uruguay además de Bolivia.

PAIS	CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS SOBRE SALUD
BOLIVIA 2005	<p><i>Art. 7.- Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio:</i></p> <p>a) A la vida, la salud, la seguridad.</p> <p><i>Art. 158.-</i></p> <p><i>I. El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.</i></p> <p><i>II. Los regímenes de seguridad social se inspirarán en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y</i></p>

	<i>eficacia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y viviendas de interés social.</i>
BRASIL 1988	<p><i>Art. 6.- Son derechos sociales la educación, la salud, el trabajo, el descanso, la seguridad, la previsión social, la protección a la maternidad y a la infancia, la asistencia a los desamparados....,</i></p> <p><i>Art. 23.- Es competencia común de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios: II.- Cuidar de la salud y asistencia pública, de la protección y garantías de las personas portadoras de deficiencias;</i></p> <p><i>Art. 196.- La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizada mediante políticas sociales y económicas que permitan la reducción del riesgo de dolencia y otros agravios y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.</i></p> <p><i>Art. 197.- Son de relevancia pública las acciones y servicios de salud, correspondiendo al Poder Público disponer, en los términos de ley, sobre su reglamentación, fiscalización y control, debiendo su ejecución ser hecha directamente o a través de terceros y, también, por persona física o jurídica de derecho privado.</i></p> <p><i>Art. 198.- Las acciones y servicios públicos de salud integran una red regionalizada y de jerarquía y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo con las siguientes directrices:</i></p> <p><i>I.- Descentralización, con dirección única en cada esfera de gobierno;</i></p> <p><i>II.- Atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales;</i></p> <p><i>III.- Participación de la comunidad.</i></p> <p><i>Párrafo único.- El sistema único de salud será financiado, en los términos del Art. 195, con recursos del presupuesto de seguridad social de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, además de otras fuentes.</i></p> <p><i>Art. 199.- La asistencia a la salud es libre para la iniciativa privada.</i></p> <p><i>1o. Las instituciones privadas podrán participar de forma complementaria del sistema único de salud, según directrices de éste, mediante contrato de derecho público o convenio, teniendo preferencia las entidades filantrópicas y las que no tienen fines lucrativos.</i></p> <p><i>2o. Es prohibida la orientación de recursos públicos para auxilio o subvenciones a las instituciones privadas con fines lucrativos.</i></p> <p><i>3o. Es prohibida la participación directa o indirecta de empresas o capitales extranjeros en la asistencia a la salud en el país, salvo en los casos previstos en ley.</i></p> <p><i>4o. La ley dispondrá sobre las condiciones y los requisitos que faciliten la remoción de órganos, tejidos y sustancias humanas para fines de trasplante, investigación y tratamiento, así como la colecta, procesamiento y transfusión de sangre y sus derivados, siendo prohibido todo tipo de comercialización.</i></p> <p><i>Art. 200.- Al Sistema único de salud compete, además de otras atribuciones, en los términos de la ley:</i></p> <p><i>I.- Controlar y fiscalizar procedimientos, productos y sustancias de interés</i></p>

	<p><i>para la salud y participar de la producción de medicamentos, equipamientos inmunobiológicos, hemoderivados y otros insumos;</i></p> <p><i>II.- Ejecutar las acciones de vigilancia sanitaria y epidemiológica, así como las de salud del trabajador;</i></p> <p><i>III.- Ordenar la formación de recursos humanos en el área de salud;</i></p> <p><i>IV.- Participar de la formulación de la política y de la ejecución de las acciones de saneamiento básico;</i></p> <p><i>V.- Incrementar en su área de acción el desarrollo científico y tecnológico;</i></p> <p><i>VI.- Fiscalizar e inspeccionar alimentos, comprendiendo el control de su contenido nutricional, así como bebidas y aguas para consumo humano;</i></p> <p><i>VII.- Participar del control y fiscalización de la producción, transporte, guardianía y utilización de sustancias y productos psicoactivos, tóxicos y radiactivos;</i></p> <p><i>VIII.- Colaborar en la protección del medio ambiente, en el comprendido el del trabajo.</i></p>
CHILE 1980	<p><i>Art. 19.- La Constitución asegura a todas las personas:</i></p> <p><i>1.- El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. La ley protege la vida del que está por nacer.</i></p> <p><i>9.- El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.</i></p> <p><i>Le corresponderá, así mismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.</i></p> <p><i>Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.</i></p> <p><i>Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;</i></p>
COLOMBIA 1991	<p><i>Art. 49.- La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</i></p> <p><i>Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicio de salud y los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.</i></p> <p><i>Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</i></p> <p><i>La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.</i></p> <p><i>Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.</i></p>
CUBA 1992	<p><i>Art. 50. Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho:</i></p>

	<p><i>-con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado; -con la prestación de asistencia estomatología gratuita;</i></p> <p><i>-con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales.</i></p>
<p>ECUADOR 1998</p>	<p><i>Art. 23.- Sin perjuicio de los derechos establecidos en esta Constitución y en los instrumentos internacionales vigentes, el Estado reconocerá y garantizará a las personas los siguientes:</i></p> <p><i>20. El derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental; educación, trabajo, empleo, recreación, vivienda, vestido y otros servicios sociales necesarios.</i></p> <p><i>Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.</i></p> <p><i>Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.</i></p> <p><i>El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.</i></p> <p><i>Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.</i></p> <p><i>Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.</i></p> <p><i>Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.</i></p> <p><i>Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley. La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones</i></p>

	<i>presupuestarias en esta materia.</i>
ESPAÑA 1978	<p><i>Art. 43 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.</i></p> <p><i>2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.</i></p> <p><i>3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.</i></p>
JAPON 1946	<p><i>Art. 25: 1) All people shall have the right to maintain the minimum standards of wholesome and cultured living. 2) In all spheres of life, the State shall use its endeavours for the promotion and extension of social welfare and security, and of public health.</i></p>
MEXICO 1917	<p><i>Art. 4.- El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.</i></p> <p><i>Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.</i></p> <p><i>Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.</i></p> <p><i>Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.</i></p> <p><i>Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.</i></p>
PARAGUAY 1992	<p><i>Art. 68. Del Derecho a la salud</i></p> <p><i>El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofe y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.</i></p> <p><i>Art. 69. Del sistema nacional de salud</i></p> <p><i>Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas con políticas que permitan la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.</i></p> <p><i>Art. 70. Del régimen de bienestar social</i></p> <p><i>La Ley establecerá programas de bienestar social mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria.</i></p>
PERU 1993	<p><i>Art. 7. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.</i></p> <p><i>Art. 9. El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla</i></p>

	<i>en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.</i>
URUGUAY 1966	<i>Art. 44.- El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.</i>

4. PROPUESTAS SOBRE EL DERECHO A LA SALUD PARA EL PROCESO CONSTITUYENTE

Habiendo recogido de las más importantes instancias y espacios de participación de la sociedad civil las propuestas sobre salud que presentamos a continuación, se coincide en la sugerencia de que es necesaria la implementación de una Política Nacional de Salud del Estado, con la participación de los actores estratégicos como son el Ministerio de salud y Deportes, los municipios y en especial con la participación de la sociedad civil en todas las instancias de decisión y operativización de las políticas a implementarse.

El esquema metodológico que presentamos a continuación contiene las propuestas resumidas como frase o consigna y luego los argumentos que la fundamentan y además en el punto 5 del presente trabajo como complemento, presentamos estrategias generales válidas para todas las propuestas.

4.1. EL DERECHO A LA SALUD ES EL DERECHO A LA VIDA DESDE SU CONCEPCION HASTA LA MUERTE NATURAL

El concepto de salud como derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural con ENFOQUE INTERSECTORIAL DE LA SALUD COMO DERECHO SOCIAL, DEBER DE TODOS, RESPONSABILIDAD Y POLÍTICA DE ESTADO.

- 4.1.1. La salud es la afirmación del derecho a la vida desde su concepción hasta la muerte natural, además es un derecho fundamental al cual toda persona debe tener acceso sin privilegios ni exclusiones, por lo que se convierte en una condición esencial para el desarrollo personal y colectivo especialmente de los más pobres en la convivencia democrática.
- 4.1.2. La salud es un derecho humano fundamental garantizado por el Estado para todo individuo, familia y comunidad de manera integral, por lo tanto no debe haber ningún tipo de discriminación (sea cultural, social, geográfica y menos económica), si consideramos que en Bolivia el 63 % de la población es considerada como pobre.
- 4.1.3. La salud es un servicio social y no una mercancía que se vende para quienes tienen recursos y por ser un enunciado ético más que programático, ya que al decir que el Estado lo garantiza, inferimos lo mencionado.
- 4.1.4. La salud debe ser una Política de Estado con garantía de continuidad más allá de los gobiernos, anteponiendo los intereses de Salud Pública sobre los intereses comerciales.

4.1.5. La salud debe ser la prioridad del Estado coordinada con otras áreas como ser: educación, medio ambiente, recursos naturales, trabajo y otras dimensiones del desarrollo sostenible.

4.1.6. La salud concebida como un sistema, con un proceso social en el que se produce y reproduce la vitalidad humana colectiva individualidad y contienen dimensiones económicas, sociales, culturales, políticas de construcción epidemiológica y sanitaria a través de las cuales se determina el nivel y las expresiones diferenciales del estado de salud.

4.1.7. La salud concebida como una vivencia de la persona humana en todas sus dimensiones: social, ética, espiritual, mental, física y emotiva.

4.2. DERECHO A LA SALUD GARANTIZADO POR EL ESTADO

Las Políticas de salud deben ir orientadas acorde a la definición de salud de la organización Mundial de la salud (OMS) “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”, de manera que los nuevos profesionales de la salud, tengan el enfoque de “profesionales de la salud “y no de “profesionales de la enfermedad”

Las Políticas de Salud en Bolivia deben tener como principal objetivo, garantizar a toda la población, sin excepción alguna, servicios integrales de salud, mediante la normatización y operativización de un Sistema Nacional Único en Salud integrado y descentralizado, que garantice un real desarrollo humano.

La CPE, debe considerar políticas consensuadas que garanticen:

- Énfasis en la prevención con educación y Atención Primaria de Salud
- Inversión suficiente y eficaz en salud
- Gestión pública transparente
- Políticas de control y revisión consensuada de la inversión de los programas de salud de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG)
- Participación ciudadana y control social en instancias que no dupliquen y no debiliten la institucionalidad del Estado.
- Planificación con evaluación y resultados con metas a corto, mediano y largo plazo.
- Infraestructura, equipo y personal suficiente.
- Énfasis en la atención de sectores más vulnerables.

La extensión de la protección social en salud debe ser una poderosa herramienta de política pública destinada principalmente a combatir la exclusión en salud y constituir la garantía que la sociedad otorga a través de los poderes públicos para que las personas puedan satisfacer sus necesidades de salud mediante el adecuado acceso a los bienes, servicios y oportunidades del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

4.3. SISTEMA DE SALUD UNICO Y DESCENTRALIZADO

La nueva Constitución debe incluir como mecanismo básico para garantizar el derecho a la salud, la consolidación de un sistema único de salud, intersectorial, descentralizado y participativo, regido por los principios de universalidad, integralidad, equidad y solidaridad que se armonice con las autonomías regionales, departamentales y municipales, con las siguientes características:

- 4.3.1. Intersectorial porque partimos de la concepción de que la salud depende fundamentalmente de la calidad de la vida y de las condiciones de trabajo de la población. No es posible construir un sistema sanitario al margen de un proceso que permita elevar la calidad de vida y ello implica intersectorialidad.
- 4.3.2. Un Sistema Único de salud, integrado por
 - a) Un Sistema Público de salud
 - b) El Sistema de Salud de la Seguridad Social,
 - c) Los servicios de salud privados con y sin fines de lucro,
 - d) Las obras de salud de las entidades religiosas públicas, privadas o de convenio
 - e) La medicina tradicional para que se atienda sin ninguna distinción y se acabe con la dualidad, la discriminación y la fragmentación.
 - f) Un modelo sanitario coherente a la realidad nacional y que reconozca la Atención Primaria de Salud como filosofía y principal estrategia, basado en los principios de Universalidad, Solidaridad, Integralidad y Participación.
- 4.3.3. Integral, porque enfrenta la concepción medicalizada, centrada en la curación y en la acción hospitalaria, proponiendo una concepción integral, que asuma tanto lo curativo como lo preventivo, pero que privilegie la promoción y la prevención, al mismo tiempo capaz de atender la enfermedad y reparar y rehabilitar los daños que ella produce.
- 4.3.4. Participativo, porque la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas.
- 4.3.5. Además el Sistema de salud deberá contar con una red de servicios de cooperación accesible, incluyente, transparente, con participación, que elimine la exclusión, la discriminación y la mala calidad.
- 4.3.6. Debe ser un Sistema de salud que tenga principios de acción comunes y estructuras amigables para la población con información transparente en el marco de las autonomías regionales, departamentales y municipales.

- 4.3.7. Debe ser un Sistema de salud que respete las características pluriculturales de la población e incluya formas tradicionales de atención en salud de nuestras comunidades y pueblos con un sistema de referencia y contrarreferencia que garantice la continuidad de la atención y la solución de los problemas de salud.
- 4.3.8. Debe ser un Sistema de salud que fomente a nivel de la red de servicios la cooperación y menos competencia entre los servicios de salud.
- 4.3.9. Debe ser un Sistema de salud con seguridad jurídica y ética; técnica y científica y que facilite las inversiones en aumento de la capacidad instalada y el uso óptimo disminuyendo la dispersión de recursos humanos y financieros existentes.

4.4. SISTEMA DE SALUD CON FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE

El financiamiento del sistema público de salud es responsabilidad del Estado, quien deberá integrar los recursos fiscales y las cotizaciones de la seguridad social que establezca la Ley. El Estado deberá garantizar un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de las políticas sanitarias y deberá tomar las provisiones para garantizar la prevención y tratamiento de las enfermedades de alto costo.

El sistema de salud debe contar con financiamiento sostenible vía impuestos, por lo que se debería prohibir expresamente cualquier modalidad de cobro directo a los ciudadanos en los servicios públicos de salud. Para lograr la sostenibilidad del sistema de salud será necesaria la revisión y reforma profunda de la política tributaria y de asignación de recursos.

En coordinación con las Universidades y los centros de investigación se debe promover y desarrollar una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado debe regular a las instituciones públicas y privadas de salud

Sobre la gratuidad se plantea que la recuperación de costos no se haga en forma directa de cobro al ciudadano. Se asume como gratuidad la ausencia de cobro al ciudadano en el momento de la utilización de los servicios. La contribución del ciudadano al mantenimiento de los servicios de salud debe efectuarse por la vía de los impuestos generales, o las cotizaciones especiales a la seguridad social. Se deberá analizar y realizar reformas para el régimen de salud contributivo (por parte del empleador, por parte del trabajador y por parte de los jubilados) y para el régimen de salud no contributivo (aporte del Estado, aportes solidarios y otros).

Es necesario iniciar un proceso que permita eliminar los cobros aumentando el financiamiento de los servicios, que garantice la gratuidad no sobre la base de

las carencias, sino sobre la integración del financiamiento y el desarrollo de nuevas modalidades y criterios de gestión y presupuestación.

En la administración de recursos financieros debe haber claridad en:

- La asignación clara de responsabilidades y competencias
- La adecuada rendición de cuentas
- Autoridad clara de los responsables
- Asignación suficiente, en cantidad y en calidad de recursos.

Sin lugar a dudas que plantear el financiamiento sostenible del sistema de salud requiere la realización de investigaciones y estudios específicos, pero con la visión de que no habrá sistema sostenible sin la vinculación directa con la política tributaria y la asignación de recursos bajo otros modelos que los actuales.

4.5. SEGURO UNIVERSAL DE SALUD

Es importante avanzar hacia el Seguro Universal como objetivo principal de la reforma del Sistema de Salud a partir de la ampliación de los actuales seguros como el Seguro Universal materno Infantil –SUMI, Seguro Médico gratuito de vejez, lo que no necesariamente significa la fusión sino la ampliación o incremento gradual y sistemático de paquetes básicos de prestaciones, sustentados en normas y protocolos de atención y costo de las prestaciones para la mayor cantidad de población con la visión ideal de que sea para toda la población buscando cumplir con el carácter universal.

El Seguro Universal debe buscarse que funcione bajo los principios de:

- **Equidad**, El sistema debe distribuir los recursos económicos en función de los diferentes niveles de necesidades de los grupos sociales y las regiones, y para evitar la discriminación, ofrecerá financiamiento para la población más pobre y/o desprotegida, así como mecanismos que aseguren su acceso real a los servicios.
- **Universalidad**, para que el sistema cubra a toda la población del país, sea cual fuere su condición económica, política, social o cultural.
- **Unidad de gestión en Salud**, porque los sub sectores de salud pública y seguridad social deben articularse en un sub sistema público, regido por las mismas normas y regulaciones con separación de roles en las funciones de gestión de la salud y administración del financiamiento.
- **Integralidad**, porque la atención de salud comprende la promoción, protección, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, a través de redes de servicios y con enfoque de género y respeto a las culturas y tradiciones.

- **Solidaridad**, porque deben concurrir al financiamiento de las prestaciones de salud los empleadores de todos los sectores de la actividad económica, el Estado en todos sus niveles, y los asegurados.
- **Calidad y Ética**, como normas de acción que garantizan a los afiliados una atención oportuna, integral y con calidez de acuerdo con estándares de procedimiento y normas, y un adecuado ejercicio profesional con respecto a los principios de la ética y la bioética.
- **Eficiencia**, para que el Sistema de salud asegure que los recursos económicos sean utilizados de forma óptima, maximizando el rendimiento de los mismos, evitando la dispersión de esfuerzos y recursos.
- **Identidad cultural**, del Sistema de Salud que respete y se adecue a la identidad étnica y cultural de sus usuarios.
- **Complementariedad**, articulando la oferta en salud con servicios diferenciados, interconectados e integrados, evitando duplicaciones y cubriendo las necesidades de la población.
- **Concurrencia**, con la participación conjunta de diferentes actores en diversos aspectos como la gestión o el financiamiento.
- **Participación y control social en todas las instancias**, buscando la articulación de las comunidades indígenas, campesinas y urbanas en el proceso de participación y control social efectivo al Sistema Boliviano de Salud.
- **Rendición de cuentas en todo los niveles**, para asegurar que las acciones de un individuo o de una institución puedan ser establecidas como responsabilidad única del individuo o la institución.

Además para avanzar hacia un seguro universal de salud como objetivo principal se requiere:

- § La aplicación del seguro universal de salud como una prioridad de las políticas de Estado, en respuesta la Foro Jubileo 2000 y Diálogo 2000.
- § La planificación financiera y operativa del seguro universal, debe estar basada en la realidad nacional y costos reales, no en modelos externos impuestos.
- § Profundizar la descentralización de los servicios de salud, configurando una red de servicios de Primer y Segundo Nivel de competencia Municipal y Autonomía de gestión para el tercer Nivel, basados en el concepto de múltiples prestadores y acreditación en tres niveles.

- § El fortalecimiento de las redes sociales como instancias de gestión social, para aumentar la demanda y ejercer fiscalización social efectiva en todo el territorio nacional.
- § La definición de mecanismos a través de los cuales el Estado garantice la sostenibilidad y sustentabilidad económica del seguro universal
- § La transición gradual hacia el seguro universal debe ser por la vía de la seguridad social, que tiene grandes posibilidades, por tener bases de sustentación sólidas y con sostenibilidad.
- § El seguro universal de salud debe eliminar los privilegios de acceso a la salud que actualmente está condicionada a los ingresos económicos, porque pocos tienen acceso a las cajas de Salud.
- § Las aportaciones tendrían que ser depositadas al Fondo Solidario en el plazo máximo de 30 días calendarios siguientes al mes al cual corresponde pagar el aporte.
- § Que el Fondo Solidario de salud asigne un porcentaje de recursos económicos para los diferentes niveles de atención, privilegiando el primer nivel, de acuerdo a reglamentación específica para tal efecto.
- § El Fondo solidario asigne anualmente los recursos económicos a sus Administradores para cubrir los niveles de atención de salud, tomando en cuenta los criterios de población, índice de desarrollo humano, ausencia de servicios de primer nivel y porcentaje de afiliación con mayor equidad.

4.6. ATENCION PRIMARIA DE SALUD COMO ESTRATEGIA PRINCIPAL DEL SISTEMA DE SALUD

La atención primaria de salud que comprende la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, debe ser la estrategia principal para disminuir los indicadores negativos de salud a través de:

- Acceso a medicamentos esenciales y genéricos
- Acceso al agua potable y alcantarillado sanitario
- Mayor seguridad alimentaria
- Acceso a servicios materno infantiles
- Inmunizaciones
- Acceso a servicios preventivos y curativos
- Educación en salud
- Participación comunitaria

Dadas las condiciones de Bolivia, la inversión en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, debe ser la estrategia principal del sistema de salud en todos los niveles.

4.7. INSTITUCIONALIZACION DE CARGOS

La institucionalización de cargos permitirá contar con un Sistema de salud con una política de recursos humanos que garantice procesos de institucionalización transparentes, con criterios técnicos y sin interferencia política, que tengan como principios:

- El respeto a la dignidad humana
- El respeto a las tradiciones y costumbres
- La calidez humana
- La calidad técnica

Las instituciones de salud, organizaciones sindicales, colegios de profesionales, Universidades, Estado y Sociedad civil, deben construir de manera coordinada las concepciones y aplicaciones programáticas de los Planes y programas de desarrollo humano.

Esto permitirá disminuir la grave crisis de vocación de servicio porque la mayoría de los cargos públicos en salud son considerados botines políticos.

Se debe recuperar el año de provincia o el tiempo suficiente de servicio en provincia, porque es una oportunidad para que el último rincón del país pueda beneficiarse con la presencia de un médico y/o enfermera, y que las personas que acceden a la formación universitaria pública y gratuita contribuyan al país por el esfuerzo económico que significó su formación profesional.

La residencia médica con los especialistas básicos bien formados puede ser una buena base de salud, ampliando hasta el segundo nivel de atención, para que los médicos puedan llegar a todos los lugares dónde actualmente llegan solamente enfermeras o auxiliares de enfermería especialmente en hospitales complejos.

La institucionalización de cargos en el sistema de salud tiene una directa relación con la asignación y administración responsable y transparente de los ítems. Actualmente el tema de los ítems constituye una problemática sin solución y que se debe afrontar solucionando las causas en las estructuras del sistema de asignación de recursos con criterios que respeten las realidades de las regiones y departamentos con claro enfoque de descentralización y autonomía.

Complementando la institucionalización de los cargos, se tendrá que revisar y definir el marco jurídico y reglamentario adecuado para el ejercicio profesional de la medicina, buscando seguridad jurídica para todos los actores, en especial

para los médicos y otros profesionales que ejercen la medicina con relación directa al paciente frente a los riesgos y accidentes del ejercicio delimitando las responsabilidades que correspondan. La relación médico-paciente se puede dañar seriamente si no se avanza en un marco jurídico que ofrezca seguridad jurídica para todos los actores previniendo situaciones en las que las condiciones, los riesgos, las consecuencias, y otros factores estén identificados.

4.8. PROCESO PARTICIPATIVO DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

Cualquier reforma del sistema de salud debe considerar como importantes y esenciales las políticas públicas que garanticen el acceso a salud, como por ejemplo, educación, vías de comunicación (caminos) y ocupación o empleo como medios para mejorar la calidad de la salud en su concepto integral.

Además toda reforma al sistema de salud para constituirse en una política de salud tiene que estar centrada y dirigida a la formación de recursos humanos sobre la base del diálogo entre la Universidad y el Estado, evitando la proliferación de universidades privadas con calificación solamente por parte del Ministerio del ramo. El Estado debe determinar esta política donde se defina:

- El perfil del recurso humano a formar
- El número de personas
- Los lugares de servicios dónde se requieren reforzar

Las reformas al sistema de salud deben ser políticas de Estado y no de gobierno, deben ser reformas logradas en base al consenso, en consulta con la sociedad civil, por lo tanto es necesario una Ley de Reforma de la salud, cuyo carácter central sea SOCIAL y se constituya en una garantía de continuidad de gestión y que exija la participación de todos los actores a través de debates y consensos nacionales.

Por otra parte, para lograr que las propuestas de reforma del sistema de salud sea un proceso efectivo y no una propuesta aislada destinada al fracaso, se deberá tomar en cuenta como pilares de apoyo:

- El gasto público en salud
- La descentralización administrativa y de recursos humanos
- La participación privada en el sector salud

Las reformas al sistema de salud no deben ser en la práctica un fin en sí mismas sino un medio para avanzar en el ejercicio cada vez mayor del derecho a la salud como derecho a la vida desde su concepción hasta su muerte natural.

4.9. DERECHO AL ACCESO A MEDICAMENTOS

El uso indiscriminado de medicamentos acarrea consecuencias importantes no solamente de tipo económico, sino también en lo que se refiere al ámbito sanitario y que se refleja en el incremento de efectos adversos.

La política de suministro de medicamentos indica que el derecho a la salud está ligado directamente al acceso a medicamentos de calidad y económicamente accesibles. El medicamento, al representar para el enfermo una necesidad, producto de una emergencia denominada enfermedad, debe ser suministrado con prontitud, por tanto el servicio de salud debe establecer las normas necesarias y asumir su responsabilidad, brindando apoyo presupuestario necesario para afrontar el suministro de esos insumos a la población.

Es importante tener en cuenta que es necesario trabajar con los médicos como actores o sujetos clave, porque es el médico quien receta, y se debe avanzar hacia la superación del rol de simple intermediario en la venta del producto entre fabricante y el consumidor.

Por otra parte, el médico en toda institución de salud debe actuar racionalmente sistematizando los medicamentos que usa y evitando la polifarmacia inútil y costosa para el enfermo. Por eso debería recetar medicamentos genéricos y promover la interrelación eficaz paciente-médico- hospital.

Tomando en cuenta que los medicamentos tienen un fin social y no comercial, el Estado debe garantizar el cumplimiento de La Ley del Medicamento No 1737, en su artículo 1º en el que se establece que la política Nacional de Medicamentos deberá cumplir los siguientes objetivos:

- Disponer de medicamentos que garanticen inocuidad, eficacia y calidad.
- Facilitar y promover el uso racional del medicamento
- Lograr abastecimiento regular y permanente de medicamentos esenciales
- Considerar actividad prioritaria, a la industria farmacéutica nacional
- Establecer los mecanismos normativos descentralizados para el control de la adquisición, suministro y dispensación de medicamentos

En la vida cotidiana los medicamentos no son accesibles para la mayoría de la población porque no están disponibles o sus precios son altos, por lo que el Estado debe garantizar y promover la utilización de medicamentos esenciales y genéricos en primer término, además de implementar sistemas de vigilancia farmacológica al interior de los servicios de salud tanto públicos como privados, delineando una política nacional de medicamentos con estrategias que mejoren el acceso y disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad que sean administrados por un fuerte sistema nacional de medicamentos que facilite

la gestión oportuna y eficiente de medicamentos e insumos en los servicios de salud.

4.10. PARTICIPACION CIUDADANA Y CONTROL SOCIAL

Se debe promover la participación social activa en las transformaciones de los sistemas de salud para construir ciudadanía y bienestar social, que permita:

- Participación social para la toma de decisiones
- El control social sobre toda la inversión pública

Para que el control social de la gestión de las políticas de salud sea una alternativa viable que desarrolle y fortalezca la democracia participativa, devuelva poder a los ciudadanos y grupos sociales, promoviendo la sostenibilidad e irreversibilidad del mismo, se propone la conformación de instancias de participación que podrían ser, a manera de ejemplo:

- Un Consejo Nacional de Salud con participación de todas las instituciones que trabajan para este fin como espacio de generación y proposición de políticas públicas.
- Un Consejo Departamental de salud como espacio responsable de la implementación de las políticas públicas.
- Un Consejo Municipal de Salud que de acuerdo a la realidad de cada Municipio sea un espacio para hacer operativas las políticas públicas.

Es imprescindible comprometer a todos los sectores y actores sociales para que asuman un papel protagónico en la lucha por el DERECHO A LA SALUD y con el objetivo central de lograr que el tema de salud sea incorporado en la agenda principal de discusiones y negociaciones de todos los poderes del Estado. El derecho a la participación social debe comprender también el derecho de que la población atendida por el sistema de salud tenga atención religiosa y que los actores u operadores del sistema sean respetados en su derecho de objeción de conciencia.

La participación y control social deben contar con instancias independientes y sostenibles que superen la aparente participación o el control social arreglado entre actores, para lo cual será necesario trabajar en el cambio de mentalidad y práctica del paradigma de la participación que vaya más allá de “legitimar” estructuras, procesos y sistemas con la presencia de representantes de la sociedad civil, hasta conseguir la corresponsabilidad en la salud con roles, tareas y responsabilidades claramente definidas.

5. ESTRATEGIAS

De las fuentes consultadas para el presente estudio, se identifican sugerencias concretas de estrategias generales para trabajar el tema del derecho a la salud como derecho a la vida desde su concepción hasta la muerte natural, en los siguientes términos:

5.1. Definir en la nueva Constitución el papel del Estado como responsable directo del derecho a la salud como derecho a la vida desde su concepción hasta la muerte natural, por lo que debe garantizar:

- Condiciones de habitabilidad digna, acceso a servicios básicos (agua potable y saneamiento), Seguridad alimentaria con nutrición adecuada.
- Corresponsabilidad de todas las instancias y niveles del Estado con claridad de roles, atribuciones y recursos en la salud como ser: Municipios, Prefecturas y otras instancias del Estado.
- Desarrollar una estrategia de comunicación que oriente a la opinión pública con relación a temas puntuales del derecho inalienable a la salud como derecho a la vida desde su concepción hasta la muerte natural.
- Influir en los/las constituyentes con relación a los principios de la ética social cristiana relacionados con la salud como derecho a la vida desde su concepción hasta la muerte natural.
- Buscar alianzas con quienes comparten principios y visión sobre la salud como un derecho inalienable a la vida desde su concepción hasta la muerte natural y que cruza todos los derechos.

5.2. Avanzar del interés al compromiso real para reducir la Exclusión en salud

La reducción de la exclusión en salud conlleva un abordaje que permita sumar diversas modalidades de intervención, porque es necesario trabajar simultáneamente en los ámbitos de la rectoría, del financiamiento, del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud, de modo que las acciones desarrolladas en cada uno de esos ámbitos sean congruentes y se refuercen entre ellas.

- En el ámbito de la rectoría, el desafío consiste en situar el tema de la extensión de la protección social en salud en el centro de la agenda política gubernamental e insertar en la lucha contra la exclusión en salud a todos los actores relevantes en un contexto de autonomía de las regiones.

- En el ámbito del financiamiento, el desafío es organizar solidariamente diferentes fuentes de financiamiento para permitir abordar los requerimientos en salud de la población en un marco de equidad. Es indispensable garantizar el financiamiento solidario y sostenible tanto de los servicios de salud personales como de los no personales.
 - En el ámbito del aseguramiento en salud, el desafío consiste en encontrar el balance adecuado entre los esquemas de aseguramiento obligatorio de financiación pública o solidaria y los de financiación privada.
 - En el ámbito de la prestación de servicios el reto consiste en reorientar el modelo de atención y en introducir los incentivos adecuados para que los proveedores intermedios y finales actúen de modo que contribuyan a reducir o a eliminar la exclusión en salud.
- 5.3. El reforzamiento de la capacidad institucional para identificar las causas, magnitud y soluciones para el combate de la exclusión de la protección social.
 - 5.4. El control político y técnico, además del uso más adecuado de la epidemiología y administración en salud.
 - 5.5. La reforma de salud no se puede aislar de objetivos sociales más amplios, como la redistribución de la riqueza social, tributos, empleo, vivienda, nutrición, educación y comportamientos de vida.
 - 5.6. Se debe elaborar proyectos articuladores de la cooperación internacional al desarrollo y para la reforma del sistema de salud, acordando criterios de cooperación basados en obligaciones y derechos de los actores para evitar dispersión y duplicidad de esfuerzos en todas las instancias y niveles.
 - 5.7. La lucha contra la corrupción a través de la participación ciudadana y el control social de la gestión de los sistemas y servicios de salud es esencial para lograr la sostenibilidad de los procesos y su transparencia.
 - 5.8. Los Gobiernos Municipales e instancias departamentales deben contar con políticas y programas capaces de enfrentar a la problemática de salud, esto significa recursos humanos de calidad, capacidad y cantidad adecuada y una clara definición de funciones y competencias.
 - 5.9. Los municipios saludables, es una estrategia de promoción de la salud definida como un proceso que facilita a la población, los medios y las posibilidades para ejercer un mayor control sobre su propia salud y mejorarla.

- 5.10. La participación de la sociedad civil en todo el proceso del análisis y propuestas de planes y programas, hasta la ejecución, seguimiento y evaluación con el compromiso de todos los actores sociales en instancias adecuadas.
- 5.11. La ampliación de la red de servicios no pasa necesariamente por multiplicar centros de salud, se debe desarrollar servicio a la comunidad por un equipo multidisciplinario para la atención a domicilio.
- 5.12. La Atención primaria de Salud como filosofía de vida del sector salud dentro del marco de las normas establecidas en los niveles de gestión y de atención.

6. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS FUENTES DE CONSULTA

1. Debate I, La reforma de salud (proyecto Control ciudadano), CEDLA. 2002
2. El libro blanco de la salud, Memorias del Congreso Boliviano de la salud (Ministerio de salud y previsión Social) 2002
3. 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
4. Memorias del Encuentro Nacional de Salud de la Iglesia Católica, Diciembre de 2004
5. Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia, Organización Panamericana de la Salud -OPS
6. Documentación del Foro Jubileo 2000
7. Revista de la Delegación de Jurisdiccional de Salud de la Diócesis del Alto, Noviembre de 2002.
8. Memorias del Diálogo Nacional de salud con actores de la Sociedad civil, La Paz – 24 y 25 de febrero de 2004
9. Memorias del Taller de Análisis de Salud Pública y Seguro Social realizado en 01 de marzo del 2005 en La Paz
10. Memorias del Seminario convocado por el Ministerio de Salud y Deportes realizado el 15 de marzo de 2005 “Hacia el enfoque intersectorial de salud” en La Paz.
11. Sistematización de propuestas de encuentros jurisdiccionales con la sociedad civil en La Paz, Cochabamba, Oruro y Sucre.
12. Lic. Eda Alcocer – Reforma de la Salud del Ministerio de Salud y Deportes

ANEXO

INFORME SOBRE LA VALIDACIÓN DE LAS PROPUESTAS

El Departamento de Pastoral de la Salud –DEPAS- de la Comisión Episcopal de Pastoral Social Caritas – CEPAS – de la Conferencia Episcopal Boliviana – CEB- planificó 4 encuentros macro regionales con representantes de organizaciones de la sociedad civil de los municipios con mayor exclusión social que iban a ser organizados por las Delegaciones Episcopales Jurisdiccionales de Salud de la Iglesia Católica para todo el país, con el objetivo de validar las propuestas tomadas de las demandas de diversas fuentes. Con este objetivo se formuló el plan siguiente:

MACROREGIONES	PARTICIPANTES	FECHA PROGRAMADA
ORIENTE NORTE	Encuentro con Delegaciones Episcopales Jurisdiccionales de salud y representantes de Municipios con mayor exclusión social de Trinidad, Pando y Reyes	18 DE FEBRERO
ORIENTE SUR	Encuentro con Delegaciones Episcopales Jurisdiccionales de salud y representantes de Municipios con mayor exclusión social de Santa Cruz, Cuevo, Ñuflo de Chávez y San Ignacio de Velazco.	25 DE FEBRERO
OCCIDENTE NORTE	Encuentro con Delegaciones Episcopales Jurisdiccionales de salud y representantes de Municipios con mayor exclusión social de La Paz, El Alto, Corocoro y Coroico	4 DE MARZO

OCCIDENTE SUR	Encuentro con Delegaciones Episcopales Jurisdiccionales de salud y representantes de Municipios con mayor exclusión social de Cochabamba, Sucre y Potosí.	11 DE MARZO
---------------	---	-------------

Lamentablemente, el cronograma de realización del plan no pudo ejecutarse como se había previsto en el cuadro anterior debido a los conflictos sociales que se vivieron como país, y en concreto por los paros y los bloqueos de las carreteras principales del país en estos meses.

Por las condiciones indicadas, solamente se pudo realizar encuentros jurisdiccionales con la sociedad civil en La Paz, Oruro, Cochabamba y Sucre y se contó con la aprobación de los representantes que participaron en dichos encuentros.

El documento inicialmente fue presentado en el Encuentro Nacional de Salud de la Iglesia Católica, realizado en Diciembre de 2004 y posteriormente también fue analizado por un grupo representativo de personas del ámbito de la pastoral de la salud de la Iglesia Católica en Bolivia y de profesionales independientes relacionados a la salud en Bolivia.

Como documento de trabajo que recoge las propuestas sobre salud de los distintos sectores y actores del país, esperamos que sea una base de construcción de un mínimo común compartido entre todos, para avanzar en el proceso constituyente como una oportunidad de mejorar en la construcción de una Bolivia más justa, fraterna y solidaria para todos.

Santa Cruz de la Sierra, 2 de abril de 2005